

Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Ciências Médicas  
Departamento de Medicina Preventiva e Social

**“CAPS: Dispositivo da Complexidade”**

*por*

***Nara dos Santos Zanetti***

Supervisores: Profa. Dra. Rosana Onocko Campos  
Dr. Juarez Pereira Furtado

Campinas, Março de 2006

## CAPS: DISPOSITIVO DA COMPLEXIDADE<sup>1</sup>

*“Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam.”*

*Guimarães Rosa*

Após várias transformações da Psiquiatria que mantém inalterado seu mandato social de medicalização da loucura, propondo a cada vez novos dispositivos técnicos e teóricos, vemos surgir, no século XX, movimentos que colocam em questão o próprio saber psiquiátrico. O Movimento da Luta Antimanicomial insere-se nesse contexto, objetivando uma ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional e a transformação do lugar social dado ao louco e a loucura. Busca-se reverter o processo de redução do sujeito ao estatuto de doente mental, de objeto/corpo doente, rompendo com o estigma e resgatando a dimensão do ser integral, da cidadania, do desejo, da contratualidade.

A partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, que se inicia no final da década de setenta, e na tentativa de desconstruir e superar os dispositivos psiquiátricos e clínicos em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de saber-poder são construídos novos dispositivos institucionais (Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial – CAPS e NAPS) que aspiram à outra lógica, outra fundamentação teórico-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico. Dispositivo aqui é entendido como “(...) um artifício para produzir inovações, gerando acontecimentos, concretizando virtualidades, possibilitando renovações. Os dispositivos seriam recursos que alteram o funcionamento das organizações (...) sendo usados para instaurar algum processo novo (Campos, 1999)”. (apud Furtado, 2001)

---

<sup>1</sup>Trabalho de conclusão do curso de Pós Graduação Latu Senso intitulado Aprimoramento para Profissionais em Saúde Mental, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Com o fim dos manicômios a loucura deixa de ser uma verdade médica e sua institucionalização deixa de ser um princípio universal.

Com os novos serviços, surgem novos desafios: o de romper com antigas práticas, com a redução do sujeito a saberes “psis”, cabe ajudar o usuário nessa incursão pelo território, auxiliando a construção de projetos de vida, construindo interfaces com outros setores. Coloca-se em questão a transformação do lugar social da loucura e do universo discursivo sobre a loucura/doença mental, das práticas e saberes construídos nos serviços, e das relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários.

O processo de desconstrução do modelo asilar implica a contraposição ao discurso manicomial, o que somente se opera por meio da transformação de discursos e saberes, dos sentidos atribuídos ao tratamento no âmbito da Saúde Mental, e do deslocamento das posições ocupadas por profissionais e usuários. Nesse novo contexto da Reforma, no qual surgem novos dispositivos institucionais (CAPS), de que profissionais e usuários estamos falando? Em que contexto se inserem? Utilizarei um serviço específico, um CAPS III, no qual estive inserida durante um ano, para responder à essa pergunta, o que não impede que essa resposta se aplique a inúmeros contextos brasileiros (com maior ou menor grau de variação).

Estamos falando dos trabalhadores de saúde, inseridos em um serviço de Saúde Mental localizado na periferia de uma grande cidade brasileira, no SUS (Sistema Único de Saúde). Como sabemos, o SUS propõe a regionalização da assistência, e portanto os usuários desse serviço são habitantes da periferia. Sabemos também que os habitantes da periferia das grandes cidades vivem nos grandes bolsões de pobreza e na maioria dos casos com alto grau de miserabilidade.

Vale dizer ainda sobre o papel designado aos trabalhadores neste novo modo de lidar com a loucura e o louco. Eles não devem se restringir ao lugar técnico, ou seja, não devem ter uma visão somente do que é peculiar à sua profissão, à sua especialidade. Devem pensar/agir além dos procedimentos e tecnologias produzidas por seu núcleo de trabalho; sua prática não deve se

limitar a procedimentos técnicos, pois “busca apreender a existência do usuário em suas várias dimensões” (Koda, 2003, p.75). “A experiência ultrapassa o âmbito da assistência, alçando a discussão para a própria sociedade, problematizando as relações humanas, a cidadania, a ética. Movimento de transformação da própria cultura”. (Koda, 2003, p.74).

O que esse novo paradigma proposto produz ?

Aqui pode ser proveitoso analisar um pouco da etimologia da palavra complexidade, tomando como fonte o Dicionário Houaiss de língua portuguesa. Complexidade: qualidade do que é complexo (...). Complexo: 1) diz-se de ou conjunto, tomado como um todo mais ou menos coerente, cujos componentes funcionam entre si em numerosas relações de interdependência ou de subordinação, de apreensão muitas vezes difícil pelo intelecto e que geralmente apresentam diversos aspectos (...) 10) passível de ser encarado ou apreciado sob diversos ângulos (...).

Para Isabelle Stengers (1979), a noção de complexidade aponta para “a necessidade eventual de inventar novos tipos de problematização que o operador não autorizava”. Para a autora “a questão da complexidade é prática: ela se coloca quando um novo encontro empírico (...) impõe um novo questionamento do poder atribuído a um conceito e atualiza uma dimensão da interrogação prática que tal conceito ocultava”. (Stengers, 1989). Como nos lembra Amarante (2001), “a complexidade aponta para a superação do paradigma clássico inaugurado com a dualidade cartesiana de causa e efeito, do conhecer o objeto em sua verdade, das soluções definitivas – uma vez que o próprio problema é construído a partir da solução -, e traz à luz mais problemas que soluções. Ela atende ao desafio de resgatar a singularidade da operação que o conceito oculta, sem que esse desmascaramento signifique “descobrir” a verdadeira realidade do objeto, mas sim reabrir a possibilidade de sua recomplexificação.”

Se adotarmos o conceito de complexidade para lidar com o conceito de doença, esta deixa de ser um objeto naturalizado para se tornar um processo

saúde/enfermidade. “A noção de complexidade tem como objetivo pôr em cena e problematizar a posição do sujeito”. (idem)

Nesse novo contexto, há a compreensão de que diferentes ações devem andar juntas (sociais, clínicas, políticas, assim como as diversas especificidades), afinal o enfoque não é mais a doença mental, mas sim a saúde mental. Não é mais o doente que deve ser colocado entre parênteses para se tratar da doença. O novo paradigma nos incita a colocar a doença mental entre parênteses e focar o sujeito em sua “existência-sofrimento” (Rotelli, et al., 1990). Isso implica em considerar a determinação psíquica e sociocultural dos problemas (e não somente a orgânica), implica em reconhecer a dimensão técnica do trabalho envolvida e a dimensão não-técnica, afinal nosso trabalho só é possível por ainda acreditarmos que “gente é sensível a gente” e que qualquer situação de encontro produz impacto. Para que se integre UM, precisa-se de DOIS, para saber de SI precisa-se do OUTRO. (Coelho, 2002). É dessa vivência (muitas vezes dolorosa), e desses encontros (entre profissional e usuário, profissional e equipe, equipe e familiares - todos os encontros podem ser dispositivos) que algo novo poderá surgir. Temos que reconhecer que nossa técnica, deriva também, em última instância de nós mesmos (tanto para produção de saúde dos usuários quanto para produção de saúde de nós mesmos).

Destaco aqui a distinção entre o que considero dimensão técnica e não-técnica do trabalho, reconhecendo, entretanto, que ambas estão o tempo todo imbricadas em nossa prática. Técnico seria tudo aquilo produzido pelas tecnologias com o objetivo primeiro de produzir eficácia no trabalho. Adquirimos técnica objetivamente, quando nos qualificamos para exercer determinada profissão. Funciona como um saber prévio, que uma vez aprendido, tem a pretensão de aplicar-se a qualquer situação. Assim, através do discurso da ciência enunciar-se-ia um discurso sobre o universal. Mera pretensão, afinal temos que reconhecer os limites de qualquer saber estruturado.

O que seria então a dimensão não-técnica do trabalho envolvida? São os aspectos intersubjetivos e comunicativos inerentes ao trabalho. Aqui é

reconhecida a subjetividade dos que tratam e dos que são tratados e as diversas relações estabelecidas por estes, valorizando-se a relação entre sujeitos. Nosso trabalho precisará sempre levar em conta o outro e a si próprio; sem o outro não há sujeito possível; somente a existência da dupla traz a possibilidade de se produzir saber. Acrescenta-se ainda que as relações estabelecidas exigem “disponibilidade para o novo”, e todos os valores e identidades se colocam em risco para ambos os lados, colocando muito de nosso aparato técnico em xeque.

É essencial que nesses encontros estejamos “advertidos”, (Oury, 1991) ou seja, que estejamos atentos e sensíveis a alguma coisa específica, afinal trabalhamos dentro de um campo (saúde mental) e temos um núcleo de trabalho, temos um repertório e ferramentas conceituais, o que nos possibilita categorias para pensar e agir; sujeito e práxis imbrincados, sujeito da práxis.

Como nos assinala Rauter (2000) “para pensarmos o trabalho no mundo contemporâneo é necessário contrapor, à aparente autonomia da tecnologia, uma subordinação da tecnologia a uma ética da vida. Falar de produção da vida material implica sempre falar de produção de vida em primeiro plano.” O que queremos enfatizar “é que o mundo humano depende radicalmente da invenção que se dá no cotidiano da experiência.” Rauter (2000).

Oury (1991) diz que o ensino deveria ser um conjunto de técnicas que nos permitissem aprender a aprender. Fala da formação como algo da ordem de uma “modificação”: “modificação de um certo nível da personalidade do sujeito que se engaja neste trabalho; não uma transformação, mas uma modificação no sentido de uma sensibilização para alguma coisa específica”. Oury (1991). Neste sentido pensamos a formação em sua dimensão técnica e não técnica, como algo que “(...) exige uma disposição particular que se adquire pelo exercício de uma “tekné”, espécie de atenção trabalhada que a torna sensível á qualidade do contexto, à polifonia dos discursos, às manifestações paradoxais de um sentido iluminado. Aí está um dos objetivos fundamentais a que uma formação bem conduzida poderia se propor. Para desvendar tal ou tal forma de manifestação patológica é preciso estar “advertido”. Problema banal semelhante à aprendizagem da escuta dos barulhos do coração: se não estamos preparados,

não adianta escutá-los com o estetoscópio, pois não ouvimos senão ruídos confusos”. Acrescento ainda que “estar à escuta” é, como nos diz Oury (1991), estar sensível à manifestação do “aparecer”.

Podemos mais uma vez falar de uma clínica que se aproxima do discurso ético, “no mundo da ação não vale o saber simplesmente, porém, o “saber-se”, em situação, buscando conselho consigo mesmo (refletindo, analisando a situação) para, aí sim, acionar o saber prévio (fazer, produzir efeitos). (Onoko, 2003, p.95). Afirmamos ainda que esse saber efetivo é provisório, pois o “próprio sujeito da práxis, ao ser por ela transformado, produz um novo saber.” (idem). Na práxis, “o sujeito faz a experiência na qual está inserto e a experiência o faz”. (Onoko, 2003, p.103).

Assim sendo, o trabalhador de saúde mental não é somente um profissional especializado que executa um conjunto de ações técnicas. O sujeito não se reduz a uma doença ou a uma lesão que lhe causa sofrimento. “Cuidar nos remete a um posicionamento comprometido e implicado em relação ao outro.” (Yasui, 2006)

Deste modo, no panorama dos serviços de Saúde Mental, a assistência torna-se elemento de um conjunto maior de diversos setores (o serviço, o governo, o movimento social, a sociedade, a família, a escola) e que compõem esses “vários sentidos em um só” (político, cultural, jurídico, trabalhista etc). “É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores.” (Yasui, 2006, p. 103). Ao construir os novos serviços, “as instituições não são mais unidades de produção de procedimentos médicos ou psicológicos, mas locais de produção de cuidados, de produção de subjetividades mais autônomas e livres, de espaços sociais de convivência, sociabilidade, solidariedade e inclusão social. Lugares para articular o particular, o singular do mundo de cada usuário, com a multiplicidade, com a diversidade de possibilidades de invenções terapêuticas. E isso implica em desenvolver a cada demanda que se apresenta,

a cada usuário que recorre ao serviço, uma complexidade de estratégias que contemplem distintas dimensões do existir.” (Yasui, 2006).

Há, desse modo, um deslocamento da discussão sobre a loucura. Ela não se restringe mais ao campo técnico, mas amplia-se para o campo da cultura e da ética. Torna-se necessário a construção de interfaces com diferentes âmbitos (moradia, trabalho, educação, tratamento, lazer etc); o que implica em diversificar a rede de ações e utilizar a intersetorialidade como potente aliada. As estratégias de intervenção daí decorrentes ampliam-se para a construção de projetos marcados pela diversidade e pela multiplicidade de ações. O foco deixa de ser a doença, o déficit, o desvio e desloca-se para a singularidade de cada usuário, seus desejos e necessidades, seus potenciais que podem operacionalizar-se a partir das oportunidades construídas coletivamente. Como assinala Basaglia (1982), a doença deveria ser posta entre parênteses para que pudéssemos nos ocupar do sujeito em sua experiência. Nesse sentido podemos afirmar que a clínica proposta é um clínica ampliada, uma clínica do sujeito. (Campos, 2003). Amarante (2001) nos lembra que pôr a doença entre parênteses não significa sua negação, negação de que existe algo que produz dor, sofrimento, diferença ou mal-estar, mas sim a recusa à explicação psiquiátrica, à capacidade da psiquiatria dar conta do fenômeno .

A proposta não é mais a “cura”, mas sim a construção de um estilo para o sujeito, o que implica enunciar que o discurso da Saúde Mental não é fundado na causalidade e na cientificidade. A categoria de estilo nos reenvia à idéia de singularidade do sujeito. Birman (1997, p.46) diz que “dizer que alguém ou que uma obra é portador de um estilo é um elogio, pois é enunciar e reconhecer que esse personagem e essa obra se diferenciam, não se confundindo absolutamente com seus similares.” Vale dizer que a Saúde Mental como saber não se inscreve no discurso da ciência, mas se aproxima dos discursos inseridos nos campos da ética e da estética. Koda (2003, p.76) nos diz que “o trabalhador de Saúde Mental passa a ser uma espécie de facilitador nas negociações dos projetos dos usuários. Mediando propostas tanto do lado deste como do lado da sociedade. Transforma-se o lugar do usuário advogando-lhe poder contratual.”

Mas isso só se torna possível quando não exercemos uma prática assistencialista, pois a tutela é contraditória a possibilidade de autonomia e contratualidade. Como nos assinala Yasui (2006), o justo limite é aquele que se equilibra na corda bamba da produção da autonomia atenta para não produzir tutela ou dependência.

Nas atuais circunstâncias, numa época e numa sociedade onde as condições mínimas de subsistência não estão garantidas, o indivíduo é levado a peregrinações pelos mais diversos espaços em busca de recursos.

Muitas vezes, a falta de articulação das respostas, a precariedade da rede de serviços, a necessidade de se dar algum tipo de solução às demandas acaba por implementar uma prática de cunho assistencialista. Para Koda (2003), ao invés de se construir interfaces com outros setores, o isolamento leva a um movimento de tentar dar conta de responsabilidades de outros setores sociais. O trabalho em Saúde Mental perde seu poder de questionamento da sociedade e os profissionais tomam para si o trabalho hercúleo de dar conta das várias dimensões da existência do sujeito e daquilo que o Estado preteriu no desenvolvimento de suas políticas (investimento na geração de empregos, educação, moradia etc).

Quantas vezes nos flagramos em desespero ao receber um sujeito no Serviço de Saúde Mental, que ao primeiro olhar “triante”, narra uma vida na qual a miséria é predominante, tudo parece faltar. Falta moradia, falta comida, falta trabalho, falta afeto, falta saúde, faltam condições mínimas e dignas de sobrevivência. Diante desta situação, nos resta pensar que o fim dos manicômios nos deixou como legado o mandato social que lhes foi outorgado: a gerência e controle da pobreza daqueles que não se adaptam ao contrato social. Se nós, trabalhadores da saúde, nos deixarmos fisgar por essa visão, correremos o risco de nos tornar higienistas/assistencialistas, e banalizar a dimensão técnica e política do trabalho, polarizando e dissociando os aspectos clínicos e os aspectos políticos. “Quem trabalha nesses locais sabe o difícil que resulta colocar-se em contato com tanta intensidade cotidianamente. Não estamos falando somente da já dura experiência (...) de conviver com a dor e a morte, o

excesso de demanda, a falta de recursos. O grau de miserabilidade dessas populações extrapola nossa capacidade de resistência. Uma coisa é saber – em tese – que o Brasil é um país cheio de pobres. Outra bem diferente é tentar uma intervenção terapêutica junto a pessoas que estruturaram sua própria resistência à morte por meio de formas de subjetivação que não conseguimos compreender.(...) Um contexto onde vida e morte (tráfico, violência material e subjetiva) significam outra coisa que não estamos acostumados a entender. Desejamos destacar a intensidade dessa experiência e sua singularidade. O grau de esgarçamento simbólico que percebemos em algumas dessas comunidades, nas quais , por exemplo, vez de conversar, mata-se, coloca em xeque todas nossas propostas interpretativas. Falta-nos suporte, arcabouço conceitual ou categorial para a Saúde Coletiva poder de fato apoiar os seus agentes nesse percurso.” (Onoko, 2005).

Qual clínica estamos propondo?

Estamos propondo uma clínica comprometida com os processos de produção de subjetividade, “sua intervenção se dá num tempo intempestivo, extemporâneo, impulsionado pelo que rompe as cadeias do hábito para constituição de novas formas de existência.” (Benevides de Barros & Passos, 2001). Clínica entendida para além da dimensão do acolhimento e do cuidado, “clínica enquanto experiência de desvio, do clinamen que faz bifurcar um percurso de vida na criação de novos territórios existenciais” (idem). Daí a dimensão ética e política da clínica, pois “(...) uma vez que é pela afirmação do não-lugar que ela se compromete com os processos de produção de subjetividade.”(idem). Benevides de Barros & Passos (2001) afirmam ainda que este compromisso clínico só se faz pondo em questão nossos especialismos, o que exige de nós a busca de estratégias eficazes contra o conservadorismo das imagens identitárias. Segundo esses autores, “assumir a dimensão política da clínica é apostar na força de intervenção sobre a realidade efetuada apostando nos processos de produção de si e do mundo.” (Benevides de Barros & Passos, 2001) . O que está em pauta “é a figuração de um sujeito da diferença que se

confronta permanentemente com as formas existentes de subjetivação, em busca da possibilidade de se constituir como singularidade.” (Birman, 1997: 38).

Encontro de alteridades, propiciando estranhamento e o reconhecimento do outro, daquilo que é distinto, da diferença, daquilo ou daquele que se contrapõe em sua presença - o outro de si mesmo - estranhamento que servirá como “motor” da clínica-política que estamos propondo. O outro está ali como sujeito, e não sujeitoado. O outro (e aqui pode-se ler nós mesmos) está ali como presença de um pólo de representação que tem capacidade, pela sua posição histórica e social (ou apesar dela), de se contrapor as linhas de poder instituídas. É nessa clínica que apostamos e investimos.

Como salienta Rolnik e Guatarri, “a subjetividade está em circulação nos conjuntos sociais de diferentes tamanhos: ela é essencialmente social, e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares. O modo pelo qual os indivíduos vivem essa subjetividade oscila entre dois extremos: uma relação de alienação e opressão, na qual o indivíduo se submete à subjetividade tal como a recebe, ou uma relação de expressão e criação, na qual o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetividade, produzindo um processo que eu chamaria de singularização (Guattari & Rolnik, 2005, p. 42).

Nesse contexto, estamos expostos a um processo permanente que aprende e constrói, cotidianamente, novas formas de lidar, de escuta ou de “reprodução social dos sujeitos”, como prefere Rotelli (1990). Como diz perfeitamente Benevides e Passos (2001) “trata-se de construir uma política em favor da vida – uma biopolítica.” Nessa perspectiva “ é preciso reinventar a clínica como construção de subjetividades, como possibilidade de ocupar-se de sujeitos com sofrimentos e de efetivamente responsabilizar-se com esse sofrimento, através de paradigmas centrados no cuidado, na tomada de responsabilidade (Dell’Acqua apud Amarante, 2001:109) e na cidadania, ou seja, uma clínica que não seja mais um estratégia de normalização e disciplinamento.” (Amarante, 2001).

Como nos diz Onoko (2005), “é uma questão ética: nós não saberíamos sobreviver a situações que vemos nos bolsões de pobreza das grandes cidades

brasileiras. Eles sabem. Nós que temos muito de aprender. Nós só podemos ofertar nossa diferença, nosso estranhamento como um convite a experimentar outras formas de ser na comunidade. E não porque a nossa seja melhor, senão porque temos um compromisso ético em desviar a produção em larga escala de miseráveis. (...) Nossa estratégia é desviar essa reprodução e coloca-la na trilha da produção do novo...Talvez seja a única coisa que nos dê um pouco de consistência.” Se nos deixarmos “distrair” somente com o contexto social, fugiremos das questões subjetivas que assolam o sujeito. Nesse sentido propusemos pensar o CAPS como dispositivo, aquilo que, “segundo Jullien (1998), propicia, faz advir, ou, segundo Baremlitt (1992), abre espaços para a criação do novo radical” . (Onoko, 2003, p.98).

Imagine a realidade da rede assistencial de Campinas/SP – (onde há vários dispositivos já em funcionamento na rede - há seis CAPS, Centros de Convivência, CAPS ad, CRAISA, NOT<sup>2</sup>, Casa das Oficinas, Abrigos, Centros de Saúde, Hospitais etc). Houve uma implicação da gestão que incorporou o projeto manicomial à suas ações. Em tese podemos afirmar que contamos com vários parceiros e que estaria garantido um dos principais eixos de ação da proposta antimanicomial: a construção de uma rede de sustentação para a pessoa portadora de sofrimento psíquico na comunidade. No entanto, sabemos o quanto é difícil essa articulação, mesmo quando existe, como no caso de Campinas, uma ampla rede de assistência.

A situação agrava-se em cidades onde não houve investimento do poder público e a desarticulação da rede de Saúde Mental é total. Frente a essa situação, como ter uma atuação territorializada e assumir responsabilidade pelas questões relativas à atenção nos sofrimentos psíquicos e de mal-estar dos sujeitos em sua sociabilidade no território? A responsabilidade acaba quando acabam os recursos do poder público que os financia, afinal ninguém é de ferro e não há milagre que possa ser feito.

---

<sup>2</sup> CAPS ad: Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas  
CRAISA: Centro de Referência de Atenção Integral a Saúde do Adolescente  
NOT: Núcleo de Oficinas de Trabalho

## Referências Bibliográficas:

AMARANTE, P. (2001) Sobre duas proposições relacionadas à clínica e à reforma psiquiátrica. In: QUINET, A. (org.) *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, p. 103-110.

AMARANTE, P. & GIOVANELLA, L. (1994) O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: AMARANTE, P. (org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p.113-148.

BENEVIDES DE BARROS, R. & PASSOS, E. (2001) Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. *Revista de Psicologia Clínica PUC/RJ*. Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.89-100.

BIRMAN, J. (1997) *Estilo e modernidade em psicanálise*. São Paulo: Editora 34.

COELHO, H. (2002) O vínculo analítico e sua evolução. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade Estadual Paulista – UNESP – Campus Assis/SP.

FURTADO, J. P. (2001) Um método construtivista para a avaliação em saúde In: *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 6, n° 1.

GUATTARI, F. e ROLNIK, S. (2005) *Micropolítica: cartografias do desejo*. 7ª Edição revisada. Petrópolis: Ed. Vozes.

HOUAISS, A. & VILLAR, M. (2001) *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro; Editora Objetiva.

KODA, M. Y. (2003) A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In: AMARANTE, P. (coord.) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, p.67-87.

ONOKO CAMPOS, R. (2005) O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. In: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n° 3.

ONOKO CAMPOS, R. (2003) *O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica*. São Paulo: Editora Hucitec.

- OURY, J. (1991) Itinerários de formação. In: Revue Pratique n° 1 pp. 42-50.  
Tradução: Jairo I. Goldberg. (mimeo s/d e sem paginação)
- RAUTER, C. (2000) Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, P. (org.) Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.267-277.
- ROTELLI, Franco et. al. (1990) Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) Desinstitucionalização. São Paulo: Editora HUCITEC.
- STENGERS, I. (1989) Quem tem medo da ciência? Ciências e Poderes. São Paulo: Edições Siciliano.
- YASUI, S. (2006) “Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira”. Rio de Janeiro: 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.