



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas “Zeferino Vaz”
Departamento de Medicina Preventiva e Social

Bruno Henrique Bengel de Paula

A ausência presentificada: sobre o poder-saber psiquiátrico no CAPS David Capistrano

Campinas
2012

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas “Zeferino Vaz”
Departamento de Medicina Preventiva e Social

Bruno Henrique Bengel de Paula

**A ausência presentificada: sobre o poder-saber psiquiátrico no CAPS David
Capistrano**

Monografia de Conclusão de Curso apresentada
ao Programa de Aprimoramento Profissional em
Saúde Mental, sob orientação do prof^o Ms. e
Doutorando Alberto Giovanello Diaz e da prof.^a
Dra. Rosana T. Onocko Campos.

Campinas
2012

1. INTRODUÇÃO

Para princípio de conversa, acredito ser importante fazer um levantamento das escolhas feitas por mim, com o intuito de analisá-las e poder realizar uma compreensão acerca dos fundamentos que me levaram à optar pelo CAPS David Capistrano como campo de atuação.

O primeiro mês de aprimoramento foi o momento em que nós, aprimorandos, realizamos a tarefa de conhecer os dispositivos da rede de saúde de Campinas, que estariam a nossa disposição enquanto campo para o cumprimento da parte prática do programa. A certeza que tinha ao meu dispor, apesar das muitas dúvidas e desconhecimentos, era de que queria estar atuando em algum Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Essa preferência já era dada como certa, por mim, devido à minha trajetória acadêmica tanto no que se refere ao interesse pelo conhecimento teórico, como o prático (estágios), na área da saúde mental.

Pois bem. Acabei me deparando, primeiramente, com uma cidade desconhecida, como uma rede de serviços, também, inédita. A partir das visitas aos serviços elegi um critério de escolha que foi decisivo: optei pelo CAPS III.

Ainda não havia experienciado, em meu percurso, esse tipo de serviço 24h, que tem como prerrogativa acolher e atender às situações de crise. Foi a partir desse critério – CAPS III e suas implicações – que acabei escolhendo o CAPS David Capistrano. Não foram poucos os motivos. Primeiramente, esse serviço me chamou a atenção pelo discurso que tanto a gestão como os trabalhadores assumiam ao se referir à atenção a crise. Consegui vislumbrar nesse CAPS uma inclinação acentuada no que diz respeito ao trazer a crise para dentro do serviço, acolhê-la e intervir sobre ela. Esse tipo de discurso me seduziu e foi corroborando por um aspecto institucional que não contava de início: a ausência de médicos-psiquiatras há bastante tempo. A falta dessa categoria profissional, no quadro de funcionários do serviço, reacendeu uma postura político-ideológica que havia adquirido nos tempos de faculdade: a de que os psiquiatras ainda protagonizam práticas com resquícios manicomiais e que, além disso, imperam nos serviços da rede substitutiva. Cultivava, internamente, a fantasia de que sem esses profissionais “reacionários” a reforma psiquiátrica daria um salto qualitativo significativo.

Apesar ter introjetado essa forma de pensar, um tanto voltado para as tendências antipsiquiátricas, sempre fiz questão de assumir uma postura crítico-compreensiva, não me deixando levar somente por um certo tipo de militância – que muitas vezes nos paralisa e impede a reflexão –, apostando na experimentação

sensível e intuitiva como forma de criar meus próprios conceitos e valores acerca do vivido.

Acredito que seja essa a preocupação – de investir na experimentação radical –, que permitiu-me mergulhar no CAPS David Capistrano e, a partir das afetações que foram possíveis, realizar, agora, esse exercício reflexivo que, apesar de parecer distanciado, revela e exalta muito do que pude experienciar, não somente como necessidade curricular, mas como ampliação dos sentidos de minha própria existência.

Enfim, após esse breve preâmbulo, daremos início ao produto, parcial e não total, dessa viagem que pude embarcar e navegar. Aproximem-se.

2. SOBRE O PODER PSQUIÁTRICO NO DISCURSO DOS USUÁRIOS

É comum observar, no cotidiano institucional, queixas recorrentes dos usuários, tais como: “Eu preciso falar com o médico (psiquiatra)! Hoje tem médico?”. Primeiramente, esse tipo de fala, vinda dos usuários, tem uma explicação circunstancial: o serviço carece¹ da presença desse profissional da saúde; por isso que parte da queixa é composta pela pergunta “hoje tem médico?”. Desde minha chegada ao CAPS, alguns psiquiatras chegaram a ser contratados, mas sequer conseguiram cumprir a carga horária pré-fixada em contrato (já restrita!), vindo, conseqüentemente, a abandonar seu posto de trabalho. Essa situação se mantém já a algum tempo, produzindo efeitos institucionais significativos, modulando os processos de trabalho e o tipo de assistência ofertada. Porém, para além da ausência do profissional médico no quadro de funcionários, outros aspectos podem vir a ser considerados na análise desse tipo de fala, contribuindo, desse modo, com a formulação de outras interpretações.

Voltemos ao discurso do usuário. Podemos dizer que, por trás dessa lamúria, existe uma necessidade: falar com o médico. Mas, afinal, o que produz tal necessidade? Ou, melhor dizendo, como se produz essa necessidade?

A partir de meu trajeto experiencial no serviço, fiz um levantamento de alguns fatores que pudessem servir como resposta para essas questões. Constatei que um dos motivos para a produção dessa demanda, “Preciso falar com o médico

¹ A participação psiquiátrica no serviço se dá através da presença de residentes e preceptores do Complexo Hospitalar Ouro Verde e da PUC, onde o CAPS é campo de estágio. Além deles, o serviço acaba contando com o SAMU enquanto retaguarda psiquiátrica.

(psiquiatra)!”, diz respeito à própria terapêutica medicamentosa. Essa sede insaciável por médico está relacionada a uma sensação de satisfação advinda da possibilidade de consumo de psicotrópicos, independentemente de seus efeitos terapêuticos ou colaterais, pois o que está em jogo é o sentimento de segurança de que se está recebendo tratamento. Podemos constatar, inclusive, que existe uma relação diretamente proporcional entre a quantia de ofertas terapêuticas – psicofármacos – e a quantidade desse tipo de demanda – *medicofágica*. Ou seja, quanto mais oferta mais demanda. O que quero enfatizar é a existência de um modo de produção de subjetividade, na contemporaneidade, calcado na medicalização do sofrimento psíquico², isto é, em nossos tempos, são dadas as condições de possibilidade (históricas, culturais, sociais, econômicas, políticas etc.) para a constituição de sujeitos que legitimam e são legitimados pelos discursos e práticas médicas. Por exemplo: Quando atendidos pelo psiquiatra, alguns usuários do CAPS falam de seu sofrimento (seja ele de ordem física, psíquica ou social) associando uma alteração (diminuição, aumento ou retirada) na medicação como solução para seus conflitos, logo, esses sujeitos expressam-se de modo medicalizado, ou seja, endereçam sua queixa inicial à uma conduta médica, o que não significa uma procura pela cura, mas, simplesmente, uma busca por um alívio imediato. A respeito desse movimento de busca pela resposta imediatista, o psicanalista Joel Birman (2009) faz uma reflexão acerca do tempo e a subjetividade:

A idéia de história de uma subjetividade, articulada com o eixo do tempo, tende ao silêncio e ao esquecimento. É sempre a pontualidade da intervenção, centrada no psicofármaco, que está em questão na terapêutica do dispositivo psiquiátrico da atualidade. Jogou com isso, enfim, um pá de cal na concepção de história como fundamento da subjetividade (p. 186).

Pressupõe-se, portanto, uma associação não-livre entre o mal-estar e o remédio, fazendo com que o uso da medicação transforme-se na fórmula resolutiva para qualquer tipo de queixa. Segundo Birman (2009), ao se aproximar da racionalidade da clínica médica contemporânea, fundada no discurso biológico das neurociências, a psicopatologia psiquiátrica inscreve o medicamento como principal referência para a construção e nomeação das síndromes, colocando em segundo plano as preocupações etiológicas. Ainda de acordo com o autor,

Não se pretende mais a cura, no sentido clássico da medicina clínica, mas apenas a regulação do mal-estar. Por

² Vale lembrar que essa condição pós-moderna não se restringe à população usuária dos serviços de saúde mental.

isso mesmo, o medicamento se transforma no vetor da nova construção nosográfica, pois aquele seria o eixo da regulação corpórea. Assim, a leitura do mal-estar corporal assume uma direção totalmente funcional e não mais etiológica (p. 185).

Além da terapêutica médica estar focada no uso de psicotrópicos, outra razão que podemos considerar, para compreender a demanda dos usuários, é a concentração de atribuições burocráticas nas mãos dos médicos-psiquiatras. Além do receituário, existem outros processos que necessitam do consentimento do médico (ou, melhor, de seu carimbo!) para se efetivarem. A obtenção de benefícios diversos, a possibilidade de retirada de medicações de alto custo, o direito ao vale transporte gratuito, tornaram-se sinônimos de atos médicos. Com a centralização na figura do psiquiatra desses procedimentos, tão importantes para o resgate da autonomia e cidadania (reabilitação psicossocial), pressupõe-se, dessa maneira, que esse profissional é o único capacitado a avaliar e definir se determinado usuário necessita ou não desse ou daquele benefício. Essa conjuntura acaba que por gerar assimetrias nas relações e nos processos de trabalho, dentro da equipe do CAPS, no que se refere aos jogos de poder. Desses efeitos na relações intraequipe, falaremos mais adiante (capítulo 3). Retomando a discussão, podemos pensar que essa condição surge em função do lugar que esse saber ocupa na história do conhecimento e, mais especificamente, no campo das práticas destinadas à ditas doenças mentais.

Enquanto ocorrem essas práticas que produzem dissonâncias, podemos observar que a construção e a gestão do campo multiprofissional da saúde mental se apresenta, ainda, muito incipiente, sendo que a forma como, por exemplo, as atribuições burocráticas são distribuídas no CAPS, revelam algumas das barreiras existentes que bloqueiam a implementação de um serviço transdisciplinar³. A respeito desse conceito, Passos e Benevides de Barros (2009) nos remetem ao seu potencial criador:

Problematizar os limites de cada disciplina é argüi-la em seus pontos de congelamento e universalidade. Tratar-se-ia, nesta perspectiva transdisciplinar, de nomadizar as fronteiras, torná-las instáveis. Caotizar os campos, desestabilizando-os ao ponto de fazer deles planos de criação de outros objetos-sujeitos, é a aposta transdisciplinar (pp. 116-117).

³ Esse conceito será melhor trabalhado nos capítulos subseqüentes, pois se conectará com outras noções, que nos ajudarão a ampliar o olhar sobre as questões que estão em jogo nesse trabalho.

É, portanto, na fala dos usuários, entendida como analisador institucional, que percebemos a hegemonia do saber psiquiátrico no campo da saúde mental, o que compromete a própria construção/gestão do campo. Aliás, podemos pensar que o próprio conceito de “usuário da saúde mental” – enquanto um dos produtos do movimento de reforma psiquiátrica brasileira, que procura dar outro estatuto aos, até então, doentes institucionalizados, tornando-os sujeitos-cidadãos – parece retroceder e se corporificar na figura do “extinto” paciente psiquiátrico, só que, este, adquirindo outras formatações de existir, em que o poder sobre o seu corpo já não se efetua através das medidas disciplinares como o enclausuramento e as correções de espírito pretendidas pelo tratamento moral, mas se expressa e se revela nos pequenos gestos, na falas e nos micromovimentos dos usuários, ou seja, se manifesta de modo capilarizado no serviço (e também na sociedade), já que se efetiva no tecido microfísico da vida. É através do discurso dos usuários, entendido como efeito de poder, que percebemos como a instituição psiquiátrica se faz presente nos serviços substitutivos da rede de saúde mental, isto é, como ela atravessa esses estabelecimentos, conservando e reproduzindo a lógica do pensamento psiquiátrico.

3. DISCURSOS E PRÁTICAS DA EQUIPE QUE DESVELAM E LEGITIMAM O SABER-PODER PSQUIÁTRICO

Podemos verificar, no interior das práticas cotidianas do serviço, a existência de procedimentos, não necessariamente (atos) médicos, que nos remetem, quase que invisivelmente, ao poder psiquiátrico. Para dar seguimento a esta análise, utilizo-me de Foucault (1988) para explorarmos esse conceito de poder. O autor francês propõe um outra analítica do poder, que nos permite compreendê-lo como

a multiplicidade de correlações de forças imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização; o jogo que, através de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, inverte; os apoios que tais correlações de forças encontram uma nas outras, formando cadeias ou sistemas ou, ao contrário, as defasagens e contradições que as isolam entre si; enfim, as estratégias em que se originam e cujo esboço geral ou cristalização institucional toma corpo nos aparelhos estatais, nas formulação da lei, nas hegemonias sociais (pp. 88-89).

Essa conceituação foucaultiana tem por objetivo destituir o poder do lugar da soberania ou dominação, como se estivesse alocado em um local pré-determinado e que essa fosse sua condição imutável. “O poder está em toda a parte; não porque

englobe tudo e sim porque provém de todos os lugares” (Foucault, 1988, p.89), ou seja, não há uma unidade de poder, mas, ao contrário, existem diversos focos de poder. Para nos esclarecermos mais acerca dessa complexa temática, peguemos algumas proposições do próprio autor que, acredito, nos permitirão ampliar nosso olhar a partir dessa perspectiva que Foucault inaugura.

Primeira; “o poder não é algo que se adquira”, ele “se exerce a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais”. Segunda; “as relações de poder não estão em posição de superestrutura”, isto é, agindo por intermédio da proibição ou repressão, mas, ao invés disso, “possuem, lá onde atuam, um papel diretamente produtor”. Terceira; não há uma “oposição binária e global entre os dominadores e os dominados”, sendo que “as grandes dominações são efeitos hegemônicos continuamente sustentados pela intensidade” do encadeamento dos afrontamentos locais. Quarta; “as relações de poder são, ao mesmo tempo, intencionais e não subjetivas”, isto é, o poder se exerce de acordo com objetivos, mas, ao mesmo tempo, não se cumpre a partir da vontade de um sujeito individual ou grupo. Quinta; “onde há poder há resistência e, no entanto (ou melhor, por isso mesmo) esta nunca se encontra em posição de exterioridade em relação ao poder” (Foucault, 1988, pp. 89-91).

A partir dessas proposições, passemos então à análise de alguns exemplos de mecanismos de poder no cotidiano do CAPS. A medicação assistida, por exemplo, mesmo sendo parte constituinte de muitos projetos terapêuticos, o que, indiscutivelmente, implica a participação de agentes não-médicos em sua formulação e implementação, é um mecanismo terapêutico (ou de poder) essencialmente psiquiátrico. Por dois aspectos principais: A) Tutela: esse tipo de procedimento diminui o grau de autonomia do usuário, confinando-o em um modo de se relacionar com o serviço pautado, preferencialmente, pelos horários em que o sujeito “deve” tomar a medicação. Ou seja, a proposta é garantir o uso do remédio por intermédio do controle vigilante dos que compactuam com o olho do poder psiquiátrico, já que, como já diria o ditado popular, “tomar é bom pra você porque o médico sabe o que é bom pra você”. B) Primazia do psicotrópico (ou, primazia do falo?!): Esse tipo de tratamento “intensivo” dado ao usuário produz, em muitos casos observáveis, um vínculo terapêutico que se constitui, exclusivamente, pela via medicamentosa, corroborando para a manutenção da medicalização da vida, como já discutimos anteriormente. O vínculo do usuário com o serviço acaba sendo caracterizado pela obrigatoriedade de se responder ao chamado da medicação assistida e no tempo que ela prescreve. Esse assujeitamento, consequência de

negociações insatisfatórias entre usuário e equipe, gera movimentos de “rebeldia”, como não ir ao CAPS, simulações no momento de engolir a medicação, etc. Apesar disso tudo, vale a pena fazer uma ressalva. Esse tipo de vínculo não exclui a possibilidade da produção de outros tipos, além disso, a medicação assistida surge como um modo de intervenção em momentos de extrema vulnerabilidade do sujeito, o que colocá-la-ia como uma ferramenta de cuidado intensivo. Independentemente dessas considerações, o que quero pontuar é que esse procedimento acaba se naturalizando no dia-a-dia, tornando-se uma técnica rígida e irrefletida.

Tanto a tutela como a primazia do psicotrópico, entendidos como mecanismos de poder psiquiátrico, preenchem o cenário institucional dando tons medicalizados em um trabalho que deveria compor uma sinfonia transversalizada.

É interessante observar que em um serviço, como já vimos, onde não há médicos (ou pouquíssimos), existam tantos mecanismo de poder psiquiátricos, que, na maioria das vezes, são reforçados pelos trabalhadores não-médicos, que, como havíamos visto, operam as sínteses das técnicas psiquiátricas para dentro de seu núcleo profissional, constituindo, o que Foucault (1988) nomeia de foco-local de poder-saber.

Ao mesmo tempo, podemos observar que quando há participação do médico, nos processos de trabalho que envolvem a construção de projetos terapêuticos singulares, esse envolvimento, muitas vezes, se dá somente com a utilização de seu carimbo e assinatura, para dar conta dos processos burocráticos, os quais já foram evidenciados na demanda presente no discurso dos usuários (Capítulo 2). Mas podemos verificar que essa é uma demanda que está presente também nos processos de trabalhos da equipe não-médica. Evidentemente, essa demanda dos outros trabalhadores é produzida pela própria rigidez dos processos de trabalho, no que se refere ao tramite burocrático. Mas, o que não podemos perder de vista, é que a existência dessas burocracias nada mais é do que o resultado do estado em que as relações de poder se encontram no campo da saúde mental – só para se fazer um recorte. E, portanto, essa situação não nos diz de um poder que, simplesmente, o médico adquiriu ou herdou, como nos diz Foucault (1988), mas da formatação que o jogo de correlações de forças expressa a partir de um corte temporal; portanto, o poder psiquiátrico seria o quadro pintado por esses diversos afrontamentos.

A condição de possibilidade do poder, (...) não deve ser procurada na existência primeira de um ponto central, de um foco único de soberania de onde partiriam formas derivadas e descendentes; é o suporte móvel das correlações de força

que, devido a sua desigualdade, induzem continuamente **estados de poder**, mas sempre localizados e instáveis [grifos meus] (Foucault, 1988, p. 89).

Outro aspecto que nos permite analisar a predominância de uma linha de cuidado medicalizada na assistência à saúde é a atenção à crise. A crise, enquanto situação limite, nos permite observar algumas fissuras no que diz respeito à construção e gestão dos projetos terapêuticos singulares. A positividade da crise, isto é, a capacidade que tem de produzir desvios e novos arranjos, parece não se fazer presente como qualidade inerente à experiência do sujeito. Digo isso, pois os estranhamentos que dela suscitam naqueles que estão redor, especificamente os cuidadores/terapeutas, muitas vezes “precisa” ser aplacado de modo imediatista. Surgem, então, estratégias – a administração medicamentosa contígua e o encaminhamento para o leito noturno (hospitalidade integral) – de modo a ofertar à intensificação dos cuidados e como acolhida nesse momento de ruptura. Assim que os usuários são encaminhados à hospitalidade integral, a preocupação com a prescrição medicamentosa surge indissociadamente. São feitas avaliações e reavalições do quadro com o intuito de obter a melhor resposta ao psicotrópico, no que diz respeito à diminuição ou eliminação sintomatológica. Esse direcionamento clínico justifica-se pelo próprio sofrimento que está associado aos sintomas; psicóticos, por exemplo, já que ser invadido por um turbilhão de vozes na cabeça não parece ser uma experiência das mais confortáveis. Apesar disso, me pergunto: até que ponto conseguimos, efetivamente, escutar essa crise, suas motivações e efeitos no sujeito? Ou seja, será que conseguimos mergulhar nesse temporalidade que emerge – o intempestivo da crise – ou colocamos os nossos tempos como imperativos (tempo dos afazeres institucionais, por exemplo)? Peter Pál Pelbart (1993), referindo-se à uma obra⁴ de Jean Oury, sobre o tempo e a psicose, explicita que o psicótico

situa-se numa espécie de ponto de horror, anterior mesmo a uma temporalidade, um ponto de parada, de suspensão, em que ainda não está configurada uma imagem do corpo, num estado de inacabamento radical, onde não há contorno nem mesmo para o vazio, onde não há esquecimento nem surgimento. A ideia de Oury é que deveríamos poder sustentar para os psicóticos um ponto que é ao mesmo tempo de um esquecimento e de uma espera. É um ponto que corresponde ao jorrar do tempo. Deveríamos poder estar ali onde começa o tempo, e com ele a possibilidade de alguma forma, de alguma decisão, deixar jorrar o tempo para que possa surgir o bom momento de se fazer alguma

⁴ Jean Oury, "La temporalité dans la psychose", in *La folie dans la psychanalyse*, Armando Verdiglione (org.), Paris, Payot, 1977.

coisa. Oury usa para explicá-lo dois tipos de tempo existentes no grego antigo, o *aion*, que é esse presente que faz jorrar de dentro de si o tempo, e o *kairos*, que é o momento adequado, o bom momento para decidir e fazer. Como se devêssemos sustentar para o psicótico esse ponto de coincidência entre o *aion* e o *kairos*, numa espécie de cronogênese primordial, de onde pode surgir uma forma, até um projeto. Onde coincidissem esquecimento e espera. Curiosamente, é um ponto de paciência, de tédio, insípido, num certo sentido, e caótico (p. 35).

Falando em tempo, a urgência é uma das modalidades temporais que mais parece estar associada à crise. E não é à toa. Somos convocados a atender uma demanda que parece não ter mais como esperar. E é esse momento crucial que, ao meu ver, coloca o dispositivo CAPS III em um lugar estratégico na rede substitutiva antimanicomial, já que cria, para além do SAMU, do PS e da internação hospitalar, uma outra possibilidade de intervenção. A potência dessa intervenção está, acredito, na possibilidade de tratamento no território, trabalhando *na* reabilitação psicossocial e não *para* a mesma. Essa é uma questão não simplesmente semântica, pois implica a assistência à saúde em processo de co-construção da realidade, já que operar *na* reabilitação psicossocial nos coloca como agentes constantes de transformação social; diferentemente de trabalhar *para*, pois estaríamos, apenas, direcionando nossas intervenções para um fim já dado, um ideal, um modelo, um modo de vida pré-fabricado. Ao mesmo tempo que este se constitui como o principal objetivo dos CAPS III, também é o seu maior desafio.

4. RESISTÊNCIAS E OS RISCOS DAS RESISTÊNCIAS

Já discutimos os efeitos do poder-saber psiquiátrico tanto no discurso dos usuários como nas práticas do restante da equipe. Mas, utilizando-nos de uma das proposições de M. Foucault (1988) sobre a analítica do poder, a de que “onde há poder há resistência”, proponho que façamos um exercício reflexivo com o intuito de mapear onde estão localizados, na equipe não-médica, os focos de resistência ao saber-poder psiquiátrico.

Ao mesmo tempo que existem técnicas, como a medicação assistida, em que a linha de cuidado medicalizada e medicamentosa é predominante, podemos observar outras práticas que evidenciam o empoderamento da equipe não-médica no que se refere ao planejamento e implementação de projetos terapêuticos singulares. Podemos observar algumas atitudes da equipe que implicam o uso da autonomia e tomada de responsabilidades dos diversos profissionais, com o intuito de garantir a resolutividade terapêutica. Essas práticas se mostram na assistência e

podem ser constatadas nos discursos que circulam nos espaços de decisão coletiva, seja a reunião geral, as passagens de plantão ou mesmo em supervisões clínico-institucionais. Nesses locais, podemos constatar o grau de apropriação que a equipe tem de cada caso clínico e, conseqüentemente, o seu potencial de intervenção.

Apesar desse empoderamento aparente, sugiro refletirmos mais profundamente esse próprio fenômeno. Quando falamos em empoderamento, estamos afirmando que houve um aumento na capacidade de tomar decisões e de intervir, podemos inferir que esse suposto “acréscimo de poder” surge em função de um novo arranjo nos jogos de poder, da própria circunstância da ausência de médicos-psiquiatras na equipe. Como nos adverte Foucault (1988):

Não procurar quem tem o poder (...) mas, ao contrário, buscar o esquema das modificações que as correlações de força implicam através de seu próprio jogo. As “distribuições de poder”, e as “apropriações de saber” não representam mais do que cortes instantâneos em processos, seja de reforço acumulado do elemento mais forte, seja de inversão da relação, seja de aumento simultâneo dos dois termos. As relações de poder-saber não são formas dadas de repartição, são “matrizes de transformação” (p. 94).

Mas como, por quais meios e métodos, se deu essa ampliação da resolutividade dos profissionais? Essa é a questão chave.

Acredito que essa maior apropriação dos projetos terapêuticos, por parte dos profissionais não-médicos, sejam eles psicólogos ou técnicos de enfermagem, é potente, mas precisamos realizar um levantamento dos riscos iminentes que essa nova economia de poder institucional pode acarretar.

Podemos pensar que o empoderamento que se deu pela equipe não-médica representa um aumento no grau de atuação dos profissionais no campo da saúde mental, em compensação, o que poderia servir como meio de investimento no campo multiprofissional, acaba, muitas vezes, significando um alargamento de determinados núcleos – por exemplo, da psicologia – frente ao campo. O risco dessa expansão está na priorização de intervenções, seguindo o exemplo, fundadas pelo saber psicológico. Acaba-se, dessa forma, criando-se uma linha de cuidado psicologizante, que acaba por constituir os usuários em sujeitos da psicologia.

Ao mesmo tempo, e como já foi discutido no capítulo anterior, corre-se o risco, a partir do rearranjo das linhas de força, de ocorrerem resistências como, por exemplo, a reprodução de práticas alinhadas ao poder-saber psiquiátrico, exatamente pela falta de diálogo intra-núcleos, o que significaria a retomada do estado de poder anteriormente instalado e, conseqüentemente, reconhecível.

Essa sobredeterminação de um núcleo sobre os demais impede a construção coletiva de casos clínicos e, por conseguinte, acaba produzindo um fenômeno – resultado de como estão se dando as relações entre os núcleos e estes com campo – que aparenta ser o supra-sumo da resolutividade: a super-referência ou o super-terapeuta.

Com a inexistência do compartilhamento de saberes, e da possível produção de novos, acabam-se criando trabalhadores oniscientes dos processos de trabalho, o que significa a monopolização de projetos terapêuticos, já que, aparentemente, só um determinado saber daria conta de toda e qualquer demanda do usuário.

Uma clínica orientada pela integralidade recairia utópica, idealizada e abstrata se – em cada ato profissional – viéssemos supor a capacidade de corresponder a todos os aspectos que envolvem a experiência concreta de adoecimentos, sofrimentos, padecimentos, aflição ou sentimento de vida contrariada (Ceccim, 2008, p. 265).

As conseqüências desse tipo de posicionamento, pseudo-integralista, são graves tanto para a equipe quanto, e principalmente, para os usuários. Além dos conflitos de ordem narcísica entre os profissionais – que produzem angústias devido à desvalorização, deslegitimação e despertencimento, já que os não detentores do suposto saber (ou do falo) encontra-se excluídos da própria produção de seu trabalho –, acabam-se produzindo terapeutas que reeditam a figura da mãe todopoderosa do filho psicótico, só para ilustrar, metaforicamente, um dos efeitos.

Pegando esse exemplo da psicose, a partir de uma leitura psicanalítica, se quisermos ser capazes de tratar nossos pacientes precisamos, primeiramente, lidar com a nossa própria falta constitutiva, pois se o psicótico encontra-se preso no desejo do Outro, como objeto, não podemos ocupar o mesmo lugar desse que enclausura o psicótico e faz dele seu suporte de completude. Não somos onipotentes, portanto, não podemos tamponar nossas feridas narcísicas com aqueles que tratamos. Resta-nos

desenvolver tecnologias de tratamento que respondam pela condição da integralidade, pela resolutividade das práticas assistenciais e pelos problemas de saúde, tal como experimentados em situações de vida (Ceccim, 2008, p. 265).

5. DO AMBULATÓRIO AO CAPS: COMO SE OPERA UM SERVIÇO COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL – ALGUMAS QUESTÕES DE NÚCLEO E CAMPO

Tenho acompanhado algumas situações conflituosas no que diz respeito aos processos de trabalho que se dão no interior do serviço. Mais especificamente, no

que se refere a proposta da política pública de ofertar, a população atendida, uma assistência multiprofissional. A respeito da multiprofissionalidade, Ricardo Ceccim (2008) afirma que

Objetivamente, não está em negociação impor ou não a condição multiprofissional. Devemos reconhecer a imposição social da multiprofissionalidade. Resta-nos partir da admissão dessa condição, já de antemão, para negociar em cada realidade os modos, meios, processos e dinâmicas para sua efetivação (p. 262).

Como nos traz o autor, precisamos estar sempre colocando em negociação o caráter multiprofissional do serviço, isto é, suas formas de concretização. Por si só, a multiprofissionalidade permite a produção de concepções distintas a seu respeito, ou seja, do que seria um trabalho conjunto com profissionais de diversos núcleos de competência e responsabilidade. Se pegarmos como exemplo o ambulatório, esse tipo de serviço, também, proporciona atendimento multiprofissional, mas, se nos pautarmos no movimento de reforma psiquiátrica brasileira e suas implicações ético-políticas, veremos que o trabalho em equipe, nos dispositivos substitutivos da rede de saúde mental, não se limita somente à presença de vários olhares especialistas. O que quero dizer é que o trabalho com múltiplos profissionais, pensando teórica e praticamente a clínica na saúde mental, necessita de uma produção constante de saberes (transdisciplinaridade) e não de uma prática reforçadora de “especialismos” (multidisciplinaridade). Sobre esse tema, Gastão Campos (1997), citando Franco Basaglia, aponta que o psiquiatra democrático italiano

combateu duramente a rigidez da especialização nos serviços de saúde mental. Sua equipe demonstrou que junto com o suposto aumento do saber do especialista viriam sempre o monopólio do conhecimento, o argumento de autoridade e, mais nocivo ainda, a fragmentação do processo terapêutico, segundo lógica estranha às necessidades dos enfermos (p. 244).

A partir dessas considerações, trago à tona esse assunto para podermos pensar a questão da compartimentalização do trabalho (e da vida!). O modo compartimentalizado que se opera nas relações e nos processos de trabalho, à exemplo do já citado ambulatório, produz uma serialização do trabalho-assistência, assim como naqueles implicados com o mesmo; usuários e trabalhadores. Guattari (1992), sobre a experiência de La Borde⁵, explicitava que

⁵ Na França, Jean Oury – até então, um jovem psiquiatra psicanalista que acabara de participar de experimentações clínicas inovadoras, no Hospital Psiquiátrico de Saint-Albain,

A vida coletiva, concebida segundo esquemas rígidos, segundo uma ritualização do cotidiano, uma hierarquização definitiva das responsabilidades, em suma, a vida coletiva serializada pode se tornar uma tristeza desesperadora tanto para os doentes como para os “técnicos” (p. 189).

Concretamente, o que se produz com essa prática são subjetividades em série, marcadas pela repetição e não pela singularidade; corpos divididos em partes-especialidades, perdendo sua potência integrativa e criativa; uma vida marcada pela tecnocracia e não pela ética; enfim, o que se produz são médicos que só prescrevem psicotrópicos, psicólogos que só fazem psicoterapia, pacientes poliqueixosos e/ou dependentes de benzodiazepínicos. A respeito dessa fragmentação, Campos (1997) nos lembra que “a organização parcelar do trabalho em saúde e a conseqüente fixação do profissional a determinada etapa de um certo projeto terapêutico produzem alienação”, embrutecendo e aborrecendo o trabalhador, já que

concentrar-se em atos esvaziados de sentido, ou cujo sentido depende de uma continuação que o trabalhador não somente não controla como até desconhece, tudo isso termina produzindo um padrão de relacionamento com o saber e com a prática profissional altamente burocratizado (p. 236).

Vamos sair um pouco desse formato ambulatorial de assistência à saúde e voltar à direção do modelo teórico-prático CAPS. Nesse tipo de estabelecimento, ainda é possível encontrarmos graus de compartimentalização do trabalho. Agora não mais como *modus operandi* do serviço, mas como uma dimensão da organização do trabalho e da existência humana, que ressoa no CAPS.

Cada carreira, com sua lei de exercício profissional, seu currículo de habilitação técnica e sua participação no mercado das ocupações em saúde, segue o corte disciplinar que estrutura projetos de formação e de trabalho de maneira compartimentada e parcialista. Uma das maneiras de estriar o tecido social e impor o sedentarismo à mudança é rivalizar competências e autonomias entre as profissões regulamentadas. (Ceccim, 2008, p. 262).

Como já foi dito, pressupõem-se outra clínica na saúde-mental-pós-reforma-psiquiátrica, uma clínica transdisciplinar. Pois bem, como consideramos a existência

liderado por François Tosquelles – funda, em 1951, a Clínica de La Borde. Em 1955, Oury convida Félix Guattari para integrar sua equipe e para ajudar a desenvolver o comitê intra-hospitalar da Clínica, principiando e promovendo, dessa maneira, a realização do que seria a primeira experiência de Psicoterapia Institucional em um estabelecimento privado (Guattari, 1992).

e influência do pensamento compartimentalizado, nos mais variados tipos de relação humana, a realidade de um serviço como o CAPS não passaria imune à isso. Acontece que nesse tipo de serviço tem-se como perspectiva, em função do terreno ético-político e epistemológico que o sustenta, um outro modo de conceber o sujeito (não só em seu sofrimento) e, conseqüentemente, a clínica. Essa condição acaba que travando uma luta entre duas racionalidades distintas: a dos especialismos e da integralidade⁶. Essa é uma batalha vivenciada no interior do CAPS, dentro da própria equipe profissional e, também, internamente, nos próprios trabalhadores, produzindo atos terapêuticos individualizados e dissonantes do coletivo. Esses atos terapêuticos acabam que se cristalizando em posicionamentos não mais teórico-práticos, mas ideológicos, distintos entre si. Distinção, essa, que acaba gerando conflitos entre os trabalhadores de núcleos diferentes (às vezes até do mesmo núcleo) e, conseqüentemente, produzem um alto grau de angústia nos mesmos. Ou seja, podemos dizer que se cria um certo sofrimento psíquico nos trabalhadores, devido à própria aposta de trabalho terapêutico que o CAPS advoga – marcado pela multiprofissionalidade e a transdisciplinaridade – , já que essa proposta ética e política, quando implementada de forma dura, atenta, muitas vezes, de modo agudo à formação profissional dos trabalhadores e, por conseguinte, suas crenças e valores introjetados.

A partir dessas considerações, o papel da gestão mostra-se fundamental para se lidar com os embates entre os núcleos, que tanto dificulta a construção do campo da saúde mental. Possibilitando e facilitando a construção e adesão de outros modos de operacionalizar o cuidado em saúde, a gestão - enquanto função não como cargo – encararia o desafio de “combinar graus de polivalência com certo nível necessário e inevitável de especialização”. (Campos, 1997, p. 246), isso, acredito eu, por si só, seria capaz de diminuir o grau de sofrimento dos trabalhadores que advêm dos enfrentamentos entre os núcleos e que, fatalmente, repercute também na população adscrita. Entretanto, pensando no desafio, anteriormente explicitado, que a gestão do trabalho em equipe põe-se a abarcar, como será possível conciliar a autonomia⁷ no trabalho com atribuição de responsabilidades? Para qualificarmos nossa discussão, mostra-se imprescindível retomar os conceitos de núcleo e campo, propostos por Campos (1997).

⁶ Trataremos da perspectiva da integralidade dos cuidados em saúde no capítulo subsequente.

⁷ Autonomia aqui é entendida como a “capacidade do sujeito de lidar com sua rede de dependências”. Isto é, seria um “processo de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos” (Onocko Campos & Campos, 2006, p. 670).

De acordo com o autor,

por núcleo entender-se-ia o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos a cada profissão ou especialidade. O núcleo marcaria, dessa forma, a diferença entre os membros de uma equipe. Os elementos de singularidade que definissem a identidade de cada profissional ou especialista, conhecimentos e ações de exclusiva competência de cada profissão ou especialidade, a isto se convencionaria chamar núcleo (p. 247).

Ainda, segundo Campos (1997),

por campo ter-se-iam saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a varias profissões ou especialidades. Todo o saber básico, por exemplo, sobre processo saúde-doença. Conhecimentos sobre o funcionamento corporal, sobre relação profissional/paciente, sobre risco epidemiológico e regras gerais de promoção e de prevenção. Pertenceriam também ao campo noções genéricas sobre política, organização de modelos e do processo de trabalho em saúde (p. 247).

Essas noções, ou conceitos-ferramentas (concepção foucaultiana), nos permitem analisar e, conseqüentemente, intervir na realidade fragmentada que vivenciamos, inclusive, nos serviços de saúde. Esses conceitos nos permitem habitar o paradoxo da autonomia e definição de responsabilidades – além da polivalência e especialização. Mergulhar nesse paradoxo significa possibilitar a produção de aberturas, brechas, que nos coloca, inevitavelmente, em contato com novos (outros) referenciais (Campos, 1997). São nos espaços de gestão compartilhada (reuniões de equipe, colegiado gestor, planejamento do serviço etc.) que uso desses conceitos mostra-se fundamental no que se refere a dar condições de possibilidade para transformações institucionais, já que nos autoriza a criar zonas de contato, obtidas pelas através das fissuras, entre os diversos saberes e práticas.

Na realidade, imagina-se que essas duas categorias [núcleo e campo] poderiam substituir, em larga medida, o papel dos protocolos e normatizações. Em vez da impossível tarefa de programar todos os processos de trabalho imagináveis, buscar-se-ia jogar com a definição negociada de campos e núcleos de competência e de responsabilidade. Com essa técnica preserva-se maior autonomia para profissionais e equipes – haveria liberdade para novas definições de campo e de núcleo para cada um, dentro do contexto de cada equipe – e, ao mesmo tempo, não se deixaria de atribuir responsabilidades muito bem definidas para cada grupo-tarefa (p. 248).

Somente considerando a existência desse jogo entre campos e núcleos de competência e responsabilidade que é possível uma clínica híbrida, mestiça, contaminada pelos saberes e práticas que emergem no coletivo. Se pensarmos (e agirmos) como se os núcleos fossem imóveis, interagindo uns com os outros

somente por superfícies de contato delimitadas (interdisciplinaridade), vamos ter matado toda inventividade imanente ao trabalho terapêutico. A respeito disso, Ceccim (2008) propõem uma ética da entre-disciplinaridade; e que nesse movimento

a equipe multiprofissional de saúde teria, nos recursos e instrumentos terapêuticos de cada corpo de conhecimento [competências] e atos de uma profissão [responsabilidades], a oportunidade de compor e inventar a intervenção coletiva, constituindo-se cada desempenho ampliado ou modificado em um desempenho protegido pela condição da equipe. A equipe comporia o tempo todo um sistema de práticas em aberto, relacionado mais a cada situação concreta e relativa a cada equipe ou local selecionado que a um sistema burocrático de divisão técnica do trabalho em situação abstrata de competências e habilidades por título profissional (p. 271).

6. NÚCLEOS AUTOCENTRADOS, CAMPO ESQUIZOFRÊNICO: O CORPORATIVISMO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS CLÍNICAS

Para problematizar, mais um pouco, acerca das barreiras com que nos deparamos para a construção de uma clínica transdisciplinar, nos dispositivos da rede substitutiva de saúde mental, vamos nos debruçar, agora, sobre os desafios que a lógica corporativista impõe à nossa realidade clínica cotidiana. Podemos observar que a presença do corporativismo, enquanto modo de organização das categorias profissionais – seja por reserva de mercado ou por regulamentação da profissão, por exemplo –, mantém vigente a racionalidade dos especialismos (que discutimos anteriormente) no campo da saúde mental, o que dificulta a construção/gestão do trabalho multiprofissional transdisciplinar.

Os conselhos profissionais, especificamente o CRM e o COREN, com suas respectivas resoluções, pautadas pelos códigos de ética (quijá moral!) que lhe são próprios, impõem formas de atuação, muitas vezes, contraditórias com o próprio modelo CAPS. Essa condição é produtora de crises identitárias, já que cria um conflito entre o ideal de eu-profissional-especialista e as restrições (ou ampliações) impostas pela política pública e pela realidade prática. Além disso, essas especificações/orientações dos conselhos acabam produzindo cisões na própria equipe, já que geram agrupamentos de trabalhadores identificados, narcisicamente, com suas pequenas diferenças frente aos outros (grupos), os quais se constituem enquanto objetos de ataque que acabam legitimando as diferenças.

Analisando o CAPS, e saindo um pouco do âmbito profissional da medicina e da enfermagem, podemos observar a formação de outros agrupamentos que são objeto, mas, também, promotores de ataques à alteridade. Do outro lado do *front* – só para não perdemos o clima de guerra –, psicólogos e terapeutas ocupacionais,

para exemplificar, mais familiarizados com as propostas e as linhas de pensamento advindas da reforma psiquiátrica (mas, lembremos, que isso irá depender da formação profissional/itinerário de formação de cada um), contribuem nessa disputa bélica, a partir da imposição violenta e narcísica de seu próprio desejo, já que dotados do “suposto saber”, no que se refere ao modo de se trabalhar na saúde mental. Esse tipo de posição contribui para a produção de cisões na equipe; como, por exemplo, equipe de saúde mental *versus* equipe de enfermagem. É importante considerar que, apesar de serem coniventes com o tipo de clínica em jogo na reforma psiquiátrica, não necessariamente psicólogos e terapeutas ocupacionais contribuem para a construção de práticas alinhadas à reforma, pois a própria operacionalização desses saberes acontece de maneira impositiva e hierarquizada. Parece-me que o discurso contra-hegemônico que esses profissionais “pregam”, muitas vezes, não são nada mais que um mecanismo de poder que visa realinhar o campo de forças ao ponto de colocá-los no lugar de detentores do saber hegemônico.

Voltemos ao *front* de batalha. Do seu outro lado, a dita “equipe de enfermagem” se defende/contra-ataca limitando sua atuação em campo a partir daquilo que seriam somente suas atribuições e procedimentos de núcleo, isto é, as práticas que são prescritas e sancionados pelo COREN. Essa atmosfera tende a criar uma situação de diferenciação constante entre os grupos, o que Freud, em sua obra *Psicologia das Massas e Análise do Eu*, nomeou de narcisismo das pequenas diferenças.

Ceccim (2008) nos apresenta uma breve reflexão acerca da importância de se pensar o tipo formação, profissional e de trabalho, para a constituição da multiprofissionalidade.

Experiências de formação que não coloquem a equipe, não a prevejam, nem a afirmem, não podem produzir o corpo da equipe, apenas as corporações, constituindo os campos de conhecimento e de trabalho em disciplinas práticas ou práticas disciplinares (p. 273).

Ficam algumas questões: Como destituir as práticas corporativistas do seu lugar cativo, já que essas acabam produzindo especialismos, impedindo o trabalho em equipe multiprofissional transdisciplinar? Como prevenir que práticas disciplinares dominem a cena do trabalho na saúde mental que tanto necessita de práticas inventivas e inovadoras? Tenho uma só resposta, para ambas as perguntas, que deve ser entendida não como uma solução ensimesmada, mas como meio de se produzir transformações no campo da saúde mental: voltar nossas atenções aos usuários.

Se todo profissional de saúde requer habilitação técnica para a clínica e para a operação de recursos e instrumentos terapêuticos, então ele deve poder ser responsabilizado por assistir em conjunto com a sua equipe de organização da atenção à saúde. Reconhecer, validar e legitimar o assistir em conjunto desloca, definitivamente, o eixo corporativo-centrado das práticas profissionais de saúde, para o eixo usuário-centrado. Em um eixo corporativo-centrado, a responsabilidade pelos atos de saúde pertence a cada profissional individualmente identificado com cada ação prestada ao usuário. Em um eixo usuário-centrado, a responsabilização gerada é para com o projeto terapêutico, tornando cada ato mais implicado com o direito à saúde de cada usuário, segundo uma jurisprudência usuário-centrada (Ceccim, 2008, p. 272).

Colocar o usuário como foco de nossas preocupações pode ser a chave para que possamos produzir ampliações na vida daqueles que acolhemos, escutamos, tratamos etc. Quando nos lançamos no encontro com o outro desconhecido, desarmados da armadura tecnicista que nos reveste, entramos em contato com a região do nosso não-saber⁸. Isso, por si só, gera desassossego, mas permitiria com que nos relacionássemos de tal maneira que os saberes teórico-científicos estariam subordinados às condições da alteridade e da sensibilidade nas práticas terapêuticas cotidianas (Ceccim, 2008, p. 269). Essa condição nos alocaria, paradoxalmente, no terreno das mudanças constates, do transitório, fazendo dos projetos terapêuticos singulares construções provisórias que respondessem à determinadas exigências momentâneas, nunca eternas. E os autores dessas construções, inevitavelmente, seriam os próprios trabalhadores (dos diversos núcleos), o usuário, sua família e a comunidade/território de pertencimento.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fomos analisando e discutindo alguns entraves presentes na realidade concreta dos serviços da rede substitutiva de saúde mental. O poder-saber psiquiátrico que ainda nos remete a um modelo médico-centrado e seus resquícios manicomialis, inaugurou a série de preocupações desse trabalho. Assim como seus efeitos no discurso dos usuários e nas práticas da equipe não-médica. Ao mesmo tempo, pudemos percorrer sobre as resistências que se criam tanto com relação ao núcleo médico como em relação à outros. Vimos, também, as barreiras impostas pela lógica corporativista e seus interesses que vão para bem longe das necessidades e demandas dos usuários.

⁸ É da experimentação caótica do não-saber que procuramos nos defender com práticas corporativo-centradas.

Gostaria de fazer algumas considerações finais do que seria, ao meu ver, o plano de articulação que permitiria uma composição transdisciplinar dos núcleos, tendo como foco à assistência ao usuário e suas demandas. Estou me referindo à composição de projetos terapêuticos singulares (PTS). Acredito que é na constituição de PTS que é possível dimensionar o grau de transversalidade da equipe, ou seja, é a partir da interpenetração dos diversos saberes na tarefa, de planejamento e execução desses projetos, que podemos avaliar o quão fecunda é essa construção terapêutica. Deslocando os trabalhadores da pré-ocupação de se aterem, somente, com as especificidades de cada núcleo, permitimos que realizem a travessia das margens disciplinares, dando de encontro com o abundante rio que possibilita trocas e produções de saberes ilimitadas. Com esse deslocamento, a produção em saúde também não se encontrará mais no mesmo lugar. Isto é, não estará mais centrada nas disputas corporativas, mas se colocará sempre em busca da resolutividade terapêutica, a partir de uma postura usuário-centrada.

A equipe multiprofissional, vertida em território de experimentação, deveria ser objeto de fundação do trabalho em saúde, lugar de experiência profissional e ferramenta de apropriação de saberes e práticas e de transformações (...) sendo o território de responsabilização pela terapêutica, a equipe deve ser cenário de proteção e não de ameaças, invenção do trabalho protegido e não reposição de rivalidade corporativas. Em lugar do caráter restritivo do trabalho entre múltiplos profissionais, o desafio do trabalho protegido pela equipe multiprofissional (Ceccim, 2008, p. 273).

Por fim, gostaria de fazer uma última reflexão sobre a construção do lugar que o médico-psiquiatra ocupa, nos serviços antimanicomiais de atenção à saúde.

Pensando na economia e na dinâmica institucional do poder, precisamos meditar acerca da coisificação da clínica médico-psiquiátrica, ora como simples aparato de assinatura de documentos burocráticos, ora como linha de cuidado, exclusivamente, psicofarmacológica. Devemos realizar uma compreensão a respeito dos pontos de sustentação que fazem com que o psiquiatra coloque-se e seja colocado, como ser que habita, unicamente, esse lugar nos processos de trabalho. Aliás, é importante reforçar essa idéia de que a invenção desse lugar não é, simplesmente, de responsabilidade do desejo (sede de poder) do psiquiatra, ou como conseqüência da força reativa/resistências da equipe não-médica, mas é um processo histórico em que ambas as partes são co-responsáveis pela composição dessa dinâmica e, conseqüentemente, da criação desse lugar (ou não-lugar). Precisamos trazer à luz as condições de possibilidade que tornaram possível esse recorte contemporâneo do lugar do médico no processo de reforma psiquiátrica brasileira e de seus respectivos serviços substitutivos, para que, munidos desses

conhecimentos teórico-práticos, possamos criar alternativas tecnológicas que tenham como premissa ética a defesa e ampliação da vida. Fica, aqui, o desafio!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENEVIDES DE BARROS, R., PASSOS, E. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. In: MOURÃO, J. C. (Org.) *Clínica e política 2: subjetividade, direitos humanos e invenção de práticas clínicas*. Rio de Janeiro: Abaçar: Grupo tortura nunca mais, 2009.

BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2009.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos. In: MATTOS, R. A., PINHEIRO, R. (Orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

GUATTARI, F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. São Paulo: Ed. 34, 1992

ONOCKO CAMPOS, R., CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S., MINAYO, M. C. S., AKERMAN, M., DRUMOND JÚNIOR, M., CARVALHO, Y.M. (Orgs.) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec/Fiocruz, 2006

PELBART, Peter Pál. *A nau do tempo-rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1993.