

Psicanálise, transdisciplinaridade e Atenção Psicossocial: a necessária formação de trabalhadores de Saúde Mental de um novo tipo¹

Waldir Périco²

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Resumo: Por meio da análise estrutural da Saúde Mental Coletiva proposta por Costa-Rosa, concebemos que a transposição do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador em direção ao Paradigma da Atenção Psicossocial exige a superação dialética das disciplinas profissionais presentes nesse campo, abrindo caminho para a formação de trabalhadores de um novo tipo. Para tal, tentamos avançar a hipótese de que isso pressupõe a radicalização das contribuições da Psicanálise e do Materialismo Histórico, referências essencialmente transdisciplinares. Diferentemente dos trabalhadores-disciplinares do Paradigma dominante, esses novos trabalhadores deverão interceder junto a impasses psíquicos e institucionais a fim de operar a implicação subjetiva e sociocultural crítica dos sujeitos que a eles demandam ajuda. Concluímos que enquanto os primeiros comungam da ideologia do Modo Capitalista de Produção, reiterando a objetificação alienante dos sujeitos, os trabalhadores-intercessores têm como horizonte a sustentação de uma práxis capaz de pôr os sujeitos no lugar do trabalho da produção, seja da própria cura, no caso dos sujeitos que demandam tratamento, seja de respostas singulares para os impasses socioinstitucionais no trabalho junto aos demais trabalhadores de Saúde Mental.

Palavras-chave: Saúde Mental; Psicanálise; Disciplinas; Materialismo Histórico; Práxis.

Psychoanalysis, transdisciplinarity and Psychosocial Care: the necessary training of Mental Health workers of a new type

¹ Artigo resultado de uma Pesquisa de Doutorado em Psicanálise (Universidade do Estado do Rio de Janeiro), sob orientação da Profa. Dra. Doris Rinaldi, e financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Processo: E-26/202.586/2018).

² Graduação e mestrado em Psicologia pela Faculdade de Ciências e Letras/UNESP, Assis, SP. Aprimoramento Profissional em Saúde Mental e Saúde Pública pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Doutorando em Psicanálise pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Psicólogo da Secretaria de Saúde do município de Mendes-RJ. Integrante do "Laboratório Transdisciplinar de Interação-Pesquisa em Processos de Subjetivação e 'Subjetividadesaúde'" (LATIPPSS). E-mail: waldirperico@yahoo.com.br

Abstract: *From the structural analysis of Collective Mental Health proposed by Costa Rosa, we conceive that the transposition of the Psychiatric Hospitalocentric Medicalizing Paradigm towards the Psychosocial Care Paradigm requires the dialectical overcoming of the professional disciplines present in this field, opening the way for the formation of workers of a new type. So, we try to advance the hypothesis that presupposes the radicalization of the contributions of Psychoanalysis and Historical Materialism, that are essentially transdisciplinary references. Differently from the disciplinary workers of the hegemonic Paradigm, these new workers must intercede in psychic and institutional impasses in order to operate critical subjective and sociocultural implication of the subjects who ask them for help. We conclude that while the first ones share the ideology of the Capitalist Mode of Production, reiterating the alienating objectification of the subjects, the intercessor workers have as their horizon the support of a praxis capable of putting the subjects in the place of the work to produce the cure of themselves.*

Keywords: *Mental Health; Psychoanalysis; Historical Materialism; Subjects; Praxis.*

Dedico esse trabalho àquele que, além de uma obra inestimável, deixou muita saudade. Ao professor Abílio da Costa-Rosa, *in memoriam*.

Introdução

Aqui é o ponto de cooperação de diversas disciplinas das quais é necessário estarem todos informados [...]. Pois é com essa condição que podemos e devemos justificar a preeminência que nos cabe no uso, em escala coletiva, das ciências psicológicas (Lacan, 1989, p. 15).

Seria preciso procurar uma ideia bem diferente, em outra parte, em outro domínio, tal que *entre os dois* alguma coisa se passe, que não está nem em um nem em outro (Deleuze & Parnet, 1998, p. 9, grifo nosso).

Partindo de um arsenal analítico multirreferenciado, que possibilita uma análise estrutural do campo da Saúde Mental Coletiva (Costa-Rosa, 1987, 1999, 2000, 2013a, 2012a;

Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2003), temos concluído que o ponto máximo alcançado pelas práticas da Reforma Psiquiátrica brasileira alcança apenas um ponto intermediário entre dois paradigmas de tratamento dialeticamente contraditórios e, portanto, *em constante luta* por se efetivarem na realidade: o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, ainda hegemônico, e o insurgente Paradigma Psicossocial que peleja para se efetivar entre as brechas do seu paradigma antípoda. Nesse sentido, para além da concepção mais corrente que o situa no campo das reformas, temos definido o Paradigma Psicossocial como o “conjunto de ações, saberes e políticas que têm procurado transcender a Reforma Psiquiátrica considerada como reforma estrita da Psiquiatria” (Costa-Rosa, 2013a, p. 13). Mesmo porque, como veremos, a transposição paradigmática necessária implica a *superação dialética*³ não apenas da Psiquiatria, mas também das demais especialidades profissionais que compõem a equipe multiprofissional presente nesse campo. E o passo necessário a essa superação dialética pressupõe – eis minha principal hipótese de trabalho – a radicalização das contribuições da Psicanálise do campo de Freud e Lacan e do Materialismo Histórico de Marx, dois campos teórico-práticos essencialmente transdisciplinares.

É com o crivo ético-político desses dois campos discursivos que almejamos ir além das conquistas já operadas pela Reforma Psiquiátrica, desde que, para tal, delas possamos nos servir. Se entendemos que o Paradigma de tratamento dominante se estabelece absolutamente imerso na reprodução das práticas disciplinares – sugestivo-autoritárias, portanto –, esse artigo tem a pretensão de mostrar a necessidade de estabelecermos um plano prático e epistemológico transdisciplinar como exigência para uma *Clínica Crítica* dos processos de subjetivação no contexto público, bem como, e para isso, a formação de trabalhadores de um novo tipo, transdisciplinares, que nomeamos como “trabalhadores-intercessores”⁴. Por “processos de subjetivação” entendemos aquilo que diz respeito à *consideração simultânea* de processos psíquicos e sociais intrínseca e dialeticamente interligados. Isso quer dizer que, levando às últimas consequências a tese freudiana de que a psicologia individual é também e *ao mesmo tempo* social (Freud, 2013), trabalhamos sempre com “uma subjetividade contextualizada social e culturalmente e de uma Formação Social subjetivada” (Costa-Rosa, 2012a, p. 19).

³ “Superação dialética” é sinônimo de “suprassunção” (*Aufhebung*). Originado na filosofia hegeliana, a suprassunção é definida como o movimento dialético de transformação de algo que em parte é suprimido, e em parte é mantido *desde que* transformado (elevado a outro estatuto). Na Psicanálise, Lacan (2007) aplicou tal conceito para descrever o processo em que o sujeito suprassume o sintoma herdado do Outro, afirmando que devemos “ir além do pai” *desde que*, antes e para tal, dele possamos nos servir.

⁴ É importante notar que Costa-Rosa (2012a, 2012b, 2013a, 2019a, 2019b) faz uma *apropriação crítica* do conceito de “intercessores” de Deleuze (1992), propondo lê-lo, suprassumindo-o, a partir da Psicanálise e do Materialismo Histórico.

Ponto de partida: o que a experiência nos ensina

Início essa reflexão destacando aquilo de que tratam as epígrafes acima, a fim de refletir questões práticas e epistemológicas transdisciplinares a partir da minha atuação, que já completa uma década, como trabalhador na Saúde Mental Coletiva. Para tal, consideremos o que um ilustre e mundialmente reconhecido geógrafo brasileiro nos diz, em uma frase axiomática do seu sistema de pensamento: “a história não se escreve fora do espaço. O espaço, ele mesmo, é social” (Santos, 1982, p. 10). Partindo disso, articulemos esse axioma com o que aparece como questão no percurso analítico de um sujeito em tratamento, por mim atendido em um Ambulatório de Saúde Mental. Para efeitos de sigilo, vamos chamá-lo de Pedro Pedreiro.

Seu Pedro, pedreiro orgulhoso da sua profissão, tem sessenta e quatro anos. Nele, nota-se um rosto cansado, apesar do brilho vívido dos olhos claros (que contrastam com sua pele negra), e um corpo magro (mas com musculatura acentuada devido aos anos de trabalho pesado). Ao se sentar ou se levantar, não consegue evitar um nem sempre discreto gemido; certamente, por causa das dores nas juntas e nervos desse corpo surrado. É arrimo de família e há anos subempregado. Diz saltar todo dia cedinho e “perambular por aí em busca de um bico qualquer”, pois é nos bares da cidade que, eventualmente, consegue “*algum* trabalho e *alguma* diversão”. Chega até mim após receber um ultimato do médico: “ou para de beber, ou morre!”. De início, ainda no grupo de recepção⁵, refere que quando menino era costume os pais darem café com cachaça para as crianças que, como ele, trabalhavam na lavoura de arroz. O intuito era esquentar o corpo, pois na região serrana e fria onde morava muitas adoeciam gravemente, algumas chegando a óbito por tuberculose (lembrando que o arroz é cultivado em terreno inundado) em um tempo em que não havia um Sistema Público de Saúde.

Após quase dois anos de intenso trabalho psíquico, indaga-se: “já melhorei muito, não sinto mais tanta vontade de beber, mas como faço para parar de uma vez por todas se, além da falta de serviço que me deixa triste e *nervoso*, os meus melhores amigos são alcoólatras e no meu bairro tem um bar em cada esquina?”. Ao considerarmos o que se passa *entre essas duas coisas* – *entre* os ensinamentos da Geografia Crítica de Milton Santos e os da Psicanálise (mas, também, *entre* o contato com a experiência e o saber sempre em reelaboração) –, somos

⁵ Dispositivo clínico criado no campo da Atenção Psicossocial que, partindo da Psicanálise, visa a equacionar tanto o problema das iatrogênicas listas de espera, quanto a implementar novos modos de “acolhimento” das demandas de tratamento que implique os sujeitos do sofrimento nos sintomas e demais conflitos e contradições presentes em suas queixas. Portanto, é um dispositivo que vem substituir a modalidade de recepção individual-privatista e medicalizante, típica ao Paradigma de tratamento atualmente dominante.

levados à ampliação do axioma acima, concluindo, por fim, que “o espaço territorial, ele mesmo, é psicossocial” (“psíquico” que, ressaltemos, inclui o inconsciente).

Essas constatações prático-teóricas, na perspectiva da práxis que cabe ao Paradigma Psicossocial, leva-nos a conceber o referente das nossas ações clínicas como um sujeito necessariamente constituído a partir do seu “duplo entre”, ou seja: o “entre psíquico” (sujeito do desejo, dividido entre significantes conscientes e inconscientes), e o “entre social” (sujeito social entre outros sujeitos sociais). Nos termos propostos por Rotelli, Leonardis e Mauri (1990, p. 30), trata-se de *um corpo* que expressa uma “existência-sofrimento” em sua relação com o *corpo social*. A partir disso não temos dificuldades em ver que, nesse contexto, ofertar um tratamento capaz de produzir subjetividade singularizada envolve um processo complexo e difícil, que transcende o âmbito de uma prática clínica estrita, especialmente aquela de cunho individual-privatista⁶; um tratamento que seja capaz de ter como efeito a implicação subjetiva e, conseqüentemente, a implicação sociocultural do sujeito nos conflitos e contradições que o atravessam para que, para além de sofrer passivamente suas conflitivas, possa atravessá-las e equacioná-las de forma (cri)ativa. Uma clínica *que critica* (Deleuze, 1997). Em última instância, uma *Clínica Crítica* do sintoma social (Costa-Rosa, 2013a).

Se partimos da Saúde Coletiva – derivada que foi do Movimento Sanitário brasileiro que ampliou a concepção de “saúde” (Brasil, 1986) –, não podemos desconsiderar a necessária Integralidade das ações de Atenção (um dos princípios do Sistema Único de Saúde), sob o risco de nos tornarmos Sísifos cansados – sob pena de, como trabalhadores da Saúde, também padecermos daquilo mesmo de que sofrem os sujeitos que nos demandam tratamento: da alienante divisão e fragmentação dos processos de trabalho. Por efeito, ao concordarmos com a perspectiva de vários autores (Costa-Rosa, 1999, 2000, 2012a, 2012b, 2013a; Costa-Rosa, et al., 2003; Elia, 2015; Figueiredo, 1997; Figueiredo & Jardim, 2001; Rinaldi, 2005; Yasui, 2010; Yasui & Costa-Rosa, 2008; Yasui, Luzio & Amarante, 2017), reafirmamos que não há disciplina ou campo de saber que, isoladamente, seja minimamente suficiente para contemplar a complexidade do “objeto” das práticas de Saúde e de Saúde Mental. Ora, se partirmos da concepção de que existe uma sobredeterminação dos fatores do adoecimento (Costa-Rosa, 2019a; Freud, 2017c) – adoecimento não apenas psíquico –, poderíamos de outra forma proceder?

Se a Psicanálise é a pedra de toque da nossa “caixa de ferramentas”, ela não deve, ante tal complexidade, ser a única, ao custo de chegarmos a resultados não muito satisfatórios

⁶ Certamente incompatível com a própria perspectiva ética e política da Psicanálise que dá esteio às práticas do Paradigma Psicossocial, pois “os termos em que aqui formulamos o problema da intervenção psicanalítica deixam bastante claro (...) que sua ética não é individualista” (Lacan, 1998a, p. 417).

(Freud, 2010a). Ao longo da história das reformas da Psiquiatria, à medida em que se operou ampliações na forma de conceber o “objeto” dessas práticas, buscou-se ampliar também os dispositivos de tratamento e, para tal, as categorias profissionais do campo⁷. Quando partimos de Freud/Lacan e Marx – não sem contribuições acessórias de Foucault, Deleuze e Guattari –, entendemos que a ampliação necessária da clínica da Saúde Mental não se refere *apenas* a um “multi” e a um “inter” disciplinas. Fundamentalmente, diz respeito a um “trans”, ou seja, a um “para além” das disciplinas. Em outros termos, a um alargamento das fronteiras disciplinares que implica intersecções e intercessões transdisciplinares (Costa-Rosa, 2013a; Clinicaps, 2006). Intersecções essas que Elia (2017), por sua vez, nomeou como “entrecruzamento discursivo” entre dois ou mais campos de saberes *de mesmo estatuto ético-político*, como é o caso da Psicanálise e do Materialismo Histórico, sempre com um cuidado, ressalta o autor, para não cairmos nas justaposições de conceitos como aquelas realizadas pelos freudo-marxistas; aliás, já exaustivamente criticadas por Althusser (1984). Quanto a isso, concordamos com Birman (1993), para quem “esse diálogo entre a psicanálise e outras modalidades de saber somente é possível de ser realizado numa perspectiva transdisciplinar, onde os diferentes saberes reconheçam os limites de seu campo conceitual” (p. 32, grifo nosso). Dessa forma, não se trata de fazer justaposições simplistas de conceitos, mas de propiciar uma cuidadosa (pois, nem sempre fácil) articulação entre esses campos de saberes, visando às necessárias suprassunções de alguns conceitos ou à criação de outros. Isso nos dá margem para explicitarmos um pouco mais um dos aspectos mais fundamentais relativos ao “além da Reforma Psiquiátrica”: o além das especialidades profissionais disciplinares.

Para além das especialidades profissionais

Mesmo que de relance, Montezuma (2000, p. 118) aborda essa questão, ao afirmar que “há duas Psiquiatrias: a que faz falar e a que faz calar”, para em seguida completar que o mesmo “se aplica à Terapia Ocupacional, à Psicologia, ao Serviço Social, etc”. Indo mais a fundo nisso, trata-se de virar pelo avesso essas profissões que, segundo Lacan (2003b), são classicamente responsáveis pela sustentação das misérias do mundo, na medida em que reiteram a objetificação alienante dos sujeitos (Périco & Costa-Rosa, 2015). Tal subversão nos demanda a difícil tarefa de refazer os contornos dessas especialidades profissionais

⁷ Essa necessária multiprofissionalidade é uma questão há muito destacada pelo Movimento da Reforma Sanitária (Brasil, 1986) que deu origem ao “campo da Saúde Coletiva” (Paim, 2008), dentro do qual situamos as práticas de Saúde Mental, igualmente “coletivas”, tanto no que diz respeito à concepção dos fatores determinantes dos problemas quanto no que se refere aos necessários meios de tratamento (Costa-Rosa et al., 2003).

originariamente disciplinares (Costa-Rosa, 2012b), retirando-as do que Marx (1867/2013) chamou de “estupidificação do trabalhador parcial” (p. 436). Disso deriva – eis uma tese, a meu ver, tão polêmica quanto necessária – o fato de que esse “ir além” das especialidades presentes no campo da Saúde Mental pressupõe que, antes, delas possamos nos servir. Ora, e haveria, ao menos nas condições dadas desse momento histórico, outra forma de subverter essas especialidades profissionais que não fosse (re)estabelecendo a cada uma delas o estatuto de práxis? Desse modo, Costa-Rosa (2013a) é muito claro ao afirmar que isso só se tornará possível se

consideramos que pôr em ação a transformação do estado da contradição *saber versus fazer*, presente nas práticas da Atenção Psicossocial, exige juntar aos saberes, tradicionalmente em ação nesse campo, a hipótese freudiana de que quando se trata de sofrimento psíquico (sem desconsiderar os casos em que fatores orgânicos podem ser determinantes principais), está em ação um saber que só o sujeito será capaz de saber fazer (p. 105, grifos do autor).

Seguindo as exigências éticas do Paradigma da Atenção Psicossocial (Costa-Rosa, 2012b), a necessária superação dialética (*Aufhebung*) dessas especialidades profissionais já se encontra (umas mais, outras menos) em andamento. Tendo em vista os parâmetros da análise paradigmática da Saúde Mental Coletiva – portanto, munidos dos princípios ético-políticos da Psicanálise e do Materialismo Histórico –, alguns pesquisadores já têm *partido das suas próprias experiências como trabalhadores do campo* a fim de operarem a subversão da Psicologia (Cury Júnior, 2015; Costa, 2019; Costa, Costa-Rosa & Amaral, 2016; Périco, 2014), da Psiquiatria (Costa-Rosa & Yasui, 2009; Costa-Rosa, 2013b)⁸ e da Terapia Ocupacional (Shimoguiri, 2016; Shimoguiri & Costa-Rosa, 2017). Em relação a esses “trabalhos pesquisantes”, convém explicitar que eles têm desenvolvido alguns pontos preliminares, “postos ao modo de um convite à ação e reflexão; praticamente tudo, do essencial, ainda está por ser feito” (Costa-Rosa, 2019b, p. 49). Resta acrescentar a urgência em dar início à subversão paradigmática de outras especialidades profissionais presentes nesse campo. Mas, também, não podemos deixar de considerar que esses trabalhadores em processo de subversão das bases das suas práticas têm, eventualmente, a boa sorte de já dividirem os espaços com trabalhadores cujas ações, quando bem exercidas, já são essencialmente

⁸ Não se utilizando de uma leitura paradigmática, mas partindo ao menos da inclusão do sujeito do inconsciente nas práticas da Psiquiatria, encontramos os trabalhos de Laurent (2004), Quinet (2006) e Roudinesco (2000).

transdisciplinares/singularizantes, como é o caso de várias práticas artísticas como a dos arteterapeutas, artistas plásticos, musicoterapeutas, entre outros.

Partindo do que o chão firme da nossa clínica cotidiana tem nos mostrado, é lendo Freud e Lacan, não sem Marx, que endossamos essa hipótese da necessidade de uma perspectiva prática e epistemológica transdisciplinar para esse campo. Para tal, temos que ir além da simples multidisciplinaridade que, segundo Japiassu (1976), mantém intactos os diversos campos disciplinares, consistindo em uma prática que apenas faz justaposição de olhares que continuam esqueteando um dado “objeto”. Nessa forma de relacionamento interprofissional, o processo de trabalho é fragmentado e fragmentador; alienante, portanto, já que torna o trabalhador inapto para acompanhar por completo o processo de produção (Braverman, 1987). Como bem nota Costa-Rosa (2009), a simples multidisciplinaridade, típica ao paradigma de tratamento ainda dominante na Saúde Mental, “é homóloga à divisão social do trabalho na produção comum de mercadorias: trabalho fragmentado segundo a lógica taylorista” (p. 17).

Diferentemente, Passos e Barros (2000) afirmam que a transdisciplinaridade “subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos, graças ao efeito de desestabilização tanto da dicotomia sujeito/objeto quanto da unidade das disciplinas e dos especialismos” (p. 76). O prefixo “trans”, então, diz respeito “[...] àquilo que está ao mesmo tempo *entre* as disciplinas, *através* das diferentes disciplinas *e além* de qualquer disciplina” (Nicolescu, 1999, p. 46, grifo nosso). Aliás, reafirmamos aqui a hipótese de que a própria Psicanálise – tal qual o Materialismo Histórico (Netto, 1998) – é um campo discursivo transdisciplinar, e não apenas por ser constitutiva e rigorosamente “leiga”, não se limitando, portanto, a qualquer campo das especialidades profissionais médicas ou psis (Freud, 2017a). Afinal, quem senão Lacan – seguindo a virulência da pena de Freud, que assim também procedeu – lançou mão de conceitos emprestados de outras disciplinas para fazer avançar a Psicanálise? Para Freud (2011), “por mais que a psicanálise se empenhe em desenvolver suas teorias de modo independente das demais ciências, ela é obrigada [...] a buscar apoio” (p. 306). Segundo Lacan (2008b), sempre que tentamos fazer avançar a Psicanálise chegamos “na encruzilhada em que [...] talvez tenhamos que colher as lições provenientes da experiência de outras dimensões” (p. 204). Em decorrência disso, Magno (1982) nos propõe uma “trans-epistemologia” que “não deixaria de marcar algum encontro com a psicanálise: pelo alelismo inarredável de sua transação”, dizendo ainda que “a psicanálise não tem pavor do sistema, como não tem medo da dissolução”, pois, afirma o autor, “o pavor do sistema equivale [...] ao pavor do anarquismo” (p. 219). Por fim, segundo uma bela metáfora de Vanier (2005),

podemos dizer que a Psicanálise é como o pássaro cuco (ou o chupim, no caso da fauna brasileira) que bota seus ovos nos ninhos de outros pássaros⁹.

Especificidades da caixa de ferramentas do trabalhador-intercessor

Resta-nos perguntar o que seria uma *Outra* epistemologia que não forcluísse o regime do gozo (Magno, 1982, p. 219, grifo do autor).

Primeiramente, o que é um trabalhador-intercessor? De início, podemos defini-lo a partir do seu avesso: ele não é o trabalhador-disciplinar que ainda prevalece no campo das Políticas Públicas, caracterizado não apenas por ser alienado em relação aos processos de produção dos quais participa, mas, e por isso mesmo, por ser um agente alienador. Com uma perspectiva epistemológica *Outra*, partimos da nossa experiência para teorizarmos sobre um trabalhador de Saúde Mental de *um novo tipo*, cujas características são definidas pelos parâmetros do Paradigma Psicossocial. Um trabalhador que, por ter que lidar simultaneamente com as formações subjetivas inconscientes e as Formações Sociais, é obrigado a recorrer à Psicanálise e ao Materialismo Histórico. Em outros termos, e por isso, trata-se de um trabalhador que tem como horizonte a sustentação de uma práxis, isto é, a tão difícil quanto necessária supressão do trabalho alienado e alienante. Um trabalhador que, então, só pode advir a partir da superação dialética da disciplina profissional na qual universitariamente se formou. Todavia, se, nesse momento histórico, não é necessariamente da Universidade que ele emergirá, temos que apostar na sua (re)formulação em ação, *em trabalho*. Para tal, ele terá que encontrar (produzir?) seus próprios intercessores. Pois, “como conseguir liberar algo? É aí que o coletivo precisa de *cúmplices*” (Oury, 2009, p. 278, grifo nosso).

Sintetizando as conclusões nas quais chegamos até aqui, podemos dizer que para atuar em Estabelecimentos institucionais públicos, a caixa de ferramentas do trabalhador-intercessor deve ter duas características fundamentais (entendendo que a primeira está suprasumida na segunda): a multirreferencialidade e a transdisciplinaridade. Seu arcabouço ferramental deve ser multirreferenciado, porque lida com fenômenos necessariamente multi e sobredeterminados. Mas, principalmente, tem que ser transdisciplinar, porque, por ele se pautar numa ética da singularização, as especialidades profissionais disciplinares – e os efeitos de saber e poder opressivos que elas exercem – deverão ser dialeticamente superadas.

⁹ À medida em que avançamos em nossa pesquisa, outras homologias entre a Psicanálise e o Materialismo Histórico vão se descortinando. Considerando uma afirmação de Evangelista (1984), atribuída à Engels, vemos que “cada nova [genuína] ciência, segundo este, revoluciona o Materialismo” (p. 13). E se Althusser (1984) não foi o primeiro a entender isso, arrisco a dizer que foi um dos mais exitosos na busca por revolucionar o Materialismo Histórico incluindo nele o saber psicanalítico, êxito que Lacan (1996) reconheceu dizendo-se “muito honrado por um tal esforço e confortado por seu pleno sucesso” (p. 264).

Isso quer dizer que, por isso, “ninguém está livre de se confrontar com os limites da disciplina a qual corresponde a profissão em que foi formado” (Costa-Rosa, 2013a, p. 227). Por também se tratar da ampliação do campo de atuação da Psicanálise, é fundamental recorrermos a Freud e a Lacan para discutir essas duas características do arsenal teórico-prático e ético-político desse trabalhador de um novo tipo. Vejamos.

Sobre a multirreferencialidade, Freud (2010b) diz que a aplicação da Psicanálise a outros *locus* de atuação “requer conhecimentos especializados *que o analista não possui*, enquanto que aqueles que os possuem, os especialistas, nada sabem [...] da psicanálise” (p. 306, grifo nosso). Em outra passagem similar diz que “nossos psiquiatras não estudam psicanálise, e nós, psicanalistas, conhecemos poucos casos psiquiátricos” (Freud, 2014, p. 560). Ou, ainda, em outros momentos da sua obra, como quando, ao falar dessa “psicoterapia para o povo” (Freud, 2010a, p. 292), considera que “a vida difícil que os espera [durante e após o tratamento] não os atrai” (o que nos remete ao caso Pedro, acima mencionado), concluindo que somente conseguiremos resultados satisfatórios se unirmos “a terapêutica anímica” com algum tipo de “apoio material”.

Já a menção de Lacan (1998b) à transdisciplinaridade é indireta e advém, portanto, da forma como podemos interpretar/desdobrar o que ele nos diz em “A direção do tratamento e os princípios do seu poder”. Neste texto há uma passagem, já clássica, onde refere que “a impotência em sustentar uma práxis reduz-se, como é comum na história dos homens, ao exercício de um poder” (p. 592). Disso, extraímos que para se sustentar uma práxis – oposto dialético da sustentação da miséria (Lacan, 2003b) –, reiteramos a necessidade de que as especialidades profissionais presentes nas Políticas Públicas, originariamente caracterizadas por operarem a partir do princípio disciplinar sujeito-objeto, sejam radicalmente subvertidas, dando lugar ao que vamos chamar de “práticas intercessoras”. Mas, então, o que são práticas intercessoras?

Em linhas gerais, podemos dizer que intercessoras são aquelas práticas que, pouco a pouco e via manejo transferencial (Freud, 2017b), são capazes de pôr os sujeitos da práxis (tanto os sujeitos do tratamento, quanto os sujeitos-trabalhadores do campo) no *lugar do trabalho* do processo de produção da Atenção. Nesse laço social contra-hegemônico, “o sujeito tomado como objeto pelo discurso da Ciência é devolvido ao seu lugar de ator na produção de sentidos, sempre múltiplos [...], frente aos acontecimentos que o interpelam” (Costa, 2019, p. 190). Um processo de produção que, por essas características, merece e demanda ser adjetivado como transdisciplinar. Ao operador clínico-institucional desse processo de produção, dito trabalhador-intercessor, é reservada a função de um “coadjuvante

fundamental” que, recorrendo rigorosamente à Psicanálise (não sem o auxílio das outras práticas laborais homólogas), entende que no dispositivo analítico só lhe cabe ocupar *o lugar de agente* como semblante do objeto que o sujeito do tratamento lhe transfere (não desconsiderando as vezes em que a ele será necessária outra forma de ocupação no dispositivo, como na atuação junto aos impasses institucionais e no manejo dos casos específicos de escuta dos impasses psicóticos, autistas, etc.). Trata-se de ocupar uma posição de “não-resposta”, de “silêncio em si” (*necessariamente* alcançada por meio da própria “análise pessoal” desse trabalhador de Saúde Mental), uma posição capaz de agenciar/causar o trabalho do próprio sujeito do sofrimento que demanda ajuda, bem como o trabalho dos demais trabalhadores do campo na produção de respostas aos impasses institucionais¹⁰. Quer dizer, ao superar as práticas disciplinares – reconstituindo a relação sujeito-objeto, isto é, a relação do *sujeito* que produz e o saber que ele próprio extrai da relação com seu *objeto* –, o trabalhador-intercessor coloca em operação um *trabalho psíquico* no qual “o objeto é ativo e o sujeito, [constantemente] subvertido” (Lacan, 2003a, p. 332)¹¹. Somente dessa forma se torna possível operar a partir da ética da singularização, ética que delimita que os sujeitos que nos demandam ajuda possam se apropriar do saber inconsciente que *somente eles* podem pôr em ação, mediante o *posicionamento analítico* de um trabalhador-intercessor.

Algumas conclusões

Em resumo, de Freud (2010a) temos a indicação de que a complexidade dos fatores determinantes dos fenômenos com os quais lidamos na Saúde Mental Coletiva demanda adaptarmos e ampliarmos nossos instrumentos de trabalhos. De Lacan, amplificando as descobertas freudianas, colhemos a ideia de que tais ferramentas deverão estar à altura de operar uma práxis, que, fundamentalmente, define-se pelo fato de tratar o real angustiante por essas ferramentas do simbólico (Lacan, 2008a); o que, na Saúde Coletiva, só será possível se pudermos, mediante uma diversificada gama de dispositivos clínicos, propiciar ao sujeito do sofrimento o deslocamento para o lugar do trabalho no processo de produção da Atenção. Somente dessa forma será possível fazer com que ele possa se apropriar do que ele mesmo produz no ato mesmo da sua produção, consistindo em uma genuína produção de valor de uso. Pois, se “o valor de uso jamais pode ser considerado como finalidade imediata do capitalista” (Marx, 2013, p. 229), no Paradigma Psicossocial só podemos estar nas antípodas do Modo Capitalista de Produção.

¹⁰ A “análise pessoal” do trabalhador de Saúde Mental é fundamental, já que o seu próprio psiquismo deve ser concebido como sua principal ferramenta de trabalho (Costa-Rosa, 2013, p. 53).

¹¹ Homologamente, Foucault (1977) nos fala da “possibilidade do indivíduo ser ao mesmo tempo sujeito e objeto de seu próprio conhecimento [leia-se, ‘saber’]” (p. 227).

Reafirmamos que no campo dos tratamentos psíquicos na Saúde Coletiva é indispensável a sustentação de uma prática multirreferenciada e transdisciplinar. Todavia, concebemos que, nessa caixa de ferramentas necessariamente diversificada, a Psicanálise do campo de Freud e Lacan só pode se apresentar como espinha dorsal. Em outras palavras, se munidos apenas da Psicanálise, nesse campo, avançaríamos insuficientemente, para nós não há dúvidas quanto ao fato de que tampouco chegaremos a algum lugar sem ela.

Por fim, como a análise estrutural da qual partimos não pode prescindir de análises conjunturais, antes de finalizarmos não podemos deixar de destacar um aspecto importante da conjuntura atual em nosso país, de suma importância para a clínica e a política de Saúde Mental Coletiva. Após três mandatos e meio de um governo federal de centro-esquerda conciliador de classes – tempo no qual obtivemos avanços significativos em vários âmbitos das Políticas Públicas de Saúde Mental –, presenciamos no ano de 2016 a derrubada da então Presidenta da República, por meio de um processo de *impeachment* bastante questionável. Um processo que, dada as suas características e motivações, pode ser definido como um golpe jurídico-midiático-parlamentar, isto é, “tramado nos carpetes do Parlamento, apoiado pela maior parte da imprensa e chancelado pelo Judiciário” (Boulos & Guimaraes, 2016, p. 139). Estarrecidos, em seu lugar vimos assumir um Vice-Presidente que iniciou uma galopante agenda neoliberal, que hora é continuada pelo Presidente eleito em 2018; este que, no espectro político, alinha-se à extrema-direita. Nesse cenário escarpado, nós, trabalhadores da “causa psicanalítica” e da “causa operária” inseridos nos Estabelecimentos institucionais, vemo-nos tendo que redirecionar nossos esforços, antes investidos na esteira dos avanços, a fim de não perdermos as relativas conquistas que já havíamos alcançado. É um tempo de muita luta, diante da qual os trabalhadores-intercessores não podem recuar.

Referências bibliográficas

- Almeida Filho, N. (1997). Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(1/2), 5-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v2n1-2/1413-8123-csc-02-1-2-0005.pdf>
- Althusser, L. (1984). *Freud e Lacan, Marx e Freud*. Rio de Janeiro: Graal. (Obra original publicada em 1964 e 1976).

- Birman, J. (1993). *Ensaio de Teoria Psicanalítica*. Parte 1 - Metapsicologia, pulsão, linguagem, inconsciente e sexualidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Boulos, G., & Guimarães, V. (2016). Resistir ao golpe, reinventar os caminhos da esquerda. In I. Jinkings, K. Doria, M. Cleto, (Org.). *Por que Gritamos Golpe? para entender o impeachment e a crise política no Brasil* (pp. 139–144). São Paulo: Boitempo.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1986). *Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília*. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf.
- Braverman, H. (1987). *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. (3a ed.) Rio de Janeiro: Guanabara.
- Clinicaps. (2006). *Impasses da clínica - Glossário*. Disponível em: https://www.clinicaps.com.br/clinicaps_glossario.html
- Costa, M. F. (2019) *Urgência e sujeito em uma Unidade Hospitalar: Ensaio sobre a práxis da psicanálise na instituição de Saúde*. Londrina: Eduel.
- Costa, M. F., Costa-Rosa, A., & Amaral, C. H. A. (2017). Uma psicologia precavida pela psicanálise. *Revista de Psicologia da UNESP*, 15(2), 36-50. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/672/634>
- Costa-Rosa, A. (2013a). *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: UNESP.
- Costa-Rosa, A. (2012a). Contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. In G. H. Dionísio, & S. J. Benelli (Orgs.). *Políticas públicas e clínica crítica* (pp. 15-31). São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Costa-Rosa, A. (2012b). Ética e Clínica na Atenção Psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. *Revista Saúde e Sociedade*, 20(32), 743-757. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n3/18.pdf>.

- Costa-Rosa, A. (1999). Modo Psicossocial um novo paradigma nos Tratamentos Psíquicos na Saúde Coletiva. *Revista Vertentes*, 5(1), 11-22.
- Costa-Rosa, A. (2000). O Modo Psicossocial: Um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar. In P. Amarante (org.), *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 141-168). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Costa-Rosa, A. (2019a). Intercessões e análises sobre o processo de produção saúde-adoecimento-Atenção no campo psíquico, num território municipal. Produção de novas tecnologias para o implemento da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde *Revista de Psicologia da Unesp*, 18(n.spe), 9-36.
- Costa-Rosa, A. (2019b). Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na Psicanálise do campo Freud-Lacan? *Revista de Psicologia da Unesp*, 18(n.spe), 37-54.
- Costa-Rosa, A. (1987). *Saúde Mental Comunitária: análise dialética de um movimento alternativo*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de São Paulo, São Paulo-SP.
- Costa-Rosa, A. (2009). Um olhar para a Atenção Psicossocial. In I. V. M. Rabelo, R. C. Tavares, & Y. R. A. Faria (Orgs.). *Olhares - Experiências de CAPS: Centros de Atenção Psicossocial*. (pp. 9-20). Goiânia: Kelps.
- Costa-Rosa, A. (2013b). Um psiquiatra não tão médico: o lugar necessário da psiquiatria na Atenção Psicossocial. In *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. (pp. 213-232). São Paulo: UNESP.
- Costa-Rosa, A., & Yasui, S. (2009). Algumas notas para pensar a psiquiatria psicossocial. In I. V. M. Rabelo, R. C. Tavares, & Y. R. A. Faria (Orgs.). *Olhares - Experiências de CAPS: Centros de Atenção Psicossocial*. (pp. 123-139). Goiânia: Kelps.

- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasui, S. (2003). Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In P. Amarante (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (pp. 13-44). Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Cury Júnior, J. E. (2015). *Psicanálise e políticas públicas: catadores de material reciclável e o laço social no grupo psicoterapêutico*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual Paulista, Assis, SP, Brasil. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/download/1040/970/>
- Deleuze, G. (1992). *Conversações (1972-1990)*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Deleuze, G. (1997). *Crítica e clínica*. São Paulo: Editora 34.
- Deleuze, G., & Parnet, C. P. (1998). *Diálogos*. São Paulo: Escuta.
- Elia, L. F. (2015). Uma equipe muito peculiar: a equipe do CAPS. In M. Kamers (Org). *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência* (pp. 243-266). Belo Horizonte: Editora Escuta.
- Elia, L. F. (2017). *Psicanálise, campo público e saúde mental. Uma articulação necessária entre política e clínica*. Disponível em: <http://psicanalisedemocracia.com.br/2018/07/psicanalise-campo-publico-e-saude-mental-uma-articulacao-necessaria-entre-politica-e-clinica-luciano-elia/>
- Evangelista, W. J. (1984). Althusser e a Psicanálise. In L. Althusser. *Freud e Lacan, Marx e Freud* (pp. 9-43). Rio de Janeiro: Graal.
- Figueiredo, A. C. (1997). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Figueiredo, A. C., & Jardim, S. R. (2001). Formação de recursos humanos, trabalho e saúde mental. In A. M. Figueiredo, & M. T. Cavalcanti (Org). *A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização* (pp. 59-68). Rio de Janeiro: Edições IPUB.
- Foucault, M. (1977). O nascimento da clínica. Forense-Universitária.

- Freud, S. (2017a). A questão da análise leiga. Conversas com uma pessoa imparcial (1926). In *Fundamentos da clínica psicanalítica, Obras Incompletas de Sigmund Freud* (pp. 205-313). Belo Horizonte: Autêntica.
- Freud, S. (2010a). Caminhos da terapia psicanalítica. In *Obras Completas de Sigmund Freud*. (v. 14, pp. 279-292). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1919).
- Freud, S. (2014). Conferências introdutórias à Psicanálise (1916-17). In *Obras Completas de Sigmund Freud*. (v. 13, pp. 13-630). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1916-17).
- Freud, S. (2010b). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência 35. Acerca de uma visão de mundo (1933). In *Obras Completas de Sigmund Freud*. (v. 18, pp. 321-354). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1933).
- Freud, S. (2011). “Psicanálise” e “teoria da libido” (dois verbetes para um dicionário de sexologia) In *Obras Completas de Sigmund Freud*. (v. 15, pp. 273-308). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1923).
- Freud, S. (2017b). Sobre a dinâmica da transferência (1912). In *Fundamentos da clínica psicanalítica, Obras Incompletas de Sigmund Freud* (pp. 107-120). Belo Horizonte: Autêntica.
- Freud, S. (2017c). Sobre o início do tratamento. In *Fundamentos da clínica psicanalítica, Obras Incompletas de Sigmund Freud* (pp. 121-149). Belo Horizonte: Autêntica. (Obra original publicada em 1913).
- Freud, S. (2013). *Psicologia das massas e análise do eu* (Coleção L&PM pocket). Porto Alegre: L&PM. (Obra original publicada em 1921).
- Japiassu, H. (1976). *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago.

- Lacan, J. (1998a). A coisa freudiana ou o Sentido do retorno a Freud em psicanálise (pp. 402-437). In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. (Obra original publicada em 1966).
- Lacan, J. (1998b). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In *Escritos*. (pp. 591-652). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1958).
- Lacan, J. (1989). A psiquiatria inglesa e a guerra. In J. Lacan, T. K. R. Wartel, É. Zarifian, F. C. F. Leguil, D. G. R. Olivier-Martin, R. S.-L. P. Simon, G. Lantéri-Laura, & R. Gori. *A Querela dos Diagnósticos* (pp. 11-26). Jorge Zahar: Rio de Janeiro.
- Lacan, J. (1996). (Carta de) Jacques Lacan a Louis Althusser (1964). In L. Althusser, *Escritos sobre psicoanálisis: Freud y Lacan* (pp. 264-264). México, D.F.: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2003a). O engano do sujeito suposto saber. In *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1967).
- Lacan, J. (2003b). Televisão. In *Outros escritos*. (pp. 508-543). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original falada em 1973).
- Lacan, J. (2008a). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original falada em 1964).
- Lacan, J. (2008b). *O Seminário, livro 16: de um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original falada em 1968-69).
- Lacan, J. (2007). *O Seminário, livro 23: O Sinthoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original falada em 1975-76).
- Laurent, E. (2004). Como engolir a pílula? In J. A. Miller (Org.). *Ornicar? De Jacques Lacan a Lewis Carroll* (pp. 32-43). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Magno, M-D. (1982). *A Música* (2a ed.). Rio de Janeiro: Aoutra.
- Marx, K. (2013). *O Capital: crítica da economia política. Livro 1: O processo de produção do capital*. São Paulo: Boitempo.

- Montezuma, M. (2000). Transferência e encaminhamento na instituição de saúde mental. *Cadernos IPUB*, 4(17), 117-23.
- Netto, J. P. (1998). Relendo a teoria marxista da história. In D. Saviani, J. C. Lombardi, & J. L. Sanfelice (Orgs). *História e história da educação: o debate teórico-metodológico atual* (pp. 50-64). Campinas: Autores Associados.
- Nicolescu, B. (1999). *O manifesto da transdisciplinaridade*. São Paulo: Trion.
- Oury, J. (2009). *O Coletivo*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild.
- Paim, J. S. (2008). *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Passos, E., & Barros, R. B. (2000). A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(1), 71-79. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v16n1/4390.pdf>
- Périco, W. (2014). *Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra: a clínica do sujeito na Saúde Coletiva*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual Paulista, Assis, SP, Brasil. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/110673/000781535_20160130.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Périco, W., & Costa-Rosa, A. (2015). Do Terapêutico Alienante ao Analítico Singularizante: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do Materialismo Histórico à clínica da Atenção Psicossocial. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*. 10(19), 16-42. Disponível em: http://www.isepol.com/asephallus/numero_19/pdf/do_terapeutico_alienante.pdf
- Quinet, A. (2006). *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

- Rinaldi, D. (2005). Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In M. Mello, & S. Altoé (Orgs.). *Psicanálise, clínica e instituição* (pp. 87-106). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Rotelli, F., Leonardis, O., & Mauri, D. (1990). Desinstitucionalização uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In F. Nicácio (org.). *Desinstitucionalização* (pp. 17-59). São Paulo: Hucitec.
- Roudinesco, E. (2000). *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Santos, M. (1982). *Espaço e Sociedade* (2a ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Shimoguirí A. F. D. T. (2016). *Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do materialismo histórico para a terapia ocupacional: uma clínica do desejo e do carência na saúde coletiva*. (Dissertação de Mestrado) Universidade Estadual Paulista, Assis, SP, Brasil. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/134320/shimoguirí_afdt_me_assis.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Shimoguirí, A. F. D. T.; Costa-Rosa, A. (2017). Contribuições do materialismo histórico para a terapia ocupacional: uma análise dialética do fazer e da genericidade humana. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - Revisbrato*, 1(5), 704-720. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/viewFile/9655/pdf>
- Vanier, A. (2005). *Lacan*. São Paulo: Estação Liberdade.
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Yasui, S., Luzio, C. A., & Amarante, P. (2017). Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique*, 8(1), 173-190. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v13n1/a04.pdf>

Psicanálise, transdisciplinaridade e Atenção Psicossocial: a necessária formação de trabalhadores de Saúde Mental de um novo tipo

Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, 32(78/79/80), 27-37. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf>

Recebido em: 13/09/2019

Aprovado em: 15/11/2019