

Em Busca da Clínica dos Afetos¹

Túlio Batista Franco
Heletícia Scabelo Galavote

Introdução.

Este texto fala de uma busca e ao mesmo tempo da insuficiência da clínica tal como concebida pelo modelo hegemônico, nascido na modernidade, de base biologicista, e reafirmado também como modelo educacional das profissões de saúde pelo “relatório flexner” (EUA, 1910). E a busca da qual mencionamos diz respeito à suposição de que os *afectos* operam um processo de produção de si e do outro, e na relação configuram também uma terapêutica, ou, modos de produção da vida em um corpo que pede reconhecimento, o Corpo sem Órgãos (CsO).

Pretendemos fazê-lo a partir de uma experiência concreta, a observação e estudo de um caso que repercutiu em grande intensidade tanto no grupo de alunos que acompanhou e participou do estudo, quanto a mim mesmo enquanto professor do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Esta história começa como todo semestre letivo junto aos alunos de medicina do 3º. Semestre. Entrando na Unidade de Saúde em uma destas tardes de início do ano, quando fomos abordados pela gerente que solicitou apoio para um caso “complexo”. Ficamos interessados no estudo, e seria uma oportunidade para retribuir à equipe os préstimos em relação às nossas atividades de ensino.

O estudo buscou dados e informações na documentação existente sobre o caso, entrevistas com os profissionais com os quais teve contato e o próprio usuário, em um período de um ano.

No foco das questões enfrentadas neste estudo estiveram a clínica e o cuidado em saúde. Após as entrevistas e todos dados sobre o caso concluídos, o mesmo passou a pedir mais entendimento do acontecido, passou a nos habitar, e acompanhar, pois em muitos lugares o caso JR passou a ilustrar a problematização do campo da clínica, do

¹ Referência: Franco, Túlio Batista e Galavote, Heletícia S. Em Busca da Clínica dos Afetos, in, Franco, T.B. & Ramos, V.C. “Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde”. Hucitec, São Paulo, 2010.

trabalho e cuidado em saúde. A convivência duradoura nos coloca a necessidade de afetivamente relatá-lo e partilhar as reflexões que este caso suscita.

Inicialmente “o caso JR” será apresentado nos seus detalhes, para que o leitor saiba exatamente do que estamos falando. Em seguida entrarão em cena os vários autores e seus conceitos, contribuindo para o estudo deste caso e tentando neste contexto encontrar os pontos sobre os quais o tema discute. O vivido concretamente vai desvelando-se como narrativa, experimento, e surfa na teoria, ou seja, o caso será apresentado, mas vai navegar em todo corpo do texto, ilustrando o debate teórico e ao mesmo tempo se servindo dele. Realiza-se um debate da clínica e o cuidado em saúde, mediados pela questão do trabalho e sua micropolítica.

O Caso J.R.

JR é um sujeito esguio, altivo, falante e de raciocínio inteligente, objetivo. Potiguar, nasceu há 34 anos, mudou-se ainda jovem para a região metropolitana do Rio de Janeiro, e aí se transformou em liderança na sua comunidade, recém-casado.

Em um sábado que tinha tudo para ser como outro qualquer, sua vida é severamente ameaçada por um atentado, em via pública, no qual foi vítima de seis tiros certos, disparados de um carro em movimento, o que lhe causou grande dano físico e ruptura da medula cervical. Socorrido por populares, foi posto em um carro e transportado para um Hospital Geral, onde permaneceu em tratamento por vários meses.

Não é necessário os detalhes de como se deram os cuidados no hospital, mas um fato muito importante para registro é o de que ao receber alta hospitalar, o médico declarou que havia um prognóstico pessimista, e a expectativa de vida para o caso seria de seis meses. Saiu na condição de tetraplégico, já apresentando escaras, tendo perdido a mulher, o emprego, foi morar com a mãe idosa em situação de extrema pobreza. Sem uma referência para outra Unidade de Saúde, a situação sob o ponto de vista dos cuidados à saúde especificamente era de abandono, contribuindo ainda mais para as complicações clínicas.

Diante da extrema dificuldade, a mãe de JR entrou com processo administrativo junto à Prefeitura do Município para obter auxílio em insumos para os cuidados necessários. Diante deste processo, a Secretaria de Saúde soube da sua existência e

acionou a Unidade de Saúde mais próxima à sua residência, que passou a receber visita de profissionais de saúde, inicialmente sem muita alteração do seu quadro geral.

Sucessivos profissionais de saúde estiveram cuidando, ou, tentando cuidar de JR sem muito progresso na sua condição, visto que, ele permanecia desnutrido, deprimido e dependente de cuidados de sua mãe. O cenário era de um corpo que atrofiava diante de olhos atônitos, inclusive de trabalhadores da saúde enviados em visita domiciliar.

Na sequência de relativo insucesso das visitas domiciliares feitas pelos profissionais de saúde, a Gerente da Unidade resolveu ela mesma ir até JR para fazer um atendimento. O que se viu a partir disto foi uma mudança importante em toda situação. Nesta visita domiciliar, ela buscou se conectar com JR a partir de um tema, a esperança, o desejo de viver, a religiosidade, os aspectos subjetivos que pudessem ativar forças até então inertes, algo que despertasse nele mesmo uma potência de vida.

Era como se soubesse que, a superação de uma dada situação de fragilidade física e subjetiva, se daria pelo aumento da sua potência vital e isto seria conseguido pelo próprio JR, pois somente ele para encontrar o ponto de conexão com a vida.

O encontro acionou no JR uma força desejante de vida, e aumentou sua potência de agir. Este foi o dado fundamental que possibilitou a formulação de um projeto terapêutico que envolvia todos os cuidados necessários ao seu restabelecimento. No movimento de recuperação, inicialmente foi necessária uma nova internação hospitalar, por curto período, e posteriormente cuidados domiciliários semi-intensivos, com fisioterapia diária, assistência médica, de enfermagem e assistência social, cirurgia plástica e tratamento para escaras. Uma segunda rede de apoio se formou para o cuidado a JR, pautada na idéia de intersetorialidade, que mobilizou recursos relacionados à previdência social, documentação e provisão de recursos para atendimento às necessidades básicas.

A evolução de JR se deu a partir deste momento aqui relatado, que se tornou referência para a idéia de cuidado. Ele evoluiu da tetraplegia para uma paraplegia. Desejoso, volta a circular pela rua, freqüenta a Unidade de Saúde com seus próprios meios, reivindica seus direitos de usuário e faz planos para o aprimoramento profissional.

O que se vê em seguida é sua atividade intensa no cuidado de si, na busca dos recursos necessários à manutenção da sua saúde, com grande capacidade reivindicativa. JR se transformou em um sujeito altamente desejante, potente, e produz na relação com a equipe de trabalhadores da Unidade de Saúde uma relação de gratidão, e ao mesmo

tempo de busca ativa dos recursos e cuidados. Circula na comunidade onde mora, refeito relações, tem renda garantida e tornou-se um sujeito produtivo e socialmente reconhecido.

Algumas questões sobre este caso nos desafiam em um primeiro plano, quais sejam: O que faz com que JR passe da condição de uma quase morte, instituída assim por ele mesmo, para uma vida socialmente ativa? Considerando as diversas intervenções realizadas sobre o seu corpo, como elas se produziram nele, enquanto recursos de cuidado? Tomamos por referência nesta discussão as reações de JR, objetiva e subjetivamente observadas.

Em questão, o corpo.

Para enfrentar estas questões, inicialmente procuramos compreender o que é um corpo, tomando dois campos conceituais por referência, a do corpo “anátomo-clínico” definido assim por Foucault (2006) em “O Nascimento da Clínica”, e a do Corpo sem Órgãos (CsO), discutido por Deleuze e Guattari (1996) no livro “Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia”, vol. 3. Entendemos que inicialmente estas contribuições nos ajudam a penetrar no campo problemático ao qual o caso JR nos lançou, o do corpo, a clínica e o cuidado enquanto expressão do trabalho em saúde.

A problematização do conceito de corpo e da clínica tem o objetivo de discutir o contexto do cuidado em saúde. Concebe-se o pressuposto de que ela é um instrumento do cuidado, uma tecnologia que permite a partir do trabalho produzir intervenções que agenciam o outro, em diferentes intensidades. A dimensão do cuidado, tomado como campo do trabalho e sua micropolítica, é uma importante referência neste debate. O que nos move é a percepção de que, a compreensão do corpo tal como concebida inicialmente no séc. XVIII, como uma estrutura ou sistema em funcionamento, é insuficiente para uma intervenção eficaz sobre os problemas de saúde que o habitam.

Dado uma insuficiência portanto, a princípio conceitual, buscou-se através do conceito de Corpo sem Órgãos (CsO) pensar outras práticas de cuidado, capazes de operar pelos afectos. O CsO fala pelos afectos de que é capaz. E é no sentido de compreender esta questão e seus efeitos na vida prática, que utilizamos do caso JR como nosso guia neste debate.

A partir do conceito de corpo, que vai se construindo no texto, vão aparecendo a par e passo o conceito de clínica, ou seja, percebe-se que a clínica é concebida mediante

a idéia que se tem, ou, o modo como é significado o corpo. Sendo assim a discussão será feita em paralelo sobre estes dois conceitos, mediada pela idéia do trabalho e o cuidado em saúde. O que é um corpo? De que clínica se fala, quando se tem por referência um conceito de corpo? Temos aqui duas questões vinculadas às anteriores, a nos desafiar, com as quais vamos dialogar para buscar entender como se produz certa clínica e não outra, e até mesmo que clínica é capaz de intervir sobre certas condições de saúde, apoiando de forma eficaz uma prática de cuidado.

O Corpo Anátomo-clínico e a insuficiência da clínica do olhar.

O caso JR nos desperta para o fato de que a concepção de corpo é o que aciona o profissional de saúde para suas práticas de cuidado, e/ou clínica. A concepção atualmente hegemônica vem do séc. XVIII, conforme descreve Foucault (2003) no seu livro “O Nascimento da Clínica”. O texto que se segue descreve como se deu no século XVIII o surgimento da clínica, tendo por referência estudos da cirurgia e anatomia patológica. Até então o corpo como depositário do sagrado não podia ser violado após a morte, o que começa a ser feito pelos médicos no século XVIII:

A medicina só pôde ter acesso ao que a fundava cientificamente contornando, com lentidão e prudência, um obstáculo maior, aquele que a religião, a moral e obtusos preconceitos opunham á abertura dos cadáveres. (Foucault, 2003, p.142).

Antes deste período, nos primórdios da civilização a medicina não era concebida enquanto um saber científico, o cuidado se dava com base no conhecimento instintivo, na sensibilidade de cada um, na busca pelo conforto, o alívio da dor e sofrimento. A questão central neste período é o fato de que não havia um saber-soberano, ou seja, um saber que se colocava acima dos outros e instituía o critério de verdade, julgamento sobre o que é, e como deve ser o corpo, e as práticas de cuidado. O saber então era reconhecido como algo de posse de todos, e portanto validado coletivamente. O que significava alívio diante do sofrimento era transmitido oralmente às gerações como conhecimento de si. Do saber de si extraía-se também o ato de cuidar. Gestos singelos como por exemplo a mudança de posição sobre o leito, a busca do conforto, era expressão de que, um sujeito que sofre é ao mesmo tempo objeto e sujeito do cuidado.

Todo mundo, indistintamente, praticava esta medicina... as experiências que cada um fazia eram comunicadas a outras pessoas... e estes conhecimentos passavam de pai para filho. (Coakley apud Foucault, 2003, p.60).

Segundo Foucault (op. cit., p.60), “*antes de ser um saber, a clínica era uma relação universal da Humanidade consigo mesma: idade de felicidade absoluta para a medicina*”. Este estado de felicidade relatado pelo autor se justifica pela capacidade de reconfiguração do sujeito diante do corpo que sofre. O estar na vida, mesmo em situação de sofrimento de um corpo doente, era uma condição do sujeito, e se dava através da sua sensibilidade e intuição.

O conhecimento adquirido e apropriado coletivamente vai gradativamente sendo estruturado pelo saber médico, ele é expropriado da sociedade para se tornar propriedade de alguns. Passa então a ser mediado pela linguagem escrita, transmitido pela palavra, e o acesso ao mesmo vai-se aos poucos ficando restrito a uma elite letrada.

O saber sobre o corpo vai-se construindo sobre o próprio leito do doente. O olhar do médico à época, debruçado sobre os órgãos, percebendo sua morfologia, as lesões, e todo o universo que se revela através de uma nova linguagem corporal, era fonte de conhecimento. O debruçar-se sobre o corpo, ato que dá sentido à clínica, se torna um método na busca e formação do conhecimento da medicina.

A medicina moderna fixou sua própria data de nascimento em torno dos últimos anos do século XVIII. Quando reflete sobre si própria, identifica a origem de sua positividade com um retorno, além de toda teoria, à modéstia eficaz do percebido. De fato, esse presumido empirismo repousa não em uma redescoberta dos valores absolutos do visível, nem no resolutivo abandono dos sistemas e suas quimeras, mas em uma reorganização do espaço manifesto e secreto que se abriu quando um olhar milenar se deteve no sofrimento dos homens. (Foucault, 2003, X).

Na segunda metade do séc. XVIII se produziram intensas experiências que possibilitaram a conformação de uma certa clínica. Inaugura-se a clínica do olhar, como fonte de saber, e conhecimento validado pelo critério de verdade que surge com o

conhecimento do corpo anátomo-clínico. *“Esta experiência, que inaugura no séc. XVIII e de que ainda não escapamos, está ligada a um esclarecimento das formas da finitude, de que a morte é, sem dúvida, a mais ameaçadora, mas também a mais plena”* cita Foucault (2003, p. 228) já no final do seu livro. Esta frase contém a idéia de que a atual civilização, no limiar do século XX e porque não dizer, já no século XXI não escapou, não se libertou, do aprisionamento criado com o conceito de que, o corpo fala pela sua geografia, a estrutura dos órgãos, e por isto à clinica compete decifrar e atuar sobre a sua morfologia. Inaugura-se a clínica do olhar. E de que olhar se está falando? Notadamente o “olhar retina”, como nos lembra Suely Rolnik (2006) o que enxerga as estruturas, o plano do visível, um olhar razo, incompleto sobre o próprio corpo, um simulacro. Isto porque não enxerga o sujeito que o habita.

A clínica que surge no séc. XVIII, e funda o conceito de corpo anátomo-clínico formula ao mesmo tempo um conjunto teórico-conceitual, que tem por base o método científico, e sustenta que o corpo se resume à estrutura então concebida como tal.

A “clínica do olhar”, que surgiu do estudo e conhecimento sobre a geografia dos órgãos, impede que se enxergue o sujeito que habita o corpo, perdendo sua complexidade, profundidade, e outras dimensões da vida que pulsa neste corpo, e se inscrevem na sua subjetividade.

Para entender o caso JR esta questão é fundamental, pois, a equipe que lhe deu alta hospitalar declara a possibilidade de óbito em 6 meses. O que sustenta esta afirmação é sem dúvida uma avaliação realizada sobre o corpo na sua forma-estrutura. A avaliação dada pela equipe a JR na sua alta tem por base uma referência parcial, limitada, simplista do entendimento sobre o corpo. Ora, se aquele que detém o suposto conhecimento científico sobre o corpo, a verdade sobre seu funcionamento, e tem legitimidade social para falar sobre ele, declara morte a este corpo, então, cabe ao sujeito que o habita cumprir sua sina e morrer. É isto que ocorre com JR, opera sobre ele uma função de morte, a qual vai definindo o comportamento do seu corpo posteriormente à alta hospitalar.

O que se vê no entanto é que, há uma outra dimensão do corpo, que é acionada em um processo de trabalho centrado na sua dimensão relacional, e este recupera sua potência de agir sobre o mundo. Viu-se portanto que há um Corpo sem Órgãos (CsO) que é parte do universo corporal, sensível, e que foi capaz ele também de operar uma recuperação até então impensada por aqueles que supunham que o corpo se compunha apenas do seu componente biológico.

O Corpo Sem Órgãos e os Afectos.

Antonin Artaut (1896-1948), o poeta francês, no seu poema “Para acabar com o julgamento de Deus”, proclama a existência de um Corpo sem Órgãos: “...*se quiserem, podem meter-me numa camisa de força/mas não existe coisa mais inútil que um órgão./quando tiverem conseguido um corpo sem órgãos/então o terão libertado dos seus automatismos/e devolvido sua verdadeira liberdade*”. Inspirados na declaração de Artaut, e com base na sua filosofia, Deleuze e Guattari (1996) concebem o conceito de Corpo Sem Órgãos (CsO):

Um CsO é feito de tal maneira que ele só pode ser ocupado, povoado por intensidades. Somente as intensidades passam e circulam. Mas o CsO não é uma cena, um lugar, nem mesmo um suporte onde aconteceria algo. Nada a ver com um fantasma, nada a interpretar. O CsO faz passar intensidades, ele as produz e as distribui num *spatium* ele mesmo intensivo, não extenso. (Deleuze e Guattari, 1996, p. 13).

Um corpo em que, no lugar dos órgãos é “povoado por intensidades”. Estas estão na ordem do sensível, são invisíveis ao “olho retina”, só sendo possível percebê-las pelo “corpo vibrátil” (Rolnik, 2006), porque falam pelo afectos. É assim que se entende o CsO, não é uma estrutura, instância, nem sensorial, metafísico. As intensidades operam por fluxos, e se encontram no plano das relações entre os sujeitos, entre sujeitos e as coisas. Há no “entre”, espaço relacional no encontro de dois corpos (sujeitos-sujeitos ou sujeitos-coisas) um “plano de consistência” por onde fluem as intensidades.

O CsO é o campo de imanência do desejo, o plano de consistência própria do desejo (ali onde o desejo se define como processo de produção, sem referência a qualquer instância exterior, falta que viria torná-lo oco, prazer que viria preenchê-lo). (Deleuze e Guattari, 1996, p. 15).

O desejo é social e historicamente produzido, se forma nos processos primários, isto é, no inconsciente, como uma energia de produção. Ele se realiza como uma força

propulsora, que põe o sujeito em movimento na construção do mundo. De acordo com Deleuze e Guattari (1972), o desejo está sempre em agenciamento, isto é, ele é dispositivo, algo que dispara novos processos, que aciona mudanças. O CsO como campo de imanência do desejo demonstra que ele também está sempre em agenciamento na produção do mundo. Não há um juízo de valor sobre os conceitos que aqui estamos discutindo, ou seja, o sujeito pode desejar a solidariedade, como o egoísmo; uma relação acolhedora ou um atendimento sumário no cuidado em saúde. O desejo é o agenciador dos modos de existência, de agir, de cuidar, independentemente de como isto se realiza.

Para Espinosa citado por Deleuze (2002) a idéia de corpo não se coloca por seus órgãos ou funções, e “tampouco se define um corpo como uma substância ou um sujeito”, ele é definido pelos afectos de que é capaz.

Um corpo por menor que seja, sempre comporta uma infinidade de partículas: são as relações de repouso e de movimento, de velocidades e de lentidões entre partículas que definem um corpo, a individualidade de um corpo [...] é este poder de afetar e de ser afetado que também define um corpo na sua individualidade (Deleuze, 2002, p. 128).

O corpo para Espinosa não se refere somente a um ser humano ou coisa material, mas pode ser posto como uma teoria, idéia, alma, corpo sonoro, corpo social, corpo de conhecimentos que se materializam em relações entre si, pode ter expressão simbólica. Então, o corpo seria definido por meio das relações que produz e estabelece, ou seja, está no campo de consistência por onde fluem as afecções, está no entre-corpos.

Um corpo não se define pela forma que o determina, nem como uma substância ou sujeito determinados, nem pelos órgãos que possui ou pelas funções que exerce. No plano de consistência, um corpo se define somente por uma longitude e uma latitude: isto é, pelo conjunto dos elementos materiais que lhe pertencem sob tais relações de movimento e de repouso, de velocidade e de lentidão (longitude); pelo conjunto dos afectos intensivos de que

ele é capaz sob tal poder ou grau de potência (latitude).
(DELEUZE, 1997. p. 46).

O autor vai sugerir portanto que o corpo está sempre em movimento, ele não é uma estrutura com base nos seus órgãos, mas algo em permanente produção, mutação. A longitude vai significar os elementos materiais que compõem o corpo, no espaço relacional o qual denomina “campo de consistência”, que é o espaço entre dois corpos, onde fluem as intensidades. Latitude seria o conjunto dos afetos de que o corpo é capaz, sempre no espaço relacional do encontro entre os corpos. O corpo latitude e longitude está sempre em processo de recomposição, de produção e composição pelos indivíduos e coletividades (Deleuze, 2002, p, 132). A latitude, dimensão dos afetos no campo relacional entre dois corpos, e longitudes, expressão dos elementos materiais que os pertencem não estão separados, mas compõem juntos o CsO.

A título de ilustração, voltamos ao nosso caso JR, que vem surfando nestes conceitos contribuindo para compreendê-los e ao mesmo tempo, analisar o cuidado que foi realizado a ele mesmo. Quando JR se encontrava com reduzida força vital, a atuação sobre o corpo não havia conseguido ativar nele mesmo a sua energia desejante, sua potência vital, para que ele pudesse agir no cuidado de si mesmo, ou seja, produzir vida nele mesmo como parte do cuidado. Seu corpo apenas reagiu quando foi afetado em fluxos de intensidades que ocorrem na relação com o outro, no caso a gerente da Unidade de Saúde, que em função de uma intervenção específica conseguiu provocar um afetamento mútuo, pois ela também foi afetada por fluxos de intensidades no campo relacional com JR.

Segundo Espinosa, citado em Deleuze (2002), o afecto de que um corpo é capaz, produz “paixões alegres”, ou “paixões tristes”, o que aumenta sua potência de agir no mundo, ou a reduz respectivamente. O encontro que teve por base uma atividade de cuidado, só foi capaz de ativar em JR sua energia desejante, porque produziu na relação intensidades como expressão de alegria. Recuperou a capacidade de cuidado de si, e abriu-se uma nova história de vida.

Compreender o espaço dos campos magnéticos, tidos também como planos de consistência, espaço do plano molecular no qual se inscrevem os micro-poderes e diferentes devires, requer o uso do “corpo vibrátil”, aquele que vê diferentemente do olho retina. O vibrátil é capaz de transpor as fronteiras do visível sendo constitutivo de um Corpo sem Órgãos, que representa toda a capacidade de nossos sentidos em

conjunto. No espaço micro da relação entre indivíduos e entre estes e a instância trabalho, reconhecemos que o olho retina não é capaz de por si só perceber os afetos, subjetividades, desejos que compõem as relações neste território, o que se faz através do corpo vibrátil capaz de atuar no “plano de consistência”, produzindo fluxos de intensidades, e ao mesmo tempo abre-se à percepção dos afetos.

A imanência entre o olho retina e o vibrátil nos remonta à constatação de que apreender as relações que se constroem no âmbito do trabalho e cuidado em saúde requer mais do que uma simples observação. Exige uma escuta voltada para quem executa o trabalho e um olhar policênico e profundo a fim de capturar a complexidade das relações estabelecidas. Para que isso seja possível, é necessária a utilização de um “composto híbrido”, feito da união do olho retina molar com o vibrátil molecular. Isto porque o que se busca apreender é o movimento que surge da tensão permanente e fecunda entre fluxo e representação, no sentido de que o fluxo de intensidades escapa do plano de organização de territórios, desorientando suas cartografias rígidas, desestabilizando suas representações e, “estacando” o fluxo, e por outro lado, canaliza as intensidades, dando-lhes sentido (Rolnik, 2006, p. 67).

A subjetividade, inscrita na relação trabalhador de saúde e sua atividade de cuidado no cenário molecular, sempre terá efeitos que são concretos e reais, mesmo que não-visíveis, como pôde ser observado no caso estudado, onde JR e a gerente da Unidade de Saúde viveram um momento singular, tão intenso nos afetos que provocou um desvio na história de ambos, em especial do usuário que se via voltado à produção de morte no seu próprio corpo. Os afetos produzem em cada um efeitos que são singulares, ou seja, são específicas a cada um, e em um dado espaço e tempo que também são únicos.

Baremlitt (1996, p. 50) nos traz a idéia da singularidade enquanto constitutiva de um ser múltiplo, baseado no fato de que o que “importa não é a produção de semelhanças ou de analogias entre os sujeitos, mas a produção de diferenças, a singularidade de cada sujeito produzido em cada lugar, a cada momento”. Isto significa que o mesmo sujeito vai se modificando, na medida em que o vivido e experienciado o conduz à permanente produção de si mesmo. Da mesma forma em espaços e tempos diferentes ele se apresenta como um sujeito-singular, no qual cabem diferentes funcionamentos, que são exercidas com base em um código simbólico o qual é acessado quando ele se localiza em determinado espaço e tempo que são também singulares, por exemplo, a função de pai, filho, funcionário, líder do grupo, etc... A multiplicidade só

existe, porque as pessoas são singularidades em permanente produção de si e do mundo, e não uma totalidade que seria representada pelo indivíduo, ou, um ser único. O mesmo autor refere que na geração do novo, de uma subjetividade singular, instituinte, contingente, circunstancial e revolucionária, há um processo contínuo de “produção de subjetividade livre, não assujeitada, primigênica, produtiva, revolucionária, em que o desejo se realiza em conexões locais, micro e se efetua gerando o novo” (p. 51), não sendo mantedora do antigo.

Partimos do pressuposto de que toda subjetividade é inscrita em desejos e que a subjetividade na concepção de Deleuze (2000) e Guattari (2005) é inerente à idéia de “outro”, indivíduo como processo e produto, um campo processual de forças moventes e formas que emergem dessas forças. Barros (2008) afirma que o humano é formado por um processo coletivo e em rede, dinâmico, inacabado.

A formação do desejo, enquanto instância do processo de produção de universos subjetivos apresenta um primeiro momento descrito por Rolnik (2006, p. 31) como aquele onde há um encontro entre os corpos que detêm poder para afetar e serem afetados, gerando uma mesclagem de afetos que se exteriorizam por “máscaras”, tomando corpo em matérias de expressão. Assim, o trabalhador da saúde, como também o próprio usuário na relação com ele, sempre opera em cenários de signos que são condicionados por desejos que constituem o motivador das ações de cada um, e que produzem afectos na arena de produção desta relação, que passa a compor o campo da micropolítica. Neste campo, a autora afirma que não existem unidades e sim intensidades, uma lista de afetos determinados pelos agenciamentos que são produzidos e, portanto, inseparáveis de suas relações com o mundo. O que perpetua é a multiplicidade comparada a um “rizoma”, através da constatação de que “nesse percurso nada mais é fixo, nada mais é origem, nada mais é centro, nada mais é periferia, nada mais é, definitivamente, coisa alguma” (p. 61).

O conceito de rizoma advindo da Botânica e incorporado por Deleuze e Guattari é utilizado para vislumbrar os chamados sistemas abertos de conexão que se efetua através de agenciamentos diversos, “produzindo novas formações relacionais sobre as quais se vai construindo o *socius*, o meio social onde cada um está inserido” (Franco, 2006, p. 1). Segundo Rolnik (2006, p. 61), o que aparece é uma “multiplicidade substantiva, devires imprevisíveis e incontrolláveis [...] o que vai constituindo o plano imanente ao diagrama que o rizoma, em seu nomadismo, corporifica”. O que permanece

é a idéia de “plano” enquanto instância variável, em contínuo processo de mudança, “sempre remanejado e recomposto pelos indivíduos e pelas coletividades”.

Retomando o conceito de desejo enquanto dispositivo³, Baremlitt (1996, p. 49) o traz para o plano do inconsciente, são as “forças inconscientes”. O desejo para o Institucionalismo é imanente à produção, busca criar o novo, conexões, força de invenção. É constitutivo do ser, neste caso trabalhador e usuário, e representa um motivador para a atividade, no sentido de que “o pior das amarras normativas é a anulação do desejo” (Franco, 2006, p. 4). O desejo como força criativa por excelência foi a energia que deu propulsão aos sujeitos que cuidaram de JR, assim como a ele próprio para superação. Ele é a grande energia produtiva, e foi acionado com base nos afetos circulantes na relação com os próprios trabalhadores. Sem isto, ou seja, se a intervenção se desse apenas sobre as visíveis lesões do seu corpo, esta energia desejante não teria sido acionada.

Deleuze e Guatarri (apud Baremlitt, 1996) propõem uma idéia de desejo não apenas no sentido de uma força que impulsiona o psiquismo, mas sim uma força produtiva e criativa promotora de encontros, estando atrelada a outras forças animadoras do social, histórico, do natural. Teria, essencialmente, um caráter produtivo-revolucionário e não restitutivo. Afirmam, ainda, que na Esquizoanálise o desejo é introduzido no campo da produção e a produção no campo do desejo. “Trata-se de aprender a pensar um desejo essencialmente produtivo e uma produção, dita no sentido amplo, que não pode ser senão desejante” (p. 58).

Foucault procurou relacionar o desejo sempre à instância do poder, de forma que o próprio desejo é também poder, se estrutura a partir dele, o que explica a potência criadora e inovadora do ser desejante, aquele que deseja e que estabelece relações de afeto em nome deste mesmo desejo. No sofrimento, o corpo é destituído de poder, torna-se uma aptidão, ocorre uma inversão de energia e de potências, o que torna a relação de sujeição estrita.

O que significa pensar o caso JR sobre a dimensão dos afetos e desejo? Ora, já foi dito aqui que o afeto circula em um “campo de consistência”, que se forma na relação entre os corpos, no “entre”. Nesta relação, entre JR e o pensamento clínico-hegemônico produto da declaração de que ele iria viver por curto tempo, resulta que os

³ O dispositivo é sinônimo de agenciamento, estando sempre a “serviço da produção, do desejo, da vida, do novo”. É capaz de gerar acontecimentos revolucionários e transformações, produzindo as linhas de fuga do desejo, da produção e da liberdade. Seria algo capaz de disparar processos de mudança (BAREMLITT, 1996, p. 74).

fluxos de intensidades circulantes entre JR e a declaração de fracasso diante da vida (este enunciado é entendido como coisa, algo com o qual JR se encontra), provoca no cenário relacional a produção de morte pelo seu corpo.

São efeitos provocados por um pensamento dominante na clínica que surgiu no séc. XVIII, que se sustenta no entendimento de que o corpo é unicamente a sua expressão anátomo-fisiológica. Quem vê o corpo reduzido à geografia dos órgãos é incapaz de perceber a complexidade deste mesmo corpo em produzir a si mesmo, como vida ou morte, e ao mesmo tempo, produzir o mundo social, também como expressão do viver ou morrer. O que se viu na relação de JR com todo cenário da sua alta hospitalar foi a expressão do que Espinosa chama de um “mau encontro”, a produção de “paixões tristes”, que reduziram a sua capacidade de agir no mundo. É assim que JR deixa de ser desejante, e isto é outro funcionamento que o inscreve na idéia de morte, pois o desejo como energia, força propulsora na produção de mundo, foi anulado na sua condição operatória. O corpo inerte é também desconectado do mundo, tem seus fluxos rizomáticos interditados.

Um outro encontro que se produziu neste cenário, o da gerente da Unidade de Saúde, como cuidadora. Nos afetos que produz consegue expressões de “paixões alegres” o que resulta no aumento da capacidade de agir e a expressão desejante de vida. É deste lugar que JR vai recuperar forças até então inertes para produzir em si mesmo a vida, em um esforço grandioso, que só é capaz se movido pela poderosa energia desejante. O desejo como centro da subjetividade que opera na produção de si e do mundo coloca JR na cena da vida, como expressão de produção.

O afeto no encontro entre cuidadora e JR é mútuo, ou seja, ela também se produz nesse encontro, e tem aumentada a sua capacidade de agir no mundo. Movida portanto por forte energia desejante, ela busca formar uma rede de apoio entre trabalhadores, comunidade, e mobiliza recursos necessários aos cuidados a JR. O que se vê no cenário é a multiplicação dos encontros, e uma forte mobilização pela vida que agencia a todos na produção do novo cenário, neste que passa a ser um micro-cosmo de alta intensidade.

Quando falamos de intensidades circulantes na relação entre os corpos, estamos dando expressão aos afetos que se expressam pelo Corpo sem Órgãos. A percepção de que o CsO opera produzindo vida ou morte, em si e nos encontros que um corpo produz, faz com que a clínica ganhe uma nova dimensão, a qual necessita ser contemplada nas práticas de cuidado. Sugerimos a idéia de um acoplamento do CsO ao

corpo anátomo-clínico, ou seja, não se pensa aqui a idéia de substituição ou exclusividade de um em relação ao outro, mas uma produção conjunta, existência em dobra entre os corpos.

Signos e Intensidades na Composição do Corpo.

Segundo Deleuze (1987, p. 4) a palavra signo diz respeito ao ato de aprender, de forma que os signos são objeto de um aprendizado que é temporal e não de um saber abstrato. Assim, aprender seria essencialmente o ato de considerar um objeto, um ser e uma matéria como se emitissem signos que teriam de ser decifrados, interpretados. O autor recorre ao exemplo do marceneiro e do médico, para dizer que o primeiro só é marceneiro quando reconhece os signos inscritos na madeira e, o segundo só é médico porque é capaz de identificar um sistema de signos referentes às doenças. Desta forma, “a vocação é sempre uma predestinação com relação a signos”.

O que Deleuze sugere é que todos os componentes de um determinado contexto interpretativo, são constituídos e se conformam através de uma multiplicidade de signos que são singulares, únicos para cada matéria ou sujeito, de modo que “a unidade de todos os mundos está em que eles formam sistemas de signos emitidos por pessoas, objetos, matérias; não se descobre nenhuma verdade, não se aprende nada, se não por decifração e interpretação” (Deleuze, 1987, p. 5). No entanto, esta pluralidade dos mundos consiste no fato de que os signos não são do mesmo tipo, não podem ser decifrados do mesmo modo e detêm significados diversos.

O fato de sermos sensíveis aos signos e considerarmos o mundo como algo a ser decifrado, constitui um dom que poderia ser oculto em nós caso não tivéssemos os encontros necessários. Assim, estes sistemas se produzem nas dinâmicas de afetos que emergem dos encontros intersubjetivos, os quais estão repletos de diferentes signos, significados e desejos que conformam os cenários de paixões e afetamentos descritos por Espinosa.

Esta discussão da representatividade dos signos que emergem das relações entre os sujeitos, nos leva a pensar na figura da aranha. Mas por que uma aranha? Deleuze (1987, p. 182) utiliza a figura deste artrópode para exemplificar o que é um Corpo sem Órgãos. De acordo com o autor a aranha “nada vê, nada percebe, de nada se lembra. Acontece que em uma das extremidades de sua teia ela registra a mais leve vibração que se propaga até seu corpo em ondas de grande intensidade e que a faz, de um salto,

atingir o lugar exato”. Assim, a aranha enquanto um corpo sem órgãos, aquele descrito por Rolnik (2006) como a totalidade dos órgãos do sentido em conjunto, seria movida unicamente por signos que atravessam o seu corpo como uma onda e a torna capaz de saltar em busca da presa, sendo que “sem olhos, sem nariz, sem boca, a aranha responde unicamente aos signos e é atingida pelo menor deles”. Os signos, para a aranha, seriam a sua própria essência, a essência do próprio existir que a impulsiona em múltiplas direções e entre múltiplos sentidos, sendo eles que disparam o ato de tecer com “cada fio se movimentando por este ou aquele signo”.

Mais do que um Corpo sem Órgãos, a aranha, para nós, constitui a instância figurativa de um trabalho arquitetônico invejável, no simples ato impulsivo do tecer a sua teia. Seria a própria essência de um trabalho que é similar ao que se dá no cotidiano dos atos em saúde, a partir da constatação de que um trabalhador da saúde, estaria em permanente construção de sua teia, operando sempre em fluxos-conectivos que traçam uma cartografia no interior da micropolítica dos processos de trabalho em saúde (Franco, 2006).

Para entender melhor, recorreremos às características biológicas deste ser aranha. Assim, partimos da constatação de que as teias de uma aranha são cinco vezes mais fortes do que o aço no mesmo diâmetro, podendo se esticar quatro vezes mais que seu comprimento inicial e resistindo a temperaturas muito baixas sem se romperem. Os fios de seda são produzidos por meio de glândulas localizadas no abdome, sendo que existem sete tipos destas glândulas que nunca ocorrem na mesma aranha. Os fios têm a finalidade de encapsulamento da presa, formação da moldura, raios e espirais da teia e formação dos casulos. Outro fato interessante é que muitas aranhas tecedeiras reciclam suas teias, as quais têm que ser renovadas frequentemente. Observando uma aranha em plena atividade de construção da teia, certamente percebemos que existe uma sabedoria intrínseca em sua técnica: na maneira como ela estende primeiro o grande eixo de sustentação da teia e, a partir daí, vai unindo esses fios de suporte e preenchendo os espaços vazios com fios radiais, rapidamente, dando origem a uma estrutura de impressionante geometria, além de grande resistência.

Compreendendo a teia de uma aranha e suas peculiaridades, buscamos os signos inerentes ao ato de tecer a teia e os transpomos ao trabalho em saúde. Neste sentido, o trabalhador na sua atividade cotidiana, que constitui um trabalho vivo em ato, é construtor de sua teia, uma teia que é singular para cada sujeito e que se caracteriza por sua tenacidade, resistência e elasticidade, de forma que se estende por diferentes

territórios, “capturando” atores integrantes do processo e se reconstituindo de acordo com a dinâmica do cotidiano de trabalho. Esta teia é determinada, especialmente, pelos encontros e agenciamentos de que o trabalhador é capaz, na permanente construção de territórios existenciais que conformam campos magnéticos de produção de sentidos e de afetos (Rolnik, 2006).

O que caracteriza esta teia é sua capacidade de se renovar, se movimentar e de construir novas conexões. Seria uma representação do Rizoma, à medida que se constitui em sistemas abertos que transitam por diferentes territórios e que mobilizam agentes na produção de um *socius*, um meio social que se constitui nas “linhas de contato entre os agentes sociais que são a fonte de produção da realidade” (Franco, 2006, p. 1).

Assim, o trabalho do profissional da saúde é atravessado por fluxos de intensidades que emergem dos signos provenientes da essência sujeito e do espaço molecular, que constitui o campo da micropolítica do trabalho, o que é resultado de um processo que ressurgem dentro do trabalhador e que dispara uma produção de vida em si, uma autopoiese tida como uma “contínua produção de si mesmo, na qual o ser vivo se conserva e continua vivo na realização de sua história individual ontogênica” (Maturana, 1998, p. 200). Mariotti (1999) ao significar a autopoiese, refere que *Poiesis* é um termo grego que significa produção e a autopoiese quer dizer autoprodução. A palavra surgiu pela primeira vez na literatura internacional em 1974, em um artigo publicado por Varela, Maturana e Uribe, para definir os seres vivos como sistemas que produzem continuamente a si mesmos. Esses sistemas são autopoieticos por definição, porque recompõem, de maneira incessante, os seus componentes desgastados. Pode-se concluir, portanto, que um sistema autopoietico é ao mesmo tempo produtor e produto e que se conformam em sentidos circulares, assumem uma circularidade produtiva.

Maturana (1998) ressalta que todos os seres estão imersos em um sistema autopoietico que é constituído como unidade, uma rede de produção de componentes que em suas interações gera a mesma rede que os produz, constituindo seus limites como parte dele em seu espaço de existência.

O trabalhador da saúde como um construtor inato de teias, as constrói exatamente na circularidade produtiva descrita por Maturana, que permite conexões em múltiplas direções. As intensidades advindas dos encontros que o agente faz operam no cerne do sistema de signos inscritos em um sistema autopoietico do qual ele faz parte, à medida que é capaz de disparar em si mesmo processos de produção de vida, de

significados, de forma a exteriorizar a sua essência indivíduo, representada enquanto potência para agir. Assim, quando ele é capaz de se reconhecer enquanto essência potencial na produção de vida, também se permite experienciar novos encontros e afetos, ao mesmo tempo em que “captura em sua teia” novos atores que são capazes de potencializar o sistema autopoietico que constitui os novos fios de seda, capazes de se propagar em novas direções e sentidos. Maturana (1998, p. 200) nos fala da própria imanência entre o sujeito e o seu círculo de relações, de forma que todo o ser se realiza de fato em uma história de interações, sendo os seres humanos, essencialmente, seres sociais já que “vivemos nosso ser cotidiano em contínuo relacionamento com o ser de outros”.

Os fios de seda que emergem a partir da autopoiese inscrita no ser trabalhador conformam uma teia que se caracteriza pela diversidade, pela produção e amplitude se conformando geometricamente a partir de pontos de fixação que são os próprios encontros que surgem no cotidiano. Esquemáticamente a teia de um trabalhador da saúde seria representada pelos encontros de que é capaz:

Estes encontros seriam, sobretudo, com os usuários, comunidades, demais profissionais da equipe, instituição Unidade Saúde da Família, associações e outros setores que compõem o espaço no qual atua. No entanto, quando o processo de trabalho do profissional de saúde é capturado, ou seja, quando deixa de ser inventivo, criativo e autônomo, surgem falhas nesta teia, rupturas que desestruturam as relações antes estabelecidas e que de acordo com a natureza da cisão podem não ser novamente recompostas. O processo de captura pode se dar por diferentes meios, seja ele decorrente da hegemonia de um trabalho morto inscrito em tecnologias duras e leve-duras (Merhy, 2002), ou mesmo, pelas disputas dos diferentes núcleos de saberes específicos de cada profissional que hegemonizam práticas de cuidado.

Trabalho e Produção do Cuidado

Merhy (2002) propõe que o trabalho vivo, que se constrói no âmbito do trabalho real tido como atividade e que envolve criação e liberdade, constitua-se em práticas criadoras que se efetivem no espaço intercessor, constituindo-se em ações como acolhimento, vínculo e resolutividade, denominando-as de tecnologias leves, que devem estar cada vez mais se expandindo em detrimento da grande e média expansão já efetivada, respectivamente das tecnologias duras e leve duras. Propõe que todo processo de trabalho em saúde opera com base no “trabalho vivo em ato”, o que dá ao

trabalhador uma grande liberdade de agir, e ao seu trabalho uma potência instituinte. Isto, agregado a uma intencionalidade centrada na ética do cuidado é capaz de operar mudanças no modo de produzir o cuidado em saúde, abrindo processos de reestruturação produtiva.

Ao se deter na análise do trabalho em saúde, Merhy (2007) o refere como sendo constituído pelos encontros que se dão entre o trabalhador e o usuário criando um “espaço intercessor”, que também existe na relação trabalhador/trabalhador e trabalhador/organização do trabalho. Este espaço, aqui expresso como campo magnético (Rolnik, 2006), conforma forças desejantes e micro-poderes que se interrelacionam através de intencionalidades, subjetividades e agenciamentos que compõem os encontros que são, muitas vezes, conflituosos e que determinam a natureza das relações construídas no cotidiano de trabalho dos sujeitos.

A idéia de reestruturação produtiva é atribuída por Franco e Merhy (1999) como as novidades que surgem no interior dos sistemas produtivos que são capazes de causar impacto na conformação dos processos de trabalho em saúde, sendo construídas com base nas modificações no agir cotidiano dos sujeitos em atividade. O que perdura é a constatação de que existe uma “intencionalidade indicando o *modus operandi* que é singular de cada um. E o modo de agir [...] tem como um importante dispositivo os processos de subjetivação que afetam os sujeitos” no sentido de que neste mesmo sujeito são impressos valores e condutas que são compartilhados pelos demais sujeitos que compõem o processo.

Quando Merhy (2007) nos fala da caixa de ferramentas que o trabalhador detém para a execução de sua atividade, revela que o comando do trabalho vivo sobre o trabalho morto se faz, sobretudo, por meio da caixa de ferramentas que o trabalhador tem em posse, de forma que:

O trabalho vivo não pode em ato, no interior do processo de trabalho, libertar-se plenamente do trabalho morto, mas tem condições de comandá-lo se conseguir aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido e a abrir-se para os ruídos/analísadores presentes no seu cotidiano, com isso, e de posse de uma caixa de ferramentas que tenha o compromisso com o sujeito da ação, e em ação pode-se reinventar a lógica

do processo de trabalho, sua gestão, organização e finalidade, em ato, coletiva e publicamente (MERHY, 2007, p. 71).

Franco et al. (2006) afirma que há uma liberdade constitutiva do trabalho vivo em ato que está associada aos agenciamentos do desejo, sendo imanente à atividade de cada trabalhador, produzindo uma “dada realidade social” que se inscreve no mundo do trabalho. Assim, o trabalho vai conformando um determinado território existencial, no qual opera um “referencial ético-político” que os trabalhadores adotam como plano de consistência entre eles e a produção do cuidado.

O trabalhador da saúde no processo de trabalho que se desenvolve, no modelo assistencial hegemônico, baseado no conceito biologicista de corpo, é comumente destituído do protagonismo sobre o seu processo de trabalho, pois este é aprisionado em um território onde predominam os processos e produtos estruturados. As tecnologias duras inscritas nas máquinas e instrumentos, as tecnologias leve-duras que se expressam nos protocolos e normas. O trabalho em saúde exige grande coeficiente de criatividade, processos de trabalho menos estruturados, o uso das tecnologias leves como dispositivo de cuidado relacional, capaz de criar um campo entre trabalhador e usuário no momento do seu encontro, operando aí os fluxos de intensidades. O processo de trabalho no modelo hegemônico portanto, impõem um trabalho cárcere, opressor, que é capaz de amarrar por completo a liberdade expressa na sua subjetividade, mascarando a produção do desejo operante e não o anulando, uma vez que o desejo é constitutivo do ser.

Há o reconhecimento de que a própria desterritorialização do mundo do trabalho advinda de uma reestruturação produtiva traz consigo um reaquecimento do desejo do trabalhador, que cria mecanismos, estratégias individuais ou coletivas que o mantém em cenários de paixões alegres, o que aumenta sua potência de agir (Espinosa, apud Deleuze, 2006). Rolnik (2006, p. 89) acrescenta que com a intensificação da desterritorialização surge um aquecimento do desejo e as pessoas ficam mais expostas a encontros aleatórios, a afetar e serem afetados em direções diversas e com diferentes intensidades, o que se materializa em uma imensa potencialidade processual.

Conclusões.

O caso JR é a demonstração clara de que a idéia de corpo anátomo-clínico e a clínica do olhar, esta que se realiza com base na geografia dos órgãos é insuficiente para recuperar a saúde e a potência vital. Em um primeiro momento, logo após a sua alta

hospitalar, JR se viu com a subjetividade devastada pelo prognóstico pessimista e todo contexto desfavorável à vida.

O encontro entre ele e a gerente da Unidade de Saúde, no caso na condição de profissional do cuidado, cria uma reação positiva, ativada pelo desejo de viver, pela vontade em cuidar de si. Esta nova configuração de si mesmo diante do mundo é produzida com base nos afetamentos experimentados naquele encontro, e o trabalho realizado que esteve centrado na sua dimensão relacional, possibilitando o fluxo de afetos. Estes produziram no usuário o que descrevemos acima como “paixões alegres”, capazes de aumentar a potência de agir no mundo.

O CsO é a dimensão capaz de ativar as energias mais intensas para o cuidado de si, condição do usuário na sua recuperação. Ele fala pelas intensidades, pela linguagem dos afetos, e foi na sua cartografia que JR conseguiu se recompor e encontrar a potência autopoietica, de produção de vida em si mesmo.

Ao mesmo tempo em que os afetos podem produzir este efeito no sujeito, a intervenção sobre o corpo na sua dimensão estrutural e biológica, com o objetivo da sua recuperação deve ser considerada. O que concluímos é que o corpo deve ser entendido como uma multiplicidade, não é apenas anátomo-clínico, isto seria uma grande simplificação sobre a compreensão do corpo; e não é apenas CsO. É necessário reconhecer que o corpo é múltiplo na sua composição, não se prende a um conceito-captura, seja ele qual for. Há portanto os órgãos, com sua topografia e limites, um CsO o qual não encontra limites físicos pois funciona por fluxos de intensidades, e assim vaza todos limites, estando sempre no “entre” sujeitos, compondo o “campo de consistência”.

Não existe com base neste entendimento uma clínica que seja suficiente para o cuidado de um sujeito que sofre. Podemos então sugerir a idéia de “clínicas”, que juntas vão compor as ferramentas necessárias ao cuidado. Não é sem uma forte justificativa que se tem difundido muitas propostas para a idéia de Clínica, enquanto instrumental que lida com o cuidado. A Clínica Ampliada (Campos e Amaral, 2007; Cunha, 2005); Clínica Peripatética (Lancetti, 2006); Clínica do Desvio – Klinamen (Benevides e Passos, 2001), Clínica do CsO (Merhy, 2007) e a que sugerimos como a Clínica dos Afetos, são algumas das sugestões de um amplo mosaico de propostas que têm por objetivo não apenas a discussão, mas sobretudo uma práxis voltada para o cuidado em saúde. Pensamos assim que a clínica do olhar deve compor com a dos afetos operando

sobre as diversas dimensões do corpo e produzindo ao mesmo tempo a intervenção sobre os órgãos, e um processo intenso de subjetivação pelos afetos.

Referências

ARTAUD, A. Para acabar com o julgamento de Deus. ARTAUD, Antonin. Para acabar com o julgamento de Deus.

(<http://www.redutoliterario.hpg.ig.com.br/poesia/antoninartaud7.htm>, 07/2010).

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes**: teoria e prática. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BARROS, M. E. B. De amoladores de facas e cartógrafos: a atividade do cuidado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Cuidar do cuidado**: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: LAPPIS, 2008, p. 279-295.

BENEVIDES, R. e PASSO, E. *Psicologia Clínica*. 13(1):89-99, 2001.

CAMPOS, G.W.S. e AMARAL, M.A.do. *Ciência e Saúde Coletiva* vol.12 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2007.

CUNHA, G.T. *A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*. Hucitec, São Paulo, 2005.

DELEUZE, G. *Empirismo e Subjetividade: ensaio sobre a natureza humana segundo Hume*. São Paulo: 34, 2001.

- DELEUZE, G. **Espinosa**: filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002.
- DELEUZE, Gilles et GUATTARI, Félix. *Mil Platôs. Capitalismo e esquizofrenia*. Vol. 4. Trad. Suely Rolnik. São Paulo: 34, 1997, 170 p.
- DELEUZE, G. **Proust e os signos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 11. ed. São Paulo: Graal, 1993.
- FOUCAULT, M. O Nascimento da Clínica. Forense Universitária, São Paulo, 2003.
- FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.
- FRANCO, T. B. et al. **A produção subjetiva da Estratégia Saúde da Família**, in Franco, T.B. et AL (orgs.); A Produção Subjetiva do Cuidado: cartografias da Estratégia Saúde da Família. Hucitec, São Paulo, 2009 (170págs.).
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 37-54.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. **PSF**: contradições e novos desafios. Belo Horizonte/Campinas, março 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>>. Acesso em: 1 novembro 2005.
- FRANCO, T. B.; PERES, M. A.; FOSCHIEIRA, M. M. **Acolher Chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 2. ed. Petrópolis, 1986.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 2005.
- LANCETTI, A. Clínica Peripatética. Hucitec, São Paulo, 2006.
- MARIOTTI, H. **Autopoiese, cultura e sociedade**. [s.d.]. Disponível em: <http://www.geocities.com/pluriversu/autopoies.html>>. Acesso em: 20 agosto 2008.
- MATURANA, H. R. **Da biologia à psicologia**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 71-112.

MERHY, E. E. *et. al.* Perspectiva da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-444, abr/jun. 2004.

MERHY, E. E. Nas Instituições, ninguém é impotente: prefácio. In: LIMA, R. C. D. **Enfermeira**: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. Vitória: EDUFES, 2001, p. 13-15.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do Trabalho vivo em ato. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. (<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf>), acesso em agosto de 2010.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Rio Grande do Sul: Sulina, 2006.