



ANTES SÓ, AGORA ACOMPANHADO: REFLEXÕES SOBRE O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO EM UM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

Patrícia Chaves do Nascimento¹

Aline Aguiar Mendes²

RESUMO: O presente artigo tem como objetivo principal refletir sobre a experiência da clínica do Acompanhamento Terapêutico com pacientes psicóticos em um Serviço Residencial Terapêutico evidenciando o processo de reabilitação psicossocial oportunizado por essa clínica. Os recursos metodológicos utilizados na pesquisa que subsidia as elaborações sistematizadas neste artigo foram o relato de experiência e uma pesquisa teórica. Utilizamos os mesmos para problematizar os desafios e possibilidades da clínica do Acompanhamento Terapêutico enquanto um dispositivo clínico e político de desinstitucionalização da loucura e de sua reabilitação psicossocial. Como resultados deste estudo, apresentamos as potencialidades do Acompanhamento Terapêutico no processo de reabilitação psicossocial de pacientes psicóticos em um Serviço Residencial Terapêutico a partir do relato de experiência descrito. E destacamos a efetividade da clínica do Acompanhamento Terapêutico como uma clínica de efeitos e afetamentos.

PALAVRAS-CHAVE: Acompanhamento Terapêutico; Psicose; Reabilitação Psicossocial; Serviço Residencial Terapêutico.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta algumas reflexões provenientes de um relato de experiência sobre a clínica do Acompanhamento Terapêutico (At) com sujeitos psicóticos. Realizada em um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) em implantação na rede de Saúde Mental do município de Santa Luzia- MG, essa experiência teve duração de dois anos e meio e ocorreu a partir de uma parceria entre a PUC- Minas e a prefeitura da cidade de Santa Luzia-MG, através do projeto de extensão “*Tecendo a Rede: uma proposta de formação no campo da saúde mental a partir da articulação entre universidade, serviço e comunidade*”. Este projeto de extensão teve como objetivo principal possibilitar a melhoria da formação de estudantes e profissionais em Saúde Mental para o trabalho em rede. O presente estudo tem como objetivo principal, portanto, refletir sobre a experiência da clínica do Acompanhamento Terapêutico com pacientes psicóticos em um Serviço Residencial Terapêutico. Para nos auxiliar nessa tarefa optamos pelas metodologias do relato de experiência e da pesquisa bibliográfica. O relato de experiência que apresentamos se caracteriza como um texto elaborado a partir de um recorte clínico e psicossocial, com passagens escolhidas e privilegiadas em determinado momento que exporá o caso em questão como um produto extraído a partir de sua história, intervenções, condução e tratamento. Para a elaboração do relato de experiência apresentado neste artigo, foram con-

¹ Mestre em Psicologia pela PUC Minas, professora da Faculdade Pitágoras. patriciachaves.psico@gmail.com

² Doutora em Psicologia, professora da PUC Minas e coordenadora do Projeto Tecendo a Rede. alineaguiarmendes@yahoo.com.br



sultadas notas de um caderno de campo produzido ao longo dos At's, conversas e reuniões para discussão de caso clínico com as equipes do CAPS e da SRT e leituras do prontuário do morador com o qual desenvolvemos os At's e intervenções que subsidiam este relato. Os textos selecionados na pesquisa bibliográfica foram utilizados nas elaborações clínicas que perpassam o relato de experiência e nas discussões e conclusões acerca do mesmo.

No SRT da rede de Saúde Mental de Santa Luzia, o/a acompanhante terapêutico (AT)³, se inseria como um dos membros participante de uma equipe multidisciplinar de atendimento aos moradores das Residências Terapêuticas (RT) formada não só pelos técnicos dessa equipe como também pelos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O CAPS pode ser caracterizado como um serviço substitutivo nessa rede de interação e acompanhamento das RT's, que possui a função de apoio nos momentos de urgência e crises dos moradores, além de também oferecer atendimentos psicológicos e psiquiátricos regulares. Neste panorama acerca dos serviços, cabe ainda destacar que os SRT's cumprem papel de destaque na execução dos objetivos de reinserção psicossocial da Reforma Psiquiátrica Brasileira em curso⁴, como serviços que atuam de maneira singular e diferenciada do modelo de atendimento ambulatorial dos demais serviços substitutivos, conforme explicaremos posteriormente neste estudo.

Caracterizado como um atendimento clínico diferente do produzido em consultório, o At se efetiva como uma clínica singular, através de uma prática exercida primordialmente na circulação pelos diversos espaços da cidade. Esta prática clínica possibilita uma escuta diferenciada do paciente e traz informações importantes à equipe na condução dos casos dentro dos serviços substitutivos da rede de Saúde Mental.

2 A CLÍNICA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL

Como já mencionado, o At é um atendimento clínico que se difere do atendimento clínico que tradicionalmente conhecemos – “*Standard*” e produzido no consultório. Nos serviços substitutivos, tais como os CAPS, a clínica do At, para as equipes, assume um papel im-

³ AT: acompanhante terapêutico – nomenclatura utilizada para designar o profissional e que se difere da sigla At – Acompanhamento Terapêutico que designa o atendimento clínico.

⁴ Ao afirmarmos que a Reforma Psiquiátrica é um processo em curso no Brasil, gostaríamos de salientar que esta não está pronta e acabada, mas sim que é um processo a ser reafirmado e reconquistado diariamente no cotidiano dos usuários e profissionais envolvidos com a Saúde Mental.

portante, e se configura como uma prática extensiva aos diversos lugares internos ou externos à instituição (VILELA; SILVA; OLIVEIRA, 2010).

Na atualidade o At tem sido muito requisitado nos serviços de Saúde Mental e tem se estabelecido como uma prática clínica que contribui para a reinserção psicossocial dos usuários destes serviços, uma vez que o/a AT é um/a profissional a mais na equipe que trabalha com a possibilidade de o sujeito psicótico estabelecer laço na sociedade (RIBEIRO, 2002; VILELA; SILVA; OLIVEIRA, 2010).

2.1 Uma clínica a “céu aberto”: o AT como um dispositivo clínico-político articulador da desinstitucionalização da loucura e de sua reabilitação psicossocial

Ao refletirmos sobre os movimentos da clínica do At, gostaríamos de destacar que esta se constitui como um importante dispositivo clínico-político no contexto da reforma psiquiátrica em curso no Brasil, que possui a função de articulação entre a desinstitucionalização⁵ da loucura e sua reabilitação psicossocial⁶. Esta reflexão nos traz o entendimento do At não como uma técnica, mas como um dispositivo, uma ética e prática clínica comprometida com a produção de diferentes modos de existência, que se caracteriza primordialmente como uma clínica dos efeitos e não das causas.

Nesta perspectiva, ao problematizarmos a clínica do At enquanto articuladora da desinstitucionalização da loucura e sua reabilitação psicossocial, convém considerarmos, que a desinstitucionalização possui a “função de restituição da subjetividade do indivíduo na sua relação com a instituição, que possibilita a recuperação da contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social” (SARACENO, 2001, p. 133). Enquanto que a reabilitação psicossocial rompe com todas as concepções anteriores pelo fato de romper com aplicações de técnicas que buscam a adaptação do sujeito à realidade e às normas sociais produzidas pelos setores hegemônicos da sociedade (SARACENO, 1996).

Ou seja, ao articular esses dois conceitos a clínica do At possibilita a produção de diferentes modos de existência, uma vez que busca a restituição da subjetividade do indivíduo e a

⁵ Desinstitucionalização: desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricas que sustentam a loucura reduzida ao signo da doença mental e reforçam a instituição hospitalar como a principal referência da atenção à saúde mental (AMARANTE, 1994, p.41).

⁶ Reabilitação Psicossocial: “Para a OMS (Organização Mundial de Saúde), seria o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários. É uma atitude estratégica, uma vontade de política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados” (PITTA, 1996, p.21).

recuperação de sua contratualidade e cidadania social, sem, no entanto, buscar enquadrar ou adaptar este sujeito a todo custo às regras e normas sociais. Ao considerarmos os diferentes modos de existência dos sujeitos psicóticos e a história da loucura em nossa sociedade, marcada pela segregação dos mesmos pelos que se consideravam “normais”, o At se destaca como uma nova possibilidade de compreensão desses sujeitos. Sujeitos que ao serem rotulados como loucos, são muitas vezes “varridos” das ruas e trancados em asilos.

É justamente contra posturas como estas, adotadas em relação aos ditos “loucos varridos” que a clínica do At se apresenta como um dispositivo de reinserção e de tratamento realizada através da constituição de um *setting* ampliado, a partir das necessidades desses sujeitos e que tem a rua, a pólis como seu principal cenário. Ou seja, temos uma clínica a céu aberto,

[...] uma clínica que se faz a céu aberto, aberta aos múltiplos territórios que se inter cruzam na cidade, a experiência suscitada pelo Acompanhamento Terapêutico desvela a possibilidade de operar a clínica nesse registro em que a guerra, a conflitualidade, o imprevisto tem lugar. (PALOMBINI, 2006, p.124)

Portanto, ao circular pela cidade, o/a AT, assume a dupla função clínica e política, destacada por Palombini (2006) ao afirmar que não existe clínica que não seja ao mesmo tempo política. Pois ao executar sua prática pautado/a pela ética do At, este/a profissional efetua a substituição do asilo que isola por processos e estruturas de inclusão e acolhimento⁷ do sujeito psicótico na sociedade e na convivência com seus semelhantes. O que consequentemente proporciona impactos políticos e ideológicos, incômodos e novos “acomodamentos” sociais não só para os “ex”- excluídos, como também para os demais atores sociais que se tornam, assim impelidos a lidarem com a inclusão destes sujeitos, quer seja pela via da aceitação ou da rejeição.

Mas, gostaríamos de salientar que operar dentro da lógica antimanicomial e efetivar a desinstitucionalização dos sujeitos “ditos loucos” pela clínica do At, não é na maioria dos casos, uma tarefa fácil. Visto que temos uma forte influência em nosso cotidiano e práticas de uma herança ideológica de preconceitos em relação à loucura compreendida ao longo dos anos da história a partir de um olhar de anormalidade, exclusão e amoral. Portanto, a clínica do At pode se configurar como uma clínica de desinstitucionalização efetiva e promotora de reinser-

⁷ acolhimento: “ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS” (BRASIL, 2009, p. 22).

ção psicossocial ou, pode ainda, de acordo com a institucionalização que opera em seus/suas profissionais se desvirtuar de seus objetivos.

Ademais, compreendemos ainda a necessidade conforme salientam Amorim e Dimenstein (2009) de refletirmos a respeito dos regimes de poder em jogo na cidade, sem deixar de nos atentar para os movimentos da vida contemporânea que operam em nossos modos de subjetivação no cotidiano. Ou seja, pensar a loucura na cidade e o manicômio em nós e por quais vias devemos resistir. Não perdendo de vista, ainda, questionamentos como os de Palombini (2006):

[...] quando a reforma psiquiátrica propõe-se a livrar os loucos do internamento, instituindo uma rede substitutiva de serviços, o que acontece com as relações de poder estabelecidas nesse campo? A passagem do espaço fechado do hospital para o território aberto da cidade seria suficiente para subverter a relação de poder instituída entre médico e paciente, que se encontra na origem do manicômio? (PALOMBINI, 2006, p. 122).

Diante dessa problemática da transição do internamento para o território, os SRT's se apresentam como um desses modos de resistência aos manicômios e asilos.

2.2 Acompanhamento Terapêutico em um Serviço Residencial Terapêutico: Considerações sobre o habitar

De acordo com Delgado (2006), “como 'ordenador' da demanda e da rede de atenção psicossocial em seu território, compete ao CAPS apoiar e supervisionar o trabalho nas residências, preservada a autonomia destas e ressaltada sua característica de moradia, casa, lar, e não especificamente espaço terapêutico” (DELGADO, 2006, p. 27). A partir desta citação, destacamos conforme explicitado na Linha Guia de Atenção em Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2006), que os SRT's não são espaços terapêuticos, instituições, propriamente serviços de saúde, clínicas ou locais de exclusão e/ou contenção, mas sim, locais que aspiram serem casas.

São casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves institucionalizadas ou não. São Moradias “Protegidas”, visto que seus habitantes necessitam de “proteção”, “proteção” não como tutela, mas como suporte indispensável para a lenta construção de autonomia. (MINAS GERAIS, 2006, p. 79)

No entanto, tal concepção se mostra de difícil assimilação para algumas pessoas de nossa sociedade e mesmo entre os profissionais da rede de saúde. Dificuldade que se origina

muitas vezes na falta de informação à sociedade e/ou formação por parte dos profissionais de saúde em relação aos objetivos, ideais e trabalho realizado nos SRT's e ainda pela intensa articulação entre essas moradias e os demais serviços de saúde, sobretudo os CAPS. Essa articulação, embora importantíssima e fundamental, entre os SRT's e os demais serviços de saúde, aliada ao mesmo pertencimento institucional das moradias enquanto em parte subsidiadas por recursos municipais e federais, tanto em termos financeiros, quanto em termos de manutenção do quadro de funcionários, faz com que os SRT's sejam confundidos com os serviços de saúde. Serviços estes, que têm como lógica central a terapêutica, as consultas e o tratamento, diferentemente dos SRT's que têm como lógica central o habitar, a reconstrução da autonomia e a reinserção psicossocial.

Outro fator que justifica essa dificuldade é a herança deixada pela lógica asilar, marcada por longos anos de internação e enclausuramento da loucura, da velhice e do “anormal” em nossa sociedade, e que ainda hoje encontra instituições praticantes e apoiadoras dessa lógica. Assim, por algumas vezes nos anos da pesquisa que subsidia as elaborações deste trabalho nos deparamos com falas de profissionais de outros serviços da rede de Saúde Mental, se referindo aos moradores das residências como institucionalizados, corroborando assim com a ideia equivocada que possuem em relação ao SRT enquanto uma instituição de cuidados terapêuticos, tal como nos serviços de saúde.

Destacamos que essa lógica do SRT enquanto um serviço de saúde se encontra, em alguns momentos, presente também entre os moradores das RTs, sendo este um dos principais problemas que afetavam a co-construção de autonomia desses sujeitos e um dos desafios constantes dos profissionais que atuam nas residências, dentre eles o/a AT. Ou seja, torna-se fundamental que estes/estas profissionais auxiliem os moradores para que se apropriem autonomamente destas casas como seus lares e não como serviços de saúde assim como os asilos e hospitais nos quais se encontravam antes internados, tutelados e excluídos.

Assim, a Linha Guia de Atenção à Saúde Mental (2006), coloca como um dos desafios dos SRT's, fazer com que um grupo de pessoas que se encontravam aleatoriamente reunidas em uma instituição isolada de todo contato social, vivam juntas, e juntas recriem um lar, habitando a cidade (MINAS GERAIS, 2006). Partindo desse e de outros desafios a Política Nacional de Saúde Mental de 2009, descreve o perfil dos moradores dos SRT como sendo constituído por: portadores de transtornos mentais graves institucionalizados ou não com necessidade de moradia, egressos de internação psiquiátrica de longa permanência que não possuam suporte social e/ou laços familiares ou ainda moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos acompanhados nos CAPS (BRASIL, 2009).

Ressaltamos ainda os casos não previstos nessa Lei, nos quais, os pacientes egressos de longas internações não podem provisoriamente permanecer com suas famílias, embora ainda mantenham algum tipo de vínculo com seus familiares.

É nesse emaranhado de situações e perfis diferenciados de moradores, que o/a AT dentro de um SRT, encontra o desafio de se posicionar como um/a profissional que auxilie os moradores e o Serviço. Atuando como um dos membros de um suporte profissional sensível não só às demandas coletivas, mas também às demandas e necessidades de cada um dos moradores, conforme também estabelece a Política Nacional de Saúde Mental de 2009.

Assim, as casas devem contar com uma equipe interdisciplinar, sensível às demandas e necessidades de cada morador que se organize a partir de um projeto terapêutico próprio. Um projeto que considere a singularidade de cada um dos moradores e não apenas ações baseadas no coletivo, centrado nas necessidades dos usuários e que tenha por objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial (MINAS GERAIS, 2006).

Dentro desses princípios da reabilitação psicossocial importa antes promover ações que proporcionem aos moradores não apenas “estarem” nas RTs, mas “habitarem” as mesmas, conforme salienta Saraceno (2001), visto que há uma importante distinção entre o “estar” e o “habitar”.

Quando simplesmente “está” num espaço qualquer, o indivíduo não se apropria dele, não tem qualquer poder de decisão, não lhe imprime a marca singular de seu ritmo e de seus gostos. Nas instituições totais, como os hospitais psiquiátricos e as prisões, todas as atividades da vida diária se fazem junto a um enorme grupo de pessoas, tratadas do mesmo modo e obrigadas a fazer as mesmas coisas, seguindo um ritmo pré-estabelecido. Diferentemente, ao habitar verdadeiramente uma casa, transformamos o espaço em lugar, retirando-o do anonimato e da impessoalidade institucionais. (MINAS GERAIS, 2006, p. 81)

É a partir dessa lógica do habitar e não simplesmente do estar que os AT's devem ser executados dentro dos SRT's. Uma lógica que considera e busca a autonomia dos sujeitos e que não simplesmente os acompanha de maneira apática ou até mesmo tutelar.

3 O RELATO⁸ DE EXPERIÊNCIA DO CASO FERNANDO

“Boa tarde! Hoje eu tô bem... tô bem!” (sic.). Era quase sempre assim que eu era recebida todas as tardes quando chegava a meu estágio na RT da rede de Saúde Mental de Santa

Luzia, mesmo antes de realizar qualquer pergunta ao meu fiel receptor do portão que já ia abrindo-o muitas vezes com um sorriso.

A cena que acabei de descrever mostra uma pequena parcela da rotina diária de Fernando durante o período dos acompanhamentos aqui descritos. Na época com 33 anos, solteiro, um dos gêmeos de uma família de oito irmãos e que desde muito cedo teve que aprender a lidar com “um trem que lhe dava na cabeça” (sic.), e que o deixava “*zoadado, perdido*” (sic.), e que muito de nós da área “psi” nomearemos de Esquizofrenia Paranóide⁹ para sermos ainda mais específicos em nosso diagnóstico. Mas que para Fernando é um “trem”, um “zoadado”, algo que lhe deixa perdido.

E o que fazemos quando estamos perdidos? A resposta é certa procuramos saídas e a saída encontrada por Fernando para suportar seu “trem” foi justamente se drogar, ou como diria ele:

Já usei bereu, tiner, chá de Lírio, cocaína, maconha, raxiche, cola de sapateiro, já cheirei e usei essas porcarias todas. Um dia quando morava na rua e dormia na frente de um bar tava com muita fome, aí apareceu um cara e ofereceu um chá pra mim tomar. Tava quente e com leite condensado e eu tomei muito mesmo, depois o bar fechou e eu fiquei sozinho... eu via o asfalto e as árvores se dobrando vindo pra cima de mim, pensei que eu ia morrer. (sic.).

E quase sempre quando voltava a me conta essa história em nossas andanças ao longo dos At's nas proximidades da Residência Terapêutica, dizia ainda:

Já sofri muito, se não fossem vocês da Residência eu já estaria morto na rua, ou no asilo onde eu morava antes de vir pra cá. Pois lá eu apanhava, o dono queria fazer “as coisas” comigo. Agente comia só chuchu igual lavagem, nó! Credo! E não era só eu não, ele batia num monte de gente lá e ainda dava bebida pra gente. Teve um dia no Natal que eu fiquei “doidim doidim” de misturar Haldol¹⁰ com cachaça que ele deu pra gente”. (sic.).

Apesar de sua enorme família, Fernando acabou por perder, por algum tempo, o apoio e o convívio familiar devido ao uso de drogas e suas intermináveis andanças e surtos. O que fez com que se tornasse morador de rua e posteriormente por interferência de amigos acabou por ser internado em um asilo da cidade. Dentro dessa dinâmica familiar cabe ressaltar que sua mãe em todas as conversas com a equipe da RT se mostrava inicialmente, sempre muito

⁹ F20.0 - CID-10 (Classificação Internacional das Doenças- 10ª Edição). Tipo de Esquizofrenia mais comum em muitas partes do mundo. O quadro clínico é dominado por delírios relativamente estáveis, com frequências paranóides, usualmente acompanhados por alucinações, particularmente de variedade auditiva, e perturbações da percepção. Perturbações do afeto, volição e discurso e sintomas catatônicos não são proeminentes. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993, p.88)

¹⁰ Medicação antipsicótica utilizada no tratamento sintomático de pacientes psicóticos.

resistente aos contatos com Fernando. Afirmava não poder visitá-lo com maior frequência ou levá-lo à casa da família devido às más condições financeiras e aos inúmeros cuidados que tinha que empreender em relação ao irmão gêmeo de Fernando, que é também psicótico, ex-usuário de drogas e que em decorrência de um atropelamento teria ficado paraplégico.

O pai de Fernando, segundo relatos da mãe na época, é muito nervoso e ausente, visto que nunca compareceu à nenhuma das reuniões da equipe da Residência ou mesmo para visitar Fernando. E de acordo com os relatos de Fernando nos Ats, é um homem que quase não conversa e vive isolado na roça onde trabalha todos os dias de sol a sol. *“Quando eu chego em casa pra visitar minha família, meu pai sempre sai. Ele não fala nada, não conversa comigo. Ele sai e fica lá... o tempo todo na roça”* (sic.).

A relação de Fernando com a mãe na época era muito controversa uma vez que esta se mostrava amorosa em suas visitas a ele na RT, porém, muito resistente e algumas vezes até indiferente aos apelos que no início do processo de implantação da Residência Fernando fazia de voltar para a casa de sua família ou mesmo visitá-la em épocas festivas. E foi infelizmente graças a esse contexto que vim a conhecê-lo. Morando na época em uma das RT's do SRT da cidade de Santa Luzia, Fernando foi encaminhado ao serviço juntamente com mais 26 pessoas por ordem judicial em janeiro de 2010, devido à denúncia de maus tratos e de asilamento de pessoas com transtorno mental e idosos dentro de uma mesma instituição e o que é pior em condições sub-humanas. Desde então, passei a lhe acompanhar quase que diariamente em decorrência das atividades que desenvolvia na RT.

A montagem de uma casa, de um lar, não é uma tarefa muito fácil para a maioria das pessoas. Pensando por exemplo num casamento, ou mesmo numa república de estudantes que por algum motivo em comum, algum ideal, se dispõem a morar juntos. Certamente se perguntarmos a estes sobre esse viver em comum, em uma mesma casa, sobre este compartilhar, provavelmente a maioria, se não todos falarão de inúmeras dificuldades. De maneira semelhante, o viver em uma RT não é sempre uma tarefa fácil. Principalmente, quando consideramos a diversidade de singularidades desses moradores, aliadas inclusive a seus sintomas, seus diferentes modos de existência, de serem sujeitos e que às vezes entram em conflitos entre si.

Mas nenhum momento em minha opinião foi mais caótico e mais revelador da profundidade dessa dificuldade de lidar com essa montagem de uma RT, como na primeira vez em que vi Fernando. Nunca mais vou me esquecer dos sentimentos que experienciei, do mal cheiro, da sensação do desconhecido, mas também de que estava contribuindo para algo que de alguma forma poderia favorecer para que aquelas pessoas criassem um novo sentido, uma

nova saída em suas vidas. Faço referência a esta sensação, pois me lembro de que foi ela que marcou meu primeiro encontro com Fernando. Passarei agora a descrevê-lo:

Ao chegarem à casa, Fernando e seus companheiros de asilo, estavam malvestidos, fétidos, sem intervenção medicamentosa adequada, mas acima de tudo estavam famintos. E a equipe de profissionais que se encontrava na RT decidiu obviamente por primeiro alimentá-los para depois tomar as demais providências. Como estávamos em um mutirão constituído por diversos profissionais da rede de Saúde Mental, onde todos ajudavam da melhor maneira que podiam, com as tarefas que surgiam, me prontifiquei juntamente com um dos supervisores da RT na época, a ajudar na organização de um café para servi-los.

Enquanto estava próxima a uma das funcionárias que coava um pouco de café fui surpreendida com a seguinte pergunta: *“Moça, moça... aqui a gente vai poder tomar café?”* (sic.) respondi com as seguintes palavras sem saber ainda o nome de quem me perguntava: *“Sim, vai sim, mas só se você quiser”*. Então ele me respondeu: *“Eu quero... eu quero...”* (sic.).

E foi a primeira vez que vi Fernando me contar que no asilo onde moravam antes ele e os companheiros passavam muita fome, comiam mal e não podiam escolher o que iriam comer. E também foi esta a primeira vez em que vi um daqueles ex-asilados ter o direito de escolher o que queria comer depois de muito tempo, ainda que dentro de uma possibilidade um pouco limitada pelo contexto daquele momento. Foi a primeira das muitas vezes em que os vi sair de uma posição de objetos, de uma condição de assujeitamento para uma posição de possibilidade, de sujeito de escolha.

Logo depois daquele momento, Fernando – possivelmente em virtude do ambiente inevitavelmente tumultuado e mesmo em função da falta de medicação que não havia sido administrada a ele naquele dia - entrou numa crise psicótica. Recordo-me que naquele momento o manejo verbal com Fernando foi impossível. Ele gritava, dizia ver monstros na janela, e argumentava que o dono do asilo estava na janela para lhe pegar, e logo começou a se debater muito. Assim, diante da impossibilidade do manejo verbal, a equipe técnica presente optou pela intervenção medicamentosa para proporcionar certo apaziguamento em seu sofrer. Intervenção que foi realizada com muita resistência por parte de Fernando.

Ao descrever essa cena penso na importância dos At's para o tratamento e reabilitação psicossocial de Fernando. Ao comparar esse momento inicial em que o manejo verbal foi impossível me recordo de outro momento de crise vivenciado por Fernando na RT, quando os At's já haviam sido iniciados. Essa crise aconteceu em uma das manhãs em que me encontrava na casa, me lembro que estávamos eu, uma das técnicas de enfermagem que fazia parte da

equipe da RT e mais dois moradores conversando enquanto um desses moradores apanhava roupas no varal. Foi exatamente nesse momento, que Fernando aproximou-se de nós e olhando para o muro (acredito que pensando em saltá-lo para fugir), disse-me que tinha que sair da RT, pois, estava com uma sensação estranha, e que tinha alguém contando para ele que havia alguma coisa de errado. Percebe-se aqui um primeiro pedido de socorro de Fernando dirigido à AT, no momento em que a eminência de uma possível crise psicótica se anunciava. Diferentemente da primeira crise na RT em que ele só conseguia gritar, e se pendura nas janelas andando de um lado para outro sem parar para escutar algum dos técnicos presentes.

Perguntei-lhe o que este alguém estava contando para ele? E ele me respondeu, que iria morrer, que sabia que seu irmão estava morto e que ele também ia morrer. Perguntei-lhe: “como assim seu irmão está morto e você vai morrer? Mas porque isso vai acontecer?” (sic.). Ele respondeu-me: *“é porque somos gêmeos e tudo o que acontece com um vai acontecer com o outro, e se meu irmão vai morrer eu também vou”* (sic.). Fiz uma intervenção respondendo-lhe: “isso significa que se você ficar bem seu irmão também vai ficar.” (sic.)

Depois da intervenção acima mencionada, Fernando me olhou atentamente e ficou calmo por uns instantes, logo depois falou: *“quero tomar um banho frio, você me ajuda? Quando vêm esses negócios na minha cabeça eu tomo banho frio”* (sic.). É possível identificar novamente um pedido de ajuda de Fernando direcionado à AT. Em seguida ao se dirigir para o interior da RT, buscou o banheiro para um banho, e começou novamente a repetir *“Eu vou morrer, eu vou morrer”* (sic.), depois correu e tentou se pendurar nas grades do portão da frente da casa. Em momentos como esse nos quais a segurança desse morador ou/e a dos demais da RT se tornava comprometida em função da crise era solicitado o auxílio da equipe do CAPS para ajudar na abordagem desse morador e lhe conduzir até o acolhimento de urgência. E foi justamente isso que foi articulado entre os serviços da rede naquele momento.

A novidade neste evento foi que naquele momento ao informarmos a Fernando que havíamos acionado a ajuda do CAPS ele concordou e me solicitou que o acompanhasse. Ao lhe informar que iria com ele, o mesmo me olhou e disse: *“Eu vou ficar bom né? Vou ficar bom...”* (sic.). Durante toda a intervenção da equipe permaneci junto a Fernando e o mais interessante ocorreu no momento da medicação. Diferente de outros momentos nos quais Fernando se debatia para ser medicado, neste dia ao lhe informa que seria preciso medicá-lo, ele me solicitou que ficasse perto dele e disse que iria deixar que lhe aplicassem a injeção. Ao compararmos os dois momentos de crise relatados podemos identificar a diferença entre os mesmos, o que se justifica fundamentalmente pela relação estabelecida entre Fernando e a

AT. O que fez com que ele me colocasse num lugar de ponto de apoio em seu momento de crise.

Retomando um pouco os At's, cronologicamente, os acompanhamentos de Fernando, se iniciaram pouco tempo depois de sua chegada à RT. Num primeiro momento, foi trabalhado progressivamente, sua circulação em ambientes fechados com maior número de pessoas. Visto que segundo relatos da família (após acompanhá-lo a uma unidade bancária) e de outros profissionais da RT que o haviam acompanhado até um Centro de Saúde (CS) para um atendimento de rotina, Fernando se tornava agitado, chegando mesmo a fugir nesse tipo de ambiente “fechado”. Essa agitação era mais intensa em serviços de saúde, já que além desse episódio do CS, ocorreram outros dentro do Centro Odontológico e da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da rede de saúde da cidade.

Começamos inicialmente indo à padaria próxima à Residência para fazer lanches e comprar pão para a casa. Este local na parte da tarde era frequentado por um número relativamente pequeno de pessoas e possui uma porta de entrada bem grande e larga, não se caracterizando, assim, visualmente como um local muito fechado. Nesses At's, Fernando que inicialmente tinha receio de fazer seu pedido, foi começando a pedir para a atendente: *“quero o mesmo que o dela”*(sic.), se referindo ao meu pedido.

Ao identificar seu movimento de sempre pedir o que eu pedia, ou me solicitar que pedisse por ele, realizei uma intervenção, lhe dizendo que ele podia pedir o que quisesse, e que daquele momento em diante seria ele quem escolheria primeiro. Num primeiro momento, Fernando resistiu me solicitando que escolhesse por ele, mas diante de minha negação, suas escolhas foram se tornando mais comuns em nossos lanches.

Durante os Ats é importante que o/a AT pense em estratégias que possibilitem ao psicótico, possibilidades de escolha, de tomada da palavra nos diversos circuitos e relacionamentos sociais. Ou seja, para que ocorra um desenvolvimento do trabalho com o sujeito psicótico, é necessário que a equipe envolvida com o caso dentre eles o/a AT, proporcione a este sujeito, condições de se posicionar e se compreender como membro ativo e participante deste trabalho, favorecendo sua autonomização, a partir de um trabalho articulado em rede. Refletindo, no entanto, que, num trabalho em rede se torna importante considerarmos que a rede, por si só, não cura ninguém, não produz nada.

A rede é, na verdade, uma possibilidade de circulação e a grande questão é como a equipe se utiliza dela: se para criar a parceria com o paciente, se para dar lugar e voz a ele ou se, simplesmente, para fazer o seu percurso (VIGANÓ, 2000). Rede que pode ser formada não apenas pelos diferentes serviços de saúde, mas também pelas diversas redes sociais do

paciente: escola, família, amigos, vizinhos, locais frequentados pelos pacientes, tais como a lanchonete próxima à RT de Fernando.

Assim, uma palavra é reclamada ao paciente em termos de sua demanda de tratamento; por menos articulada que essa seja, ele deve tomar decisões relativas ao seu plano de tratamento e seu projeto de vida. Marcar sua participação no contrato terapêutico é fundamental para o desenvolvimento do trabalho. O tratamento supõe a implicação do paciente como membro ativo da equipe de cuidado e sua progressiva autonomização em relação a esta. (RIBEIRO, 2002, p. 84).

Estas ideias se complementam com o que nos afirmam Campos e Campos (2006), segundo os quais, devemos transformar nossa ação em práxis – fazer no qual os outros são visados como seres autônomos, uma atividade consciente, não sendo baseado na aplicação de um saber preliminar.

O próximo passo nos Acompanhamentos de Fernando consistiu em o levar a ambientes um pouco mais fechados. E assim, iniciamos essa fase dos At's após uma reunião de divisão de tarefas da Residência entre os moradores e a equipe, na qual foram pactuadas com os mesmos essa divisão, e Fernando ficou com a incumbência de ajudar com as compras para a casa. Assim, passamos a levá-lo para ajudar nas compras de alimentos da casa em um Supermercado de médio porte da cidade.

Realizar essas compras representava um duplo desafio para Fernando, pois além da permanência no interior do supermercado, também era necessário que ele pegasse um ônibus para locomover-se até lá, visto que esse supermercado era um pouco mais distante da casa, o que implicava em sua permanência em dois ambientes fechados. Nas primeiras circulações deste tipo nos At's, Fernando, se mostrava muito ansioso, perguntava o tempo todo em qual ponto iríamos descer e me pedia que não o esquecesse e afirmava sempre que não saberia andar de ônibus se estivesse sozinho. Foi interessante notar que ao longo dos acompanhamentos, esse temor foi minimizado, e chegou a desaparecer.

Num dos At's ocorreu um evento, que mostra esse processo de Fernando. No ponto de ônibus quando voltávamos para a casa, Fernando me disse que queria comprar um picolé, compramos então dois picolés e imediatamente pegamos o ônibus que chegou ao ponto. Após sentar no banco do ônibus ao lado de Fernando, me distrai chupando o picolé numa espécie de contemplação típica das crianças quando delicias suas guloseimas. Só fui sair de meu quase “transe” quando de repente Fernando levantou deu o sinal, solicitou a parada do ônibus e se virando para mim, disse: *“Vamos... já está no nosso ponto”* (sic.). Confesso que aquele foi um dos momentos mais gratificantes que vivenciei em minha experiência como AT. Afinal, não era ele, Fernando, quem me dizia que não saberia andar de ônibus se não fosse comigo?

É maravilhoso presenciar eventos como esses presentes nessa clínica do inesperado, que é a clínica do At. Ou como diz Viganó (2010), em um de seus textos sobre o trabalho em rede com pacientes psicóticos, para este, o trabalho com pacientes psicóticos exige dos profissionais uma postura de abertura ao novo, ao inesperado que essa rede pode trazer. Um trabalho que requer implicação por parte dos profissionais, e que deve criar algum ponto que sirva de alavanca para que o sujeito possa criar e dar espaço para suas próprias invenções. Assim, foi marcante identificar nos acompanhamentos de Fernando, situações como esta, oportunizadas pela clínica do At, que proporcionaram a este sujeito espaços para suas próprias invenções e saídas diante do novo, do inesperado.

Ao final dos At's que subsidiaram este estudo, o quadro clínico de Fernando se encontrava estabilizado. Este, ainda morava no SRT de Santa Luzia, mas visitava com regularidade a família ou recebia visitas da mesma. Era um dos moradores mais ativos e contributivos com a dinâmica da casa, e já conseguia inclusive circular sozinho pela cidade, ir a laboratórios de coletas, instituições de saúde e locais que antes não conseguia frequentar. O último avanço conquistado por Fernando durante os acompanhamentos e que mostra de maneira singular a importância do At realizado com este, aconteceu em uma visita ao CAPS, para uma consulta de rotina, na qual este foi por iniciativa própria, ao serviço desacompanhado de sua AT. O que demonstra uma conquista deste sujeito em termos de sua e reabilitação psicossocial, autonomia e desinstitucionalização - constatação que aparece nas falas de Fernando à AT: *“a RT é a minha casa”* (sic.).

Assim, constatamos uma importante contribuição da clínica do At para a reabilitação psicossocial de Fernando. Uma vez que a partir desta clínica foi possível articular junto ao sujeito e à equipe, intervenções que o possibilitassem novas saídas e o fizesse emergir como sujeito diferenciado de sua AT. O que contribuiu significativamente para que Fernando conseguisse se posicionar como um sujeito autônomo junto à equipe do CAPS e nos At's, em diversos momentos de seu tratamento, estabelecendo vínculos no social.

A partir dos At's de Fernando foi possível, inúmeras vezes, nos depararmos com o inesperado da clínica do At e do trabalho em rede, salientado por Viganó (2010), um inesperado que nos direciona para a importância de situações oportunizadas pela clínica do At, que proporcionaram a este sujeito espaços para suas próprias invenções e saídas diante do novo.

4 DISCUSSÕES

Falar da história da Loucura em nossa sociedade é retomar anos de exclusão, desrespeito, medos e preconceitos que ainda hoje marcam e aprisionam quer seja física e/ou moralmente o sujeito dito louco. Em nome dos “padrões da moral e da normalidade”- discutidos e questionados por autores como Georges Canguillem (1904/2002) - muitos foram os que, segregados pelo enclausuramento perderam o convívio social, a família e primordialmente sua condição de sujeitos. Mas, o que podemos chamar de normal ou patológico na sociedade capitalista e consumista da atualidade? Na qual somos convocados muitas vezes a adquirir até mesmo uma pílula da felicidade¹¹?

Já nos dizia um ilustre cantor e poeta brasileiro “*olhando de perto ninguém é normal.*”¹² Não raros são os relatos entre os profissionais da Saúde Mental¹³ que dão conta de histórias nas quais pessoas que eram colocadas nos trens para serem conduzidas para o Manicômio de Barbacena- MG, ao descerem desses trens perdiam imediatamente sua identidade, sua subjetividade e história. Tal fato ocorria muitas vezes, em função dessas pessoas viajarem desacompanhadas de alguém de referência ou de sua família, e, assim, sozinhas e desorganizadas emocional e psiquicamente, ao serem perguntadas pelos profissionais do manicômio por seus nomes e cidades de origem, não sabiam responder absolutamente nada sobre si mesmas. E naquele exato momento passavam a ser nomeadas de Maria “Manca”, por mancar de uma das pernas ou Zé “Caolho”, por apresentar alguma deficiência visual, ou simplesmente por um número.

O relato de tais histórias mostra uma pequena parcela de uma série de acontecimentos e ações que contribuíram e ainda contribuem para o lugar ocupado pelo louco ainda hoje em nossa sociedade. Um lugar caracterizado pelo preconceito, pelo assujeitamento e que pouco considera o respeito à forma diferente de existência desse sujeito.

Porém, podemos afirmar, que se para a maioria da sociedade a loucura ainda é vista como algo desconhecido, ameaçador ou repugnante, uma parte significativa desta, tais como: profissionais e usuários da Saúde Mental, familiares desses usuários, associações, militantes, estudantes e uma série de pessoas engajadas com a causa da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a visualizam sob outra ótica. Uma ótica propagada desde a Reforma Democrática Italiana no

¹¹ Referência às medicações antidepressivas e modificadoras do estado do humor tais como PROZAC.

¹² Frase de Caetano Veloso em sua música “Vaca Profana” de 1986.

¹³ Relato realizado pela profissional Lourdes Machado em uma aula da disciplina de Teorias e práticas em Saúde Mental do 10º período da PUC-Minas - Abril/2012.

Hospital de Trieste, por Franco Baságlio¹⁴ e muitos outros e que afirmava através de um *Slogan* marcante deste movimento que “*A Liberdade é Terapêutica!*”. Uma ótica e uma ética de uma sociedade sem Manicômios, onde a clausura, a exclusão e as instituições de internação e de longa permanência têm cada vez menos espaços.

Assim, na busca pela construção de novos espaços, que possibilitem a inclusão do sujeito/cidadão com transtorno mental, os serviços substitutivos de Saúde Mental, dentre eles o SRT, se destacam como locais onde se busca a construção da substituição da lógica manicomial pela lógica da reinserção psicossocial deste sujeito. A partir de uma lógica antimanicomial da Reforma Psiquiátrica Brasileira, herdeira de muitas das concepções e ideais da Reforma Democrática Italiana. Locais que apesar de possuírem algumas deficiências, principalmente em termos de recursos e investimentos vêm não só responderem a uma nova forma de atuação e intervenção clínica, mas também social, cultural e política da questão da loucura. E que demonstram o reconhecimento de nossa “dívida” social e respeito à condição legítima de cidadania com a figura do doente mental (BIRMAN,1992).

A rede substitutiva de Saúde Mental, de acordo com Lobosque (2001), foi criada com o objetivo de proporcionar um tratamento que utilize de outros recursos que não se restrinjam à medicação, mas que privilegie a palavra e ofereça ao sujeito uma participação ativa e efetiva em seu tratamento. Tal modo de atenção aos usuários da Saúde Mental, não se abrevia, conforme destaca a autora, somente ao campo “psi”, mas abrange também outros serviços da rede pública e outros espaços. É, portanto, a partir de uma concepção singular de tratamento no qual o sujeito pode advir como tal, que acreditamos numa concepção de tratamento e relação com o dito louco que aposta na existência de um sujeito na psicose e no saber desse sujeito. Aposta presente também na clínica do At, numa ética que inclui o sujeito ao invés de “varrê-lo” para os manicômios, hospitais e asilos.

Uma clínica que em seu trabalho busca compreender mais dos modos de subjetivação de seu acompanhado e menos de sua patologia, e aposta na possibilidade, na potencialidade e não na falta. Que apesar de ser de movimentos é às vezes convocada à “inércia”, não uma inércia em termos de nosso envolvimento com o caso, mas uma inércia da espera. Pois, para ser AT é preciso não só saber circular, movimentar, mas também saber “parar”, ou melhor, esperar e acompanhar os movimentos de nossos acompanhados. Pois, acompanhar é acompanhar processos e esses processos acontecem num tempo que não é um tempo lógico, nem muito menos cronológico, mas sim num tempo atemporal, do sujeito.

¹⁴ Franco Baságlio: médico e psiquiatra, precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiana conhecido como Psiquiatria Democrática. Nasceu no ano de 1924 em Veneza, Itália, e faleceu em 1980.

Esse tempo da clínica do At é o tempo do acompanhado e não do acompanhante, e cabe, portanto, ao AT discerni-lo e respeitá-lo, se abrindo ao inesperado dessa clínica de efeitos e afetamentos. Numa postura ética que dá lugar e voz ao paciente como sujeito, em seu tratamento e favorece sua autonomia, assim como, sua cidadania e dignidade. E que desta forma contribui enquanto um dispositivo clínico e político de desinstitucionalização da loucura e que articula sua reabilitação psicossocial dentro dos parâmetros estabelecidos pela Reforma. Uma clínica que tem a cidade e a circulação nesta e nos vários dispositivos do trabalho em rede como seu lugar de tratamento.

5 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão sobre a clínica do At a partir do caso de Fernando nos permite destacar a importância dessa clínica e seus efeitos no caso de maneira positiva o que contribuiu inclusive para a estabilização do mesmo. Ao relatarmos o processo de Fernando nos At's, podemos dizer que é bom poder “brincar” com o título deste trabalho pensando nos avanços alcançados por este. Pois, se antes dos acompanhamentos podíamos dizer sobre Fernando “Antes só, agora acompanhado”, hoje podemos dizer que Fernando torna-se “Agora só, antes acompanhado”.

Os At's realizados com Fernando atingiram muitos de seus objetivos, dentre eles a conquista de sua autonomia que na compreensão de Campos e Campos (2006) não significa a liberdade plena e absoluta do sujeito, ou sua total independência, e sim ter a capacidade para lidar com sua rede de interdependências. Ou seja, podemos dizer que Fernando, apesar de ainda precisar de certa forma dos cuidados e da assistência oferecida pelo SRT e pela rede de Saúde Mental, mesmo assim pode ser considerado um sujeito autônomo, desinstitucionalizado e reabilitado psicossocialmente em certa medida. Ao final do estágio, por exemplo, quando algumas vezes a AT saía para comprar lanches para casa e Fernando resolvia *acompanhá-la*, ele espontaneamente comprava o que desejava comer sem sequer consultar sua antiga AT.

Na ética da clínica do At, é desejado que o/a AT se torne dispensável, o que aconteceu no caso relatado. Fernando ao final dos acompanhamentos torna-se novamente só. Um só não no sentido da solidão, da exclusão e do desamparo ao qual se encontrava antes submetido, mas sim, torna-se um sujeito que pôde tornar-se “só” por que foi acompanhado (re) aprendendo a lidar com sua rede de dependências.

Ademais destacamos que alguns foram os desafios para a realização deste estudo, uma já mencionada aqui é a herança ideológica de segregação e preconceitos em relação aos sujei-

tos ditos loucos. Assim, ainda hoje, encontramos resquícios dessa herança, não só na sociedade, como também entre os profissionais das diversas áreas da saúde, dentre elas a Saúde Mental. Preconceito, algumas vezes, profunda e silenciosamente herdado e arraigado e que se não questionado pode alcançar qualquer profissional, incluindo entre eles, o/a próprio/a AT, “engessando”, limitando e estigmatizando suas práticas.

Recordamos, por exemplo, as experiências dos primeiros acompanhamentos realizados nesta pesquisa com pacientes psicóticos, nos quais uma das autoras deste texto que exercia a função de AT temendo ser confundida com parente desses pacientes, “protegia-se” atrás de um crachá bem visível que a identificava como profissional da Saúde Mental. Ao longo dos acompanhamentos esta começou a se questionar sobre o porquê daquela atitude e a perceber que a utilização daquele crachá ocasionava olhares diferenciados e estigmatizadores dirigidos a seus pacientes/acompanhados, que provavelmente não aconteceriam ou pelo menos, aconteceriam com menor frequência caso sua identificação não estivesse ao alcance desses olhares.

Durante esses questionamentos e reflexões a AT começou a perceber que sua prática embora com “ares” de reinserção, era ainda uma prática de caráter institucional pautada em seus preconceitos, que a princípio julgava não possuir. Ou seja, uma prática que precisava se desinstitucionalizar. Assim, esta pôde perceber a clínica do At enquanto uma clínica dos afetamentos, e se deixar afetar por ela pela primeira vez.

Outro desafio que enfrentamos foram em relação às poucas produções científicas sobre a utilização do At dentro dos SRT's. Desta forma, consideramos, pois, relevante o aprimoramento e uma maior quantidade de estudos acerca da prática do At nesses serviços. O que nos indica, sobretudo, a possibilidade de estudos futuros sobre a clínica do At nas RT, priorizando uma maior escuta dos demais profissionais que integram equipes atuantes nos SRT's e CAPS, bem como nos demais serviços da Rede de Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p. 41-72.

AMORIM, Ana Karenina Arraes; DIMENSTEIN, Magda. Loucura e Cidade: Cenas Biopolíticas e Incursões (Des) Institucionalizantes. **Fractal: Revista de Psicologia**. Vol. 21, nº 2, Maio/Ago. 2009, p. 319-336.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A à Z: garantindo saúde nos municípios** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009, p. 22.

BIRMAN, JOEL. Cidadania Treloucada, notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA JR., Benilton; AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria sem hospício, contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Ed. Relume-Dumará.1992, p.71-90.

CAMPOS, Rosana T. Onocko; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et. al. (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006, p. 669-688.

CANGUILHEM, Georges. (1904) **O Normal e o Patológico**; tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octávio Ferreira Barreto Leite, 5ª Ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002, 307p.

DELGADO, Paulo Gabriel. Instituir a desinstitucionalização: o papel das residências terapêuticas na Reforma Brasileira. In: **Cadernos IPUB**: nº 22. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2006, p. 23-27.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Experiências da Loucura**. Rio de Janeiro: Ed. Garamond, 2001. 176 p.

MINAS GERAIS, SECRETARIA DE ESTADO DE MINAS GERAIS. **Atenção em Saúde Mental**. Belo Horizonte, 2006, 238p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos mentais e de comportamentos da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Organização Mundial da Saúde (Org.), Dorival Caetano (Trad.), Porto Alegre: Artmed, 1993, p.88.

PALOMBINI, Analice de Lima. Acompanhamento Terapêutico: dispositivo clínico-político. In: **Psychê**: Revista de Psicanálise - Edição Especial Temática Acompanhamento Terapêutico. Ano 10, nº18, São Paulo: Unimarco Editora, set/ 2006, p.115-127.

PITTA, Ana. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 19-26.

RIBEIRO, Thais da Cruz Carneiro. Acompanhar é uma barra: considerações teóricas e clínicas sobre o acompanhamento psicoterapêutico. **Revista Psicologia Ciência e profissão**. v. 22, n. 2, p.78-87, jun. 2002.

SARACENO, Benedetto. A Reabilitação como Cidadania. In: SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades**. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Editora Te Cora, 2001, p.111-141.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 13-18

VIGANÓ, Carlo. Trabalho em equipe na rede: a enfermeira e a instituição parceira. In: ALKIMIM, Wellerson, Durães de. (Org.). **Carlo Viganó: Novas Conferências**. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2010b, p.67-89.

VILELA, Aline Aguiar Mendes; SILVA, Celso Renato; OLIVEIRA, Janette Brito de. O At como recurso clínico no tratamento da psicose. **Revista CliniCAPS, impasses da Clínica**. Vol. 4, nº 10 2010. Disponível em:

<http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Rev_10/Revista%2010%20art2.pdf.> Acesso em: 23 de fevereiro de 2012.