

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

***A AMBIÊNCIA E OS ESPAÇOS INFORMAIS
NA CONSTRUÇÃO DE PROJETOS TERAPÊUTICOS INDIVIDUAIS***

MARIANE CAROLINE NOGUEIRA

CAMPINAS
2006

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

***A AMBIÊNCIA E OS ESPAÇOS INFORMAIS
NA CONSTRUÇÃO DE PROJETOS TERAPÊUTICOS INDIVIDUAIS***

MARIANE CAROLINE NOGUEIRA

Monografia apresentada como requisito para
a conclusão do Programa de Aprimoramento
em Saúde Mental – UNICAMP.

Supervisores: Rosana Onocko Campos
Juarez Pereira Furtado

CAMPINAS
2006

AGRADECIMENTOS

Aos supervisores e aos colegas do aprimoramento,
pelas importantíssimas e valiosas contribuições em relação a minha formação,
pelos momentos de pausa, de “vírgula” nos permitindo questionar, pensar, refletir, trocar e
circular afetos.

A Equipe do Caps Estação,
por ter me acolhido e permitido o trabalho,
pelos ensinamentos, pelas constantes discussões afim de proporcionarmos a construção
de um rede serviços eficaz. O apoio dispensado foi essencial.

Aos usuários do Caps,
por me permitirem aprender a questionar o óbvio.
Foram meus grandes colaboradores e incentivadores.

A Cristina Lopérgolo,
pelos ensinamentos sempre com ética, paciência, entusiasmo e dedicação que me
abriram portas e pelas indicações bibliográficas
que permitiram o texto fluir.

A Rê,
pela amizade e parceria na vida.

Aos colegas parceiros,
Cristina, Jorge Márcio, Sávio, Marília, Camila, Fernanda, Lairto, Célio...

A minha família,
por me apoiarem nos diferentes rumos que decidi seguir na vida,
pela ajuda cotidiana na minha formação e por acreditarem que seria possível.

À minha família.

*À Juliana e
Ricardo.*

“E – e não esquecer que a estrutura do átomo não é vista mas sabe-se dela. Sei de muita coisa que não vi. E vós também. Não se pode dar uma prova da existência do que é mais verdadeiro, o jeito é acreditar. Acreditar chorando”.

Clarice Lispector

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	1
CAPÍTULO I – A Formação: Itinerário pessoal no campo da saúde mental.....	3
1.1 – Aprimorando... Em qual lugar?	5
1.2 –Conhecendo o nosso cenário...	6
CAPÍTULO II – A Ambiência, Espaços Informais e Construção do caso	10
2.1 – A ambiência.....	10
2.2 – Espaços Informais	12
2.3 – Construção de um PTI	13
CAPÍTULO III - Dos Espaços Informais à Construção de Projetos Terapêuticos Individuais	16
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

APRESENTAÇÃO

O Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, iniciado na década de 70, preconizou uma reestruturação da atenção em saúde mental que fosse para além da oferta de novos serviços ou de uma mudança na assistência. Visa-se uma profunda alteração da resposta social à loucura o que implica em mudanças de ordem política, ética e das concepções de clínica e reabilitação (FURTADO, J. P. ONOCKO CAMPOS, R., 2005).

Ainda para esses autores, um dos pilares desse movimento é a luta pela desinstitucionalização, isto é, tanto a superação das condições dos muitos internos crônicos nos hospitais como a transformação dos modelos assistenciais que não se resumem a novas técnicas de tratamento, mas que produzam uma nova relação com a loucura e suas formas de abordagem assim como uma outra resposta social ao adoecimento e ao doente mental.

FURTADO (2001) em seu texto “Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos” apresenta e discute um novo modelo de atenção em saúde mental a partir de sua experiência em uma unidade de reabilitação de moradores com pacientes crônicos. Essa nova forma de atenção é uma alternativa ao manicômio e suas práticas, pois visa a particularização da atenção, intervenções centradas nas demandas individuais e no estímulo ao vínculo entre o paciente e os membros da equipe em contraponto à coletivização produzida no que Goffman (1992)¹ denominou de “instituição total”, onde os aspectos da vida do indivíduo são tratados sob rotinas estruturadas e massificantes.

Usando as palavras de MIRANDA e FURTADO (2006) os esforços de qualificação da assistência e da superação das limitações do modelo hospitalocêntrico direcionam-se para a construção de dispositivos baseados na idéia de que um ou mais profissionais se aproximem de um certo número de pacientes e passem a assisti-los de modo singular, elaborando e acompanhando junto de cada um deles um projeto terapêutico individual.

Para FURTADO (2001) não existe uma instituição ou mesmo um programa de trabalho destituído de um projeto. O tempo todo há construção de projetos terapêuticos, ainda que se diga que não há um projeto já é, na realidade, uma escolha de que, naquele

¹ GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo, Perspectiva, 1992 apud FURTADO, J. P. (2001).

momento, o projeto é prescindir de projeto. Dessa forma, os membros da equipe são sempre responsáveis pelo delineamento e o conteúdo de como conduzem a atenção oferecida aos usuários.

Partindo disso, esse texto tem por objetivo a reflexão da minha experiência em um Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Campinas. Trata da atuação em espaços informais que foram de fundamental importância para a construção de projetos terapêuticos de alguns usuários do serviço.

Para tanto, recorri ao conceito de ambiência descrito pelo psiquiatra e diretor da clínica La Borde na França, Jean Oury, para dizer de sua importância no tratamento de pacientes graves e como pode ser um elemento diferencial no equipamento de saúde. Procuro também demonstrar como esses espaços informais podem ser possíveis de revelar o surgimento de potencialidades e singularidades de sujeitos com transtornos mentais e que são de fundamental importância para o seu tratamento, entendendo que este não significa cura, mas uma nova posição subjetiva e de autonomia do sujeito.

Assim, o trabalho se divide em quatro partes: a primeira, introdutória, que traz a minha experiência de formação profissional, a apresentação do percurso pelo aprimoramento, o cenário de trabalho no qual essa experiência se deu e a anunciação das questões dessa pesquisa. A segunda, na qual me debruço sobre os conceitos de “ambiência”, espaços informais e Construção de Projeto Terapêutico Individual. A terceira e última parte revela e retrata as minhas experiências da autora juntamente aos usuários nesses espaços informais a partir da vivência em situações do cotidiano na qual foi possível se pensar na construção dos casos. Por fim, há as considerações finais onde busco a organização desses elementos para uma reflexão acerca de questões levantadas: o trabalho com a ambiência e sua importância no âmbito do cuidado terapêutico.

I – A Formação: Itinerário pessoal no campo da saúde mental

Para iniciarmos essa monografia de final de aprimoramento não pode deixar de recorrer a minha formação, pois tem algo dela que me trouxe até aqui e que tem a ver com a minha prática realizada no serviço. Acredito que seja interessante recorrer a algumas experiências da graduação que refletiram no meu trabalho no equipamento onde pude realizar o aprimoramento.

OURY (1991) nos informa que a formação seria uma posição crítica que é da ordem de uma “modificação” de um certo nível da personalidade do sujeito que se engaja nesse trabalho. Não se trata de uma transformação, mas de uma sensibilização – que é o engajamento de toda uma vida nesse trabalho e não é algo que se faz de maneira passageira.

Segundo OURY (1991), seria interessante estudar qual itinerário de cada um, seus engajamentos pessoais que levaram a uma “escolha” profissional e quais as qualidades implícitas que estão na base dela. Mesmo sabendo que não é fácil (ou possível) “conscientemente” tentar explicar, sabe-se da importância de compreendermos essa trajetória, já que tem a ver com engajamentos pessoais o que num trabalho é essencial.

Foi através das disciplinas de Psicopatologia e Políticas Públicas em Saúde Mental do curso da graduação, que tive a oportunidade de visitar serviços de saúde como hospitais psiquiátricos e CAPS para entender melhor a lógica de funcionamento desses equipamentos tão distintos.

A primeira vez que entrei num hospital psiquiátrico foi também a primeira vez que tive um contato mais próximo com “loucos”. O lugar em questão é um grande hospital de uma cidade do interior de São Paulo onde me formei e que traz várias conseqüências para cidade, produzindo nela um jeito de funcionar que é, manicomial.

Visitei uma ala infantil. A sensação foi horrível. A começar pelas várias celas trancadas e que eram abertas e fechadas pela nossa acompanhante, uma psicóloga que carregava consigo um imenso molho de chaves. Fomos passando por vários quartos vendo alguns leitos arrumados, vazios... Até que fomos levados para um pátio onde havia várias crianças, algumas deitadas pelo chão embaixo do sol (e parecia estar a horas ali), algumas sem sapatos ou com roupas que não lhe cabiam bem, outras andando de um lado para o outro sem rumo, outros que corriam em nossa direção querendo nos pegar,

abraçar como se fôssemos seres estranhos ali (e éramos estranhos e cheios de estranhamentos!). A cena mais marcante foi ver uma “jaula” que eles chamavam de berço, toda colorida e com uma criança de uns sete anos dentro. Fiquei muito incomodada e questionei o motivo dela estar ali isolada de outras. A resposta obtida foi de que ela era muito agressiva e agitada e que estava ali por uma medida de segurança, pois corria o risco de se machucar ou de machucar outras. Ainda havia uma outra criança com as mãos presas (por faixas e cadeados!) em sua cadeira de roda. A criança não se mexia, seus olhos não nos acompanhavam. A resposta obtida também foi a de que ela era autista e que se auto-agredia e precisava ficar amarrada daquele jeito por questões de segurança. Mas para quem? Arriscamos-nos a perguntar.

O relato de outros colegas que visitaram outras alas não era diferente. Sujeira, mau cheiro, pessoas dopadas por remédios. Péssimas condições. Um verdadeiro depósito de excluídos, de doidos que só podiam ficar mais doidos (e doídos!). E essa situação não é um privilégio dessa instituição, mas é freqüente na maioria de instituições tradicionais em saúde mental. Isso já não é mais novidade, porém mesmo depois de duas décadas de Reforma Psiquiátrica ainda é muito comum.

Visitamos também um Caps infantil localizado em outra cidade. A diferença era grande! Logo de início havia um cuidado por parte dos funcionários para que as crianças fossem preservadas de tamanha exposição. O funcionamento do serviço era totalmente diferenciado. O ambiente não era inóspito, nem com péssimo odor e havia atividades programadas o que garantia a singularidade de cada criança, de cada sujeito que ali era tratado. Na sala havia dois adolescentes que aguardavam enquanto assistiam TV. Ficamos impressionados quando eles nos disseram coisas que qualquer outro adolescente falaria. Conversamos sobre de onde éramos, de músicas que gostávamos, de seus ídolos, de carros etc. Nem pareciam “loucos”.

A diferença dos usuários desses serviços era exorbitante, apesar deles estarem nas instituições basicamente pelos mesmos motivos: o sofrimento psíquico. O que nos provocou um estranhamento e uma vontade de querer saber mais.

No final desse mesmo ano, em 2003, pude participar de um estágio de extensão, com duração de um ano num Ambulatório de Saúde Mental da mesma cidade do hospital psiquiátrico. O nosso trabalho dava-se na sala de espera. Ali tínhamos contato com diversos tipos de pessoas e seus familiares, histórias de vidas, pessoas alucinando e

delirando. O mote do nosso trabalho era poder tornar aquele espaço que parecia inóspito, sem função para muitos, num lugar de possibilidades, mais do que apenas num espaço de espera da consulta médica e onde as potencialidades dos sujeitos, seus desejos e singularidades pudessem aparecer. Foi uma excelente experiência que me motivou a continuar.

No último ano, quando fazemos os estágios obrigatórios, novamente estagiei no mesmo ambulatório. Pudemos continuar com esse trabalho de sala de espera, além de Oficinas, acompanhamentos terapêuticos e outros dispositivos importantes no que tange às novas atuações no campo da saúde mental.

Pudemos conhecer ainda um Centro de Convivência e Cooperativa (Cecco) situado na cidade de São Paulo. Junto de pessoas com graves sofrimentos psíquicos pudemos trabalhar na confecção de fantasias para o Carnaval, já que eles, convidados pelo carnavalesco da escola X9, possuem uma ala que se apresenta todo ano no sambódromo. E depois termos a experiência de desfilarmos com eles, familiares, amigos, profissionais de saúde que naquele momento perdiam seus “status” para serem todos iguais: carnavalescos celebrando a vida!

Foram todos esses encontros que nos puseram frente a situações que mais tarde nos fariam questionar sobre a importância da *ambiência* no tratamento de pacientes graves.

O desejo de continuar engajada nesses movimentos e encontros me impulsionava ainda mais para o campo da Saúde Mental. Para a minha formação, fazia sentido caminhar por lugares onde pudesse continuar a ter essa postura profissional. É nessa situação que chego ao aprimoramento.

1.1 – *Aprimorando... Em qual lugar?*

A Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), especificamente, o departamento de medicina preventiva oferece em co-gestão com a Prefeitura Municipal de Campinas e o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira campos de trabalho para a realização de dois Programas de Aprimoramento: de Saúde Mental e de Planejamento e Administração de Serviços de Saúde. Eles têm duração de um ano, oferecem bolsas

salário da FUNDAP e da prefeitura e recebem profissionais de saúde de diversas áreas: psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais etc.

É um espaço privilegiado para a formação de profissionais para o serviço público dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS. A intenção é a inserção num processo de formação crítica, interdisciplinar em saúde coletiva, visando o estudo e problematização das relações clínicas, políticas e institucionais dos serviços da rede municipal podendo ser produto e produtor de novas formas de subjetivação.

Os equipamentos substitutivos que hoje recebem os aprimorandos são: cinco CAPS III, um CAPS II (todos de adultos), um CAPS álcool e droga, um CAPS infantil (CEVI), Centros de Saúde e módulos de saúde, além de serviços situados dentro do Cândido Ferreira: Not, Nadeq, Nac, Núcleo Clínico e Centro de Convivência e Arte².

Depois de conhecido os vários equipamentos com os quais podíamos contar para um possível campo de atuação, a única certeza que tinha era de que queria atuar dentro de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), lugar que conhecia minimamente através das teorias e de algumas visitas pontuais e que me mostrava ser bem diferente do modo tradicional de funcionamento.

Era a oportunidade de atuar em um serviço substitutivo ao modelo asilar e que se configura como um dispositivo de essencial relevância no cenário das novas práticas em saúde mental no país. Assim, poderia estar dentro de um equipamento onde as atuações supõem-se embasadas nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, do SUS, vivenciando isso e me deparar com as práticas de clínica e reabilitação diferente de todas as outras experiências que tinha até então.

1.2 – *Conhecendo o nosso cenário...*

O aprimoramento aconteceu no Caps ESTAÇÃO que é um equipamento referência para o distrito norte da cidade, uma região que abriga cerca de duzentas mil pessoas. Atende a população adulta e é um Caps III, isto é, funciona num esquema de 24 horas com leitos para atender a crise. Ele é o pioneiro nessa iniciativa. Aliás, essa cidade tem se

² Not: Núcleo de Oficinas Terapêuticas; Nadeq: Núcleo de Atenção à Dependência Química e Nac: Núcleo de Atenção à Crise.

constituído como referência nacional, apesar de obviamente também apresentar problemas e muitos problemas!

Iniciei o aprimoramento nesse lugar, uma instituição muito diferente da que havia experienciado nos estágios de saúde mental. Esse Caps funciona em duas casas, pois ambas não têm espaços físicos suficientes para abrigar diariamente tantas pessoas. Na realidade a busca por uma segunda casa deu-se quando esse serviço passa a ser Caps III precisando de leitos para atender a crise. A primeira era muito pequena e nesse período uma outra casa na mesma rua ficou vaga e como era um pouco maior para comportar os leitos passou a também servir de lugar para o serviço. É assim, sem intenção, que o Caps Estação passa a funcionar em duas casas o que gera características que, talvez, lhe sejam muito próprias.

Porém, ao chegar no serviço pude perceber a dinâmica do funcionamento. Parecia tudo muito rápido, com muito dinamismo. Nessas duas casas e fora delas havia o tempo todo muitas coisas rolando ao mesmo tempo: usuários e profissionais conversando em vários espaços das casas, cantando juntos numa roda com violão, saindo para fazer um passeio ou ir à lanchonete, ao mercado, ao bar tomar um refrigerante... Alguns usuários mais agitados, outros mais parados, quietos, tranquilos (?)...

Cada vez que voltava ao serviço novas pessoas conhecia. Fiquei um bom tempo perdida entre tanta gente que cotidianamente vem e vão: profissionais, usuários, familiares, funcionários da higiene, da farmácia, da administração...

É nesse contexto cheio de gente diferente que ora aparentemente pareciam bem, por que não “normais”? E, ora em crise, batendo, quebrando vidros que ia me envolvendo.

Diariamente me deparava fazendo escutas pelos corredores, pelos quartos, pelas salas, na cozinha, no mercado, no bar, na praça, na outra casa etc. As demandas apareciam o tempo todo. E muitas vezes me perguntava: o que fazer com todos que pedem por uma conversa, por uma escuta? Muitos diziam: *“Preciso falar com você”*, antes mesmo de eu ter aberto o portão. *“Lá na minha casa... lá no meu bairro... quando eu estava internado... não gosto de ficar aqui, tenho medo de outros pacientes... não gosto do leito noite... eu quero ficar nesse hospital e não no outro... é melhor ficar aqui do que em casa... aqui ninguém me escuta... em casa ninguém me entende... será que preciso quebrar vidros para prestarem atenção em mim?... preciso dar uma volta... quero voltar para casa... aqui é bom... quando converso com vocês eu melhora, fico bem... eu ouço*

vozes, parece que tem alguém me perseguindo...”. Enfim, uma instituição que para além dos acontecimentos, tem espaço para a loucura circular, para falar.

Muita aprendizagem a cada dia. Novidades surgiam a todo instante. Eram as passagens de plantão, reuniões de equipe, de mini-equipe, triagens, grupos, acolhimento. No entanto, uma questão que sempre me acompanhava era: onde me ‘encaixar’ diante tantas coisas, diante tanta loucura?

E constantemente vinham as indagações: o que fazer? Para onde ir? Qual a função do aprimorando? O que significa já ser um profissional com responsabilidade sobre suas ações e ao mesmo tempo alguém ainda ligado à academia tendo que ocupar um lugar na instituição que não é nem fora e nem dentro da equipe? Será que tenho conseguido contribuir, enquanto aprimoranda, para o serviço? Essas indagações acompanhavam o meu percurso dentro do CAPS.

O aprimorando acaba encarnando o “estrangeiro” (O estranho) de Freud, pois está todo dia ali compartilhando muitas coisas, mas tem um outro lugar na equipe, é um terceiro que está ali para se formar, ou seja, tem um interesse diferenciado. Vive num paradoxo entre se inserir na equipe, mas não ser um homogêneo a mais. É muito difícil ir para um CAPS trabalhar pela primeira vez, lidar com coisas que ainda são muito novas e ter que provocar, contribuir, aprender, lidar com a loucura cotidianamente, pensar em novas ações, novas práticas. Ser aprimorando é poder experimentar ‘as dores e as delícias’ desse trabalho. Sofre, porém aprende muito!

Em meio a esse turbilhão de reflexões é que me engajei em algumas práticas dentro do serviço. Volta e meia me via andando por vários ambientes das casas conversando com um e outro, vendo surgir várias potencialidades desses encontros. Quis começar daí e não ficar numa posição ‘tapa buraco’ das falhas organizacionais e começar a atender as várias demandas que surgiam da equipe.

Da escuta nos espaços informais é que foi possível pensar em projetos individualizados de tratamento, por entender que esses diversos lugares também podem ser espaços não só de tratamento para usuários do CAPS como também para pensar a clínica e política, a ética, gestão e formas de organização institucional.

Mas como esses espaços podem servir de tratamento? Que lugares são esses? Mais adiante tentarei elucidar essas questões. Primeiramente acho necessário entender

melhor o que significa *ambiência*, espaços informais e construção de projetos terapêuticos individuais.

II – A Ambiência, Espaços Informais e Construção do caso.

2.1 – A ambiência

O conceito de ambiência foi elaborado por Jean Oury, psiquiatra e médico diretor de La Borde e é na prática da Psicoterapia Institucional que ele surge, mais precisamente na prática e teorização do próprio autor. Sendo assim é um conceito que produz alianças entre teoria e prática cujo efeito na vida cotidiana levanta reflexões sobre a prática no serviço, a formação do profissional e o desejo em trabalhar naquele local, o agenciamento físico do espaço etc. DUBENA (2004).

ONOCKO CAMPOS (2005) traz que é necessário criar nos equipamentos uma certa ambiência e esta não depende de engenharias cosméticas nos prédios e salas de espera, mas maneiras de civilização local que permitem acolher o insólito.

É OURY (1991) que vai nos ensinar isso. Para ele a ambiência é o que permite

“(…) poder decifrar naquilo que se apresenta, o que é importante acolher, e de qual maneira acolhê-lo. A **função de acolhimento** é a base de todo trabalho de agenciamento psicoterapêutico. Não se trata, certamente, de se contentar com uma resposta “tecnocrática” tal como função de acolhimento = hóspede de acolhimento! O acolhimento, sendo coletivo na sua textura, não se torna eficaz senão pela valorização da pura singularidade daquele que é acolhido. Esse processo pode-se fazer progressivamente, por patamares, e às vezes não é senão ao fim de muitos meses que ele se torna eficaz para tal ou tal sujeito psicótico à deriva” OURY (1991, p.7).

Deste modo, a ambiência tolera uma abertura à disposição e às trocas de falas, de sorrisos, de gestos. Praticamente o que importa é estar nesta relação aberta de trocas.

Segundo DUBENA (2004) que também se utiliza Oury para entender o que seria a ambiência, nos revela que essa diz respeito a como se dão os *acontecimentos*, os *encontros*, as *trocas* que acontecem na cena institucional, nos detalhes sutis das vivências cotidianas. Implica as pessoas que participam, suas personalidades, seus estilos, a maneira como se aproximam, seus engajamentos, assim como a arquitetura local, o ambiente, as coisas presentes, o material trabalhado.

MOURA (2002) vem nos dizer que a ambiência, atmosfera e clima estão em relação direta com aquilo que se passa no nível dos encontros, sendo que esses não são fatos quaisquer, mas acontecimentos singulares e inesperados cujo âmbito é o da relação com o outro. É nesse encontro com o outro que emergem sentimentos vitais que não estão no diálogo, nas palavras, mas naquilo que há entre as palavras.

Para Oury (1991) seria uma dimensão ética do respeito à maneira de abordar o outro, de estar “com” o outro.

“(…) sabe-se bem que o que é específico da psicose são as dificuldades, uma impossibilidade de “estar com” (no sentido de estar com o outro, poder respeitar o outro aí onde ele está), proveniente de uma confusão entre o mesmo e o outro. E para ter acesso a este fenômeno, é necessário ser capaz de aceder a um certo lugar, uma certa ‘paisagem’, ser sensível ao pequeno detalhe, mesmo escondido, mesmo insólito, ser sensível à emergência, ser sensível ‘àquilo que tem phatos’” (OURY, 1991, p.5).

Para termos acesso a um insólito que não está manifesto de saída devemos nos envolver numa “espera ativa”, é esta a verdadeira neutralidade que vai permitir ao outro se manifestar.

Assim, alguém que pode aparecer como quase normal porque está quieto lá encostadinho num canto do equipamento de saúde e que muitas vezes classificamos como “bom”, “tranquilo”, “adequado” está em pleno sofrimento, que só poderá aparecer se nos pusermos a estar “junto de”, estar “com” no seu lugar.

“‘Estar com’: no encontro precário com o doente pode, às vezes, se estabelecer um ponto de transferência a partir do qual é possível dizer que depois não é mais como antes (...) ele pode vir a encontrar nesse lugar a sua presença” (DEJUAN et. Al., 1993, p.2).

De acordo com OURY (1991) é preciso tornar disponíveis as potencialidades que na maior parte das vezes estão mascaradas, quase emparedadas, e que não se manifestaram em função do estilo de trabalho tal qual ele se apresenta habitualmente. A

partir delas é que será possível um acesso, não forçado, ao que não está manifesto de saída, ao que se deve decifrar.

2.2 - Espaços Informais

Como bem nos informa SOUZA (1999), esses espaços não são físicos e nem se configuram como previstos na grade de atividades. Assim, não são grupos de atividades e nem grupos terapêuticos, também não se tratam de consultas ou atendimentos agendados, mas os encontros e desencontros do dia-a-dia da instituição.

De acordo com ONOCKO CAMPOS (2001) tratar a psicose nos desafia a sermos capazes de mudar o nosso *setting*, pois a clínica almejada dentro do serviço público não é 'aquela do divã', da lógica privada de uma psicanálise de consultório. É fazer clínica num outro lugar que não numa sala fechada.

Segundo TENÓRIO (2001, p.24) a clínica é a prática singular junto ao paciente, "mesmo que consista em uma intervenção mais ampla, acompanhando o sujeito para além dos espaços tradicionalmente descritos como clínicos". De acordo com isso podemos questionar: que clínica é essa possível nesses espaços informais a partir da ambiência?

TENÓRIO (2001) vem dizer que a clínica abre um espaço de interlocução com o louco, é o reconhecimento do sujeito na loucura e a possibilidade de encontro com o louco.

Retomo ONOCKO CAMPOS (2001) que nos ajuda a pensar sobre a clínica que queremos fazer dentro desses serviços, que não é uma clínica tradicional e nem degradada, mas uma clínica ampliada, isto é, que leve em consideração o sujeito e não somente a doença, esta faz parte da vida do sujeito, mas não ocupa todo o seu ser. É preciso respeitar o sujeito nas suas singularidades de um ser social, biológico, subjetivo e histórico. Para isso não podemos atuar como especialistas, mas em um trabalho de equipe como nova práxis e não como lugar idealizado. E deve ser sempre interrogada à luz da sua produção e eficácia.

MENDES (2004) nos informa que a chave da relação entre saúde pública e plano clínico esteja, talvez, justamente na invenção, criação, elaboração de novos possíveis, sendo que a liberdade e a mobilidade advindas desses possam interferir produtivamente

em certas dimensões do sistema de saúde tendo como conseqüência a ampliação de suas potências e sua condição de operar no plano dos coletivos.

“(...) a partir das múltiplas relações que se estabelecem nesses espaços, é possível criar algo de novo. Criar movimento. Inserir o tempo e o espaço na loucura. Criar, a partir do inusitado e do inesperado dos “espaços informais”, projetos que possam oferecer alguma possibilidade para aqueles que não se encaixam na “grade de atividades” do CAPS (e para os que se encaixam também). Assim, pensar nos “espaços informais” é pensar em um recurso terapêutico; é; poder supor o potencial de um certo “espaço informal de tratamento”; é pensar que o imprevisto, seja susto ou alegria, é parte fundamental da terapêutica” SOUZA (2003).

O desafio que fica é como produzir e potencializar “bons encontros” nesses espaços. SOUZA (1999) garante que esses espaços informais de tratamento podem possibilitar a criação e invenção de projetos pessoais e coletivos. Assim, é necessário que os profissionais da saúde, nesses espaços, tenham uma escuta voltada para o novo e o imprevisível. É preciso estar atentos às possibilidades que se abre a cada encontro.

No entanto, esse mesmo autor nos alerta que o espaço informal parece não ser possível em instituições mais ortodoxas de atendimento, pois se corre o risco do olhar para esse lugar estar vinculado ao fato de pacientes e profissionais não estarem fazendo nada. É preciso, então, plasticidade tanto por parte da instituição quanto dos profissionais, pois se há possibilidade de trabalho com o que é novo, imprevisto e surpreendente, o que nos embasará é um certo olhar sobre o tratamento e sobre a clínica.

2.3 - Construção de um PTI

Com a reestruturação da Saúde Mental vários são os arranjos e dispositivos que tentam garantir aos novos equipamentos uma ruptura com o paradigma anterior. MIRANDA e FURTADO (2006) consideram o dispositivo “técnicos de referencia” especialmente importante na medida em que se localiza na interface entre as ofertas dos equipamentos substitutivos e as demandas e necessidades dos usuários que são marcadas pela intersubjetividade. Para esses autores o que interessa analisar é como a

organização dos serviços estruturados a partir desse dispositivo garante essa singularização da atenção.

A figura do referência foi criada para garantir que os pacientes tenham um acompanhamento individualizado e um grau de atenção adequado. Ele “é responsável pela elaboração, acompanhamento e avaliação de um PTI e com metas a serem alcançadas a curto, médio e longo prazo” nos informa FURTADO (2001, p.4).

Para esse mesmo autor, o Projeto Terapêutico Individual deve ser elaborado sempre que possível junto ao próprio paciente e seus familiares permitindo a transparência do processo de reabilitação psicossocial e deve ser discutido entre os profissionais da equipe para torná-los mais ricos e evitem pontos cegos, abrindo brechas para o surgimento de um indivíduo instituinte e criador. O usuário é protagonista e tem papel ativo na construção do caso clínico.

MIRANDA e FURTADO (2006) afirmam que seria interessante que os profissionais que compõem a equipe de referência fossem de diferentes formações reforçando o poder de gestão da equipe multidisciplinar. Para eles o produto importante de uma equipe de referência é a produção de um projeto para o usuário podendo ser feita juntamente com familiares, outros equipamentos, com os próprios profissionais e que seja, um projeto singularizado e flexível, para que haja uma revisão do que foi proposto e a adequação das ações aos contextos que forem emergindo, garantindo a continuidade do tratamento do usuário no serviço.

O dispositivo técnico de referência é uma forma de organizar a atenção no serviço tendo como função prover contornos ao encontro do usuário do serviço com o trabalhador de saúde mental, ou seja, encontra-se na interface entre as ofertas dos equipamentos substitutivos e as demandas e necessidades apresentadas pelos usuários (MIRANDA e FURTADO 2006).

Contudo, os autores nos alertam que esse dispositivo: “técnicos de referencia” está muito além do gerenciamento de um determinado caso. É um arranjo terapêutico que precisa de outras organizações e iniciativas que apontem para a horizontalização das relações de poder e para a constituição de confiança entre os trabalhadores para assim terem uma contínua análise, avaliação e intervenção de fatores que afetam as práticas e não cair numa burocratização e alienação.

Segundo VIGANÒ (1999) a decisão para a construção do caso não é tomada pela maioria, mas se impõe a partir do saber que é extraído do paciente. É um grande e longo exercício que requer uma transferência de trabalho entre os membros da equipe.

De acordo com FURTADO (2001) as reuniões semanais da equipe, os espaços informais devem permitir que cada profissional contribua com seus conhecimentos a partir de seu núcleo de responsabilidade, para enriquecer a construção do caso. Assim, não há motivos para as ações ficarem centralizadas em torno de um profissional em particular.

VIGANÒ (1999) aponta que é necessário reencontrar a dimensão da clínica entendendo que esta é a dimensão do homem. Outra questão importante trazida pelo autor é que a reabilitação não é uma exclusão da clínica e se caso a reabilitação renunciar o tratamento no nível da comunicação e dos seus sintomas, esta será impotente no nível da doença. Uma reabilitação só pode ter sucesso na condição de seguir o estilo que é sugerido pela estrutura subjetiva do psicótico, por seus sintomas. O caso clínico é condição para que haja o caso social.

Para esse autor um programa terapêutico consiste em não colocar a pergunta “o que podemos fazer por ele?”, mas “o que ele vai fazer para sair daqui?”. É a demanda do sujeito como condição para a construção do Projeto Terapêutico Individual.

Assim, é necessário não perdermos de vista o principal questionamento para a construção de um Projeto Terapêutico Individual – a quem serve um PTI? Para o sujeito? Para a instituição? Para o profissional? Para que serve? O protagonismo do usuário muitas vezes acaba não existindo no cotidiano institucional e aí, certamente, não serve ao usuário.

É preciso pensar nos efeitos colaterais dessas práticas que propomos e não correr o risco de comprimir a possibilidade do surgimento de potencialidades do usuário pelo projeto terapêutico da equipe. A função de um PTI é de provocar e oferecer desvios, outras possibilidades.

IV – Dos Espaços Informais à Construção de Projetos Terapêuticos Individuais

Essas questões em relação a esses espaços informais não estão dissociadas das práticas no serviço, ao contrário, só se fizeram possíveis a partir delas e é por isso que me instigou a estudá-las.

Pois bem, é desse lugar sem contratos definidos que pretendo relatar um pouco da minha experiência. A partir das cenas que serão descritas busco ilustrar e (re)pensar algumas situações em que as condições favoreceram ou sustentaram a emergência da ambiência. Aliás, essas cenas todas aconteceram na “casa da crise”... Lugar onde parece que nada de potência possa acontecer!

Foi num desses espaços que uma usuária pôde me pedir para dar um passeio e isso se repetir todos os dias produzindo coisas bastante interessantes em relação ao seu projeto e tratamento.

Estava lá, recém chegada na instituição conversando com um e outro, ainda me apresentando, quando Juliana³ veio até mim pedindo para que déssemos um passeio pelas ruas do centro, local onde o Caps se situa.

Juliana era moradora de rua há mais de dez anos e havia chegado ao Caps há uns dois meses, tempo em que estava no leito-noite com o diagnóstico de psicose. Não tinha contato algum com a família, somente e minimamente com uma tia que a levou até o serviço. Mal podia suportar o contato físico com alguém. Não falava seu nome e nem de ninguém da família ou da equipe. Não se vinculava a nenhum grupo e nem falava de si ou de sua história. Era a única coisa que nós sabíamos até então.

Aceitei fazer esses passeios com Juliana com o apoio da equipe. Nesse dia ela nada falava ainda com minha insistência, mesmo assim íamos dizendo onde estávamos nomeando as ruas, os lugares...

Todo o dia em que eu chegava ao Caps lá vinha ela pedir para darmos um passeio e foi assim durante alguns meses. Com o tempo outras pessoas da equipe também iam sendo convidadas para esse passeio por Juliana.

Após alguns meses, Juliana passou a reconhecer e chamar por nome algumas pessoas da equipe pedindo por abraços demonstrando que minimamente conseguia

³ Todos os nomes foram modificados.

suportar o contato com o outro; passou também a falar de si, de seus delírios, de seu corpo. Perguntava se tinha ossos, se era gente. Por vezes ela gritava que não era lixo não e se sentia bastante ameaçada pelas pessoas na rua. Isso foi diminuindo quando ela ia recuperando pedaços de sua história. Ora se lembrando da tia, da avó, dos pais, ora de que sabia ler, de que já havia ido para a escola, dos lugares que conhecia na cidade. Vamos com ela resgatando e ressignificando partes de sua história de vida.

Após isso, conseguiu dizer que queria retomar o contato com a família, coisa que a equipe faz, e indo inclusive, passar os fins de semana na casa de sua tia. Vamos junto com ela recuperar seus documentos, todos, pois ela havia perdido nesses anos em que esteve pelas ruas da cidade ajudando-a a (re)construir a história de sua vida.

Atualmente Juliana mora com a tia e está preste a receber o seu benefício...

“Há na loucura um sofrimento que é da ordem da desencarnação, da atemporalidade, de uma eternidade vazia, de uma ahistoricidade, de uma existência sem concretude (ou com excesso de concretude), sem começo nem fim, com aquela dor terrível de não ter dor, a dor maior de ter expurgado o devir e estar condenado a testemunhar com inveja silenciosa a encarnação alheia” (PELBART, 1992, p.20).

Juliana era uma usuária do serviço que não se vinculava a ninguém, que não participava de grupo algum e que ficava por ali sem muito contato com o outro, mesmo que a equipe oferecesse espaços para ela. Talvez, o que permitiu que Juliana pudesse me pedir para dar um passeio foi exatamente por eu estar ali “com”, junto “de”, num lugar informal: a área da casa conversando com os usuários que lá estavam.

Julgo que isso se trata de uma posição ética que tem a ver com a formação. Ter uma disponibilidade naquele momento, talvez, por ser aprimoranda e ainda não ter caído nas garras do cotidiano, com sua grade horária repleta de coisas a fazer garantiu a emergência da ambiência nesse espaço.

“o que visa a ambiência é esse espaço virtual, é a própria emergência do lugar do *entre* (...), permitindo neste espaço de encontro, do dizer, que algo ex-sista, dê sentido, coerência à uma relação, à uma vivência, a partir da qual o sujeito poderá se constituir como *si* e, por conseguinte, se localizar no espaço e no tempo, em seu corpo e sua história”. (DUBENA, 2004, p.66-67).

Os passeios foram por muito tempo o projeto de Juliana. O que interessava era o que poderia surgir daí desse espaço de encontro, desse espaço virtual. Assim, a equipe de referência banca isso e a partir disso é que Juliana pôde ter reestruturado para si uma nova existência, ainda que delirante. O que importa é que ela está ali, está presente e tem um nome e todo mundo que tem um nome, tem um assunto sobre o que falar, tem uma história a contar.... (OURY, 1991).

Outra cena. Estava sentada na sala conversando em roda com alguns usuários quando Ricardo, de aproximadamente 50 anos, sentou-se ao nosso lado e passou a conversar animadamente conosco. Depois disso, toda vez que ele vinha ao CAPS sempre que me via pedia para conversarmos. Ele começou a falar de si, do seu trabalho (ele era professor de educação física concursado numa escola estadual), da namorada, da família, de seus delírios, do quanto se sentia perseguido e ameaçado pelas pessoas e dizia que me procurava porque conseguia ajudá-lo a significar várias coisas de sua vida.

Procurei o técnico de referência que o acompanhava para saber um pouco mais desse usuário que se despontava como diferente pelo seu porte, pelo linguajar. Foi aí que descobri que ele era extremamente paranóico, só vinha ao serviço para pegar medicação e entendia que ali não era um lugar de tratamento, pois “não iria se tratar no mesmo lugar em que se trata o motorista de ônibus” (SIC). Porém, esse era o único lugar no qual havia aceitado algum tipo de tratamento, ainda que medicamentoso. Já havia passado por vários outros equipamentos na cidade, mas não seguia com o tratamento.

É ele que pede para eu ser sua analista e assim começamos um atendimento individual. A partir disso ele começa a poder contar com outros profissionais que não só a psiquiatra ou eu. Chega a pedir até para que o profissional que é seu referência ir até sua casa num dos momentos em que se sente perseguido pelos vizinhos, fazendo outros elos de tratamento.

Algumas vezes chegou a participar, inclusive, do grupo de teatro onde pode ensinar algumas técnicas de relaxamento e alongamento aos participantes.

Por que será que ele não ficou paranóico naquela roda? Talvez isso tenha sido possível pelo fato de ser “estrangeira” no serviço. Não ter os mesmos costumes,

ideologias e pré-julgamentos, por desestabilizar algo já naturalizado, inserindo uma nova lógica.

Acredito que quando estávamos reunidos foi como se algo tivesse se passado, houve ali um certo clima como se um espaço tivesse sido delimitado, garantindo a emergência da ambiência. Houve a possibilidade de uma outra experiência de existência, de um espaço de vida, de uma outra qualidade de relação.

As condições necessárias para a emergência da ambiência podem partir, por exemplo, do respeito pelas formas de presença dos pacientes, da articulação do que eles trazem neste momento com o coletivo e com a história deles. Deste modo, “conta-se mais o *como* e *com quem se faz*, do que o *que* e *em que* quantidade ou tempo se faz” (DUBENA, 2004, p.78).

OURY (1991) vem nos dizer que a função de acolhimento exige uma certa sensibilidade ao próprio estilo dos encontros. Esperar passivamente não é neutralidade, ao contrário, devemos nos envolver numa “espera ativa”, é essa a verdadeira neutralidade que vai permitir ao outro se manifestar. Essa sensibilização faz parte da formação, e é só a partir dessas potencialidades que há um acesso ao estranho, ao insólito que devemos decifrar, pois não está manifesto de saída.

Há de se pensar se tudo isso apareceria em outros espaços possíveis, por exemplo: grupos, atendimentos mais ortodoxos, visto que esses usuários não se reconheciam e nem participavam em nenhum desses espaços. Certamente está aí a importância da ambiência nos espaços informais que pode permitir a construção de projetos de tratamento para o usuário.

A ambiência, quando emerge, permite que as coisas possam acontecer espontaneamente, propiciando a intervenção do terapeuta. Ela pode se dar num grupo, numa reunião, numa conversa no corredor, durante o almoço. Porém ela não se dá sozinha, mas também não pode ser fabricada. De acordo com Oury não se trata de uma relação de causalidade, o que quer dizer que ela nem sempre emergirá. Isso vai além da técnica e por isso não pode ser aplicado por uma decisão administrativa. Não é suficiente “estar com” para se ter ambiência. “Estar com” envolve recursos pessoais, envolve qualidade de presença e de encontro.

DUBENA (2004) faz uma crítica em relação a alguns equipamentos de saúde mental usar o termo *fazer ambiência* em espaços de convivência dizendo que isso tem

mais a ver com espaços informais de tratamento. Porém a autora diz que atualmente, nesses estabelecimentos, ter abertura para fazer ambiência num espaço não estruturado pode propiciar e abrir espaço para a criatividade e invenção de novos favorecendo a *emergência da ambiência* proposta por Oury.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do estudo foi-se evidenciando a importância da emergência da ambiência nos espaços informais com relação à clínica das psicoses. Embora seja, aparentemente, simples dizer da importância desses dispositivos no processo terapêutico fica claro que se trata de um trabalho de disponibilidade que não é objetivado, nem calculável e muito menos programável.

Sabemos bem que tudo que é dinâmico, que tem movimento, que tem forças instituintes, tem a tendência a se cristalizar, a ficar instituído, assim é preciso para além de estabelecer uma prática, sustentá-la, “ter investimentos contínuos, o que inclui inventar, ser criativo no que se passa, no encontro diário com o imprevisível” (DUBENA, 2004, p.92).

Por isso é importante a existência de espaços de formação e de reflexão constante das práticas no serviço e não só individuais, mas coletivas para sabermos de nossos limites e potencialidades e para que possamos nos questionar sobre o que fazemos ali e o que aquilo tem a ver conosco. É a partir desses questionamentos que parecem óbvios, que novas respostas se dão e outras relações podem acontecer, diversificando as práticas e possibilitando a criação de possíveis.

ONOCKO CAMPOS (2005) nos alerta em seus escritos que

“(...) mudanças desejáveis nos encontros assistenciais requerem intervenções complexas (no sentido do grande número de variáveis) e de grande investimento técnico, ético e político. Não acontecerão somente com boa vontade, não demoram somente por causa de falhas na comunicação, nem por falta de “humanização”. Mas bem acontecem por inevitável humanidade dos humanos ali envolvidos” (ONOCKO CAMPOS 2005 p.580).

Por outro lado, um trabalho desse tipo só se consegue fazer quando se está devidamente acompanhado, ladeado por uma equipe que também acolhe e permite. É preciso uma estrutura que tenha plasticidade, ou seja, organizada, mas também com falta de organização suficiente para que exista o acaso, o imprevisto, a emergência do novo, da vida.

OURY (1991) nos informa que isso tudo

“não se trata simplesmente de uma relação individual, ou mesmo singular, com alguém, mas trata-se sempre, em particular no nível das estruturas psicóticas, de um trabalho de equipe, um trabalho que é um “levar em conta os outros” e si próprio; um trabalho que não secrete tampouco relações de rivalidade paranóica, correlatas de uma espécie de atomização dos estatutos, das funções, etc., mas que seja de saída tomado no âmbito daquilo que lhe é mais específico: **o trabalho de um espaço onde possa acontecer alguma coisa**, não um trabalho para favorecer, mas simplesmente para não impedir a emergência” (OURY, 1991, p.8).

A atuação nos espaços informais, em hipótese alguma, é algo fácil, já que não existe uma técnica ou um procedimento *a priori*. É preciso respeitar as singularidades e construir uma intervenção caso a caso, de maneira muito particular. Aí não somos detentores do saber o que nos gera uma posição desconfortável, assim como estar num espaço aberto, sem fronteiras e limites com os pacientes também o é.

Usando as palavras de PELBART (1992) em seu belíssimo texto: *Um Desejo de Asas*, a propósito da igualdade de um anjo e de um terapeuta é que nenhum dos dois pode dirigir o curso do mundo, mas no máximo, tornar mais leve o fardo de uma ou outra vida, de um ou outro momento de uma vida ou outra por ter essa disponibilidade para ouvir, para tocar, essa presença discreta que pode às vezes suscitar um novo começo, mesmo com a sua impotência para determinar, para resolver, para viver no lugar de.

A preparação, se é que tem, para atuar nos espaços informais é muito mais ética do que técnica, atenção ao inesperado.

Para OURY (1999)

“Há momentos privilegiados que é necessário poder balizar, momentos de emergência de signos, de mensagens gestuais, de mensagens erráticas. Mas a tradução que nós podemos fazer disso exige uma disposição particular que se adquire pelo exercício de uma “tekné”, espécie de atenção trabalhada que a torna sensível à qualidade do contexto, à polifonia dos discursos, às manifestações paradoxais de um sentido iluminado. Aí está um dos objetivos fundamentais a que

uma formação bem conduzida deveria propor” (OURY, 1999, p.7).

É preciso pensar e construir cotidianamente um lugar em que se possam produzir desvios, onde possa se efetuar uma produção de saúde. Não dá para pensar que isso é algo que se faça à revelia de uma clínica, de uma política, de uma ética, de uma formação...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DEJUAN, P.; DROGOUL, F.; GIRAUDON, L.; LECLERC, S.; LEROUX, A-M.; MOREAU, S.; PAPON, M.; VAILLANT, E. Arrumação e Limpeza, Espaço, Psicose. Trad. Juarez Pereira Furtado. Revisão. Ruth Joffily. In: **Revista “Institutions – L’ aliénation”**. nº. 12, março, 1993.

DUBENA, M. U. **Nas Entrelinhas da Psicoterapia Institucional? O Conceito de *Ambiência***. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo. 2004.

FURTADO, J. P. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos. In HARARI, Angelina & VALENTINI, Willians (orgs.) **A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano**. São Paulo, Hucitec, 2001.

FURTADO, J. P. ONOCKO CAMPOS, R. T. A transposição das Políticas de Saúde Mental no Brasil para a prática nos novos serviços. In: **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, vol. VIII, n 1, março de 2005.

MENDES, V. L. F. **Uma clínica no coletivo: experimentações no programa de saúde da família**. Tese de Doutorado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2004.

MIRANDA, L. FURTADO, J. P. O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. In: **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, vol. IX, n.2, setembro de 2006.

MOURA, A. H. **O Equipamento de Saúde Mental, suas Instituições e o Clube dos Saberes**. Tese de Doutorado. Campinas: UNICAMP , 2002.

ONOCKO CAMPOS, R. T. **Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental.** Saúde em Debate: Rio de Janeiro, v.25, n.58, 2001.

ONOCKO CAMPOS, R. T. **O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva.** Ciência e Saúde Coletiva, 10(3): 573-583, 2005.

OURY, J. Itinerários de formação. Trad. de Jairo Goldberg. **Revue Pratique**, n.1, p.42-50, 1991.

PELBART, P. P. Um Desejo de asas. In: **A nau do tempo-rei. Sete ensaios sobre o tempo da loucura.** Rio de Janeiro, Imago, 1992.

SOUZA, A. M. O. **Espaços informais: uma possibilidade no tratamento institucional de pacientes graves.** Monografia (Aprimoramento em Saúde Mental) – Programa de Integração Docente-Assistencial, CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira. São Paulo, 1999.

SOUZA, A. M. O. **Loucura em cena? a “Ambiência” como espaço informal de tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial.** Dissertação de mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003.

TENÓRIO, F. **A Psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

VIGANÒ, Carlo. A construção do caso clínico em Saúde Mental. **Coringa/Escola Brasileira de Psicanálise**, n 13 set., Belo Horizonte EBP-MG, 1999.