



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E COLETIVA

**Por uma Clínica da Visita: Uma proposta introdutória
aos Serviços Residenciais Terapêuticos.**

JOSÉ EDUARDO PERES RAMOS JÚNIOR

Trabalho de conclusão apresentado ao
Programa de Residência Multiprofissional
em Saúde Mental e Coletiva da
Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Coordenadora: Rosana Onocko Campos

Supervisores: Éllen Cristina Ricci
Bruno Ferrari Emerich

CAMPINAS
2015

*Os senhores perguntarão:
Para que eu me mutilava e me torturava dessa maneira?
Resposta:
Porque era muito chato ficar sentado de braços cruzados,
E então entregava-me a essas extravagancias...
Eu fantasiava peripécias e criava uma vida pra mim,
Ao menos para viver, de alguma forma.*

Fiodor Dostoiévski. In: Memórias do Subsolo, 1862.

APRESENTAÇÃO

Na verdade, é justo e necessário, é nosso dever e salvação, dar-vos um fim, pra sempre e em todo lugar, à Psiquiatria misericordiosa e assim, tirá-la do posto de Deusa fiel.¹

O que apresento aqui é o meu trabalho de conclusão para o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva da UNICAMP e, portanto, não poderia começá-lo diferente.

Ademais, aprendi com Charles Chaplin a dizer algumas verdades brincando. Isso nos possibilita um respirar mais leve frente a algumas dificuldades da vida, um ar que muitas vezes essa Deusa não nos oferta mais. Não a culpo por isso, embora tenha sido ela quem se prontificou a carregar desde o início de sua patologização, o enlouquecer. E não a culpo principalmente, porque hoje tem como parcerias, além da sociedade civil, as psicologias, enfermarias e várias outras “ias”. Pois então podem ir, com seus núcleos duros e conservadores, e que fiquem somente as atribuições que nos podem ser úteis e benéficas de suas histórias e o que de bom há de surgir.

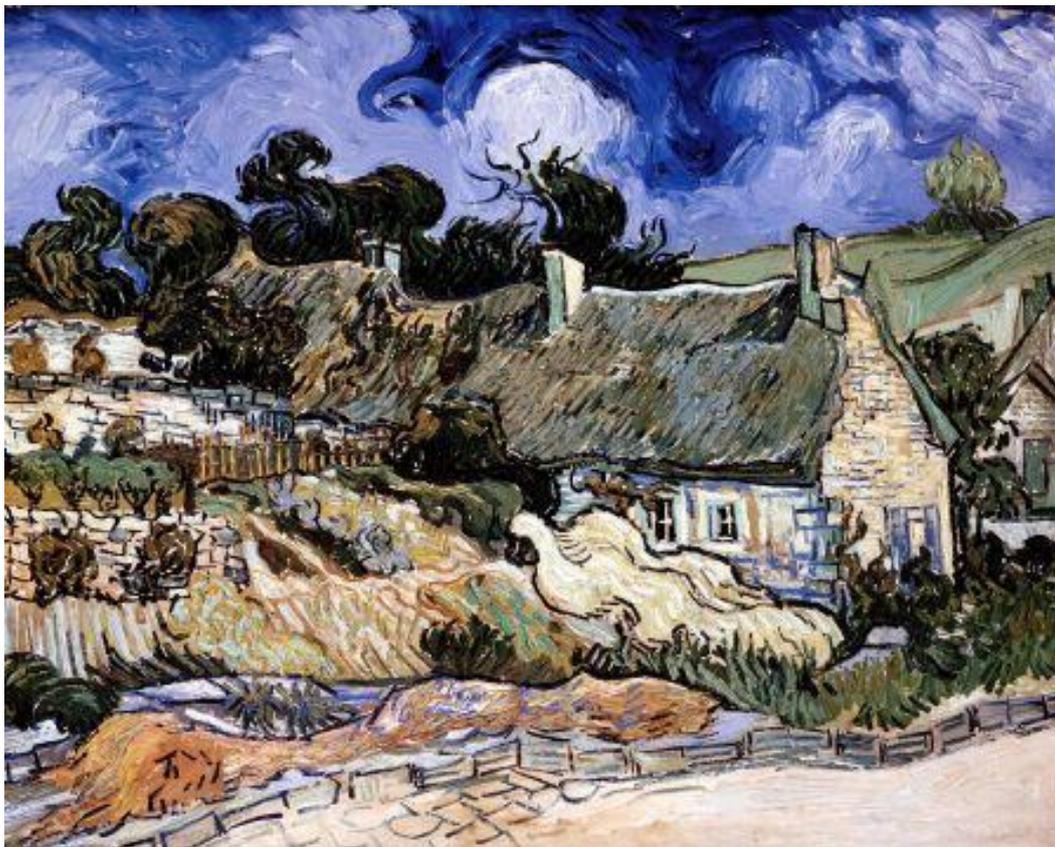
Ao finalizar o último ano do processo dessa formação, trago como tema principal os chamados Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), em especial os localizados na região sul da cidade de Campinas-SP, que me serviram de experiência neste percurso. O que não inviabiliza as colaborações presentes aqui a caberem em quaisquer outros cantos do mundo.

Assento pelo título “Por uma Clínica da Visita: Uma proposta introdutória aos Serviços Residenciais Terapêuticos”, pois quero aqui começar com vocês algo que se baseia por enquanto, meramente em meus escassos estudos e práticas. Penso e me é claro, que em um esporte coletivo, a vitória nunca se conquista sozinho, muito menos deve ser assim comemorada.

Digo isso, pelo fato de que anseio uma nova proposta, iniciar em conjunto o que chamo aqui de Clínica da Visita. Sobre isso, é que discorrerei no trabalho e dizem ser um bom anfitrião aquele que sabe cuidar bem da visita. Pois então entrem, sejam bem vindos e sintam-se a vontade, vou lhes mostrar a casa.

¹ Alusão ao texto do catolicismo denominado Oração da Eucaristia. Costuma ser lido em cerimônias religiosas referente à celebração em memória da morte e ressurreição de Jesus Cristo, também podendo ser denominada Oração da Comunhão. Encíclica Ecclesia de Eucharistia, João Paulo II, 2003.

INTRODUÇÃO



VINCENT VAN GOGH. CASAS EM AUVERS, 1890.

Um pássaro na gaiola durante a primavera sabe muito bem que existe algo em que ele pode ser bom, sente muito bem que há algo a fazer, mas não pode fazê-lo. O que será? Ele não se lembra muito bem. Tem então vagas lembranças e diz para si mesmo: “Os outros fazem seus ninhos, têm filhotes e criam a ninhada”, e então bate com a cabeça nas grades da gaiola. E a gaiola continua ali, e o pássaro fica louco de dor.

“Vejam que vagabundo”, diz um outro pássaro que passa, “esse aí é um tipo de aposentado.”. No entanto, o prisioneiro vive, e não morre, nada exteriormente revela o que se passa em seu íntimo, ele está bem, está mais ou menos feliz sob os raios de sol. Mas vem a época da migração. Acesso de melancolia – “mas”, dizem as crianças que o criam na gaiola, “afinal ele tem tudo o que precisa”. E ele olha lá fora o céu cheio, carregado de tempestade, e sente em si a revolta contra a fatalidade. “Estou preso”, “estou preso e não me falta nada, imbecis.”. “Tenho tudo o que preciso.”. “Ah! Por bondade, liberdade! Ser um pássaro como outros.”.

Aquele homem vagabundo assemelha-se a este pássaro vagabundo...

E os homens ficam frequentemente impossibilitados de fazer algo, prisioneiros de não sei que prisão horrível, horrível, muito horrível.

Há também, eu sei, a libertação, a libertação tardia. Uma reputação arruinada com ou sem razão, a penúria, a fatalidade das circunstâncias, o infortúnio, fazem prisioneiros.

Nem sempre sabemos dizer o que é que nos encerra, o que é que nos cerca, o que é que parece nos enterrar, mas no entanto sentimos não sei que barras, que grades, que muros.

Será tudo isso imaginação, fantasia? Não creio; e então nos perguntamos: meu Deus, será por muito tempo, será para sempre, será para a eternidade?

Você sabe o que faz desaparecer a prisão. É toda afeição profunda, séria. Ser amigos, ser irmãos, amar, isto abre a porta da prisão por poder soberano, como um encanto muito poderoso. Mas aquele que não tem isso permanece na morte.

Mas onde renasce a simpatia, renasce a vida.

Além disso, às vezes a prisão se chama preconceito, mal-entendido, ignorância, falta disto ou daquilo, desconfiança, falsa vergonha.

Vincent Van Gogh. In: Cartas a Théo, 1986. Carta datada de Julho, 1880.

Eu poderia deixar a introdução somente por conta desse texto, afinal, quais palavras são capazes de sair das nossas bocas que acalentem esse sofrimento? Assim de bate pronto, acredito que poucas. Talvez um abraço, um afeto, um estar junto. Além de que ele detalha muito bem o motivo de ter escolhido escrever sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos. Mas convenhamos que as coisas não se dão a toa, e se não há muito que dizer, há muito que fazer.

Fruto da minha inserção como psicólogo residente por um período de um ano nas ditas moradias, as casas dos loucos espalhadas pelas cidades com a chegada da Reforma Psiquiátrica no Brasil, este trabalho traz como ideia principal uma nova proposta de cuidado aos moradores desses serviços. Como diz em seu título, apresenta um caráter introdutório, pelo fato de que apresento apontamentos iniciais baseados em minhas trajetórias percorridas por esses poucos lugares, no total de seis casas; tendo o pouco compartilhado com meus amigos, parceiros de profissão, e possíveis interessados que me ajudarão a dar seguimento nisto que proponho.

O seu decorrer se estende por uma célere retomada da história da loucura até os dias atuais, seguida nesta ordem por uma apresentação sobre o que é o SRT; as exposições e contribuições a respeito da proposta, e finalizado pelas considerações finais.

É de suma importância declarar que tudo que se segue, está relacionado a minhas experimentações voltadas em especial para as residências tipo II, onde provavelmente meus dizeres se enquadrarão com mais clareza.

UM BREVE RECORRIDO HISTÓRICO PELA REFORMA PSIQUIÁTRICA.

*A única maneira de liquidar o dragão
é cortar-lhe a cabeça,
aparar-lhe as unhas
não serve de nada.*

José Saramago. In: As Intermittências da Morte, 2005.

Se ainda estamos na Idade Média, posso considerar que de fato encontramos-nos na época certa. Posso aceitar essa vida medíocre que todos nós mantemos sem salvar exceções, nessa estrutura redonda gigantesca na qual vivemos, mas que há algum tempo atrás possuía em seus céus, aberturas. Algum tempo atrás na Antiguidade. Medíocre pelo simples fato de que se nessa época, o louco era sinônimo de medíocre ridículo do homem², logo posso constatar que a Idade Moderna ainda está para chegar. Poderíamos inclusive inventar um jogo de épocas, como quase tenho feito aqui, inspirado em um que aprendemos com maestria desde o nosso nascer: o jogo da vida humana.

A loucura enquanto doença mental notada pelo Renascimento como desrazão, ao que se aparenta, obteve seu espaço privado; reservado para ela com todo carinho em hospitais nos confins do continente europeu, através do sossego dado pela lepra por volta do século XVI. Junto a esse espaço herdado, os ganhos continuaram especificados por moralidade e exclusão, que ainda podemos notar com facilidade nos dias atuais. Parece-me e devo concordar que provavelmente seja verídico devido à consciência da sociedade contemporânea, que a própria já vinha a dois séculos anteriores demonstrando certa dificuldade em conviver com alguns figurões que costumavam estranhamente não seguir a risca o que estava sendo construído pelos ideais do período da renascença. Como tudo na vida tem um resultado, o desse foi e ainda são os famosos manicômios, donos do prestígio de limpar as cidades e contemplar a segregação humana.

²Arranjo utilizado por Michel Foucault para denominar como era visto o homem considerado louco na Idade Média, em seu livro “História da Loucura na Idade Clássica”, de 1972.

Obrigo-me a realizar um salto nos séculos, pois o que preciso aqui é que se possa criar um mínimo de entendimento desse processo histórico para compreendermos melhor onde iremos chegar.

É com e no final do século XVIII em Paris, que a expressão “este ficou pinel da cabeça” justifica a sua existência e significado. Isso se deve ao fato de que o homem considerado ser o pai da psiquiatria, se chamar Phillippe Pinel. Este médico francês começou a se destacar ao trabalhar em alguns hospitais e percebeu que quem ficasse pinel, teria para onde ir além de acorrentado no exílio.

Segundo Amarante (2007), com a operação de transformações dos hospitais no qual atuou, Pinel fundou também os primeiros hospitais psiquiátricos, determinou o princípio do isolamento para os alienados e instaurou o primeiro modelo de terapêutica nesta área ao introduzir o tratamento moral.

Unido a esse isolamento, é que se chegou hoje ao processo que conhecemos como institucionalização do sujeito, deixando de lado qualquer subjetividade em prol do foco na doença, mas que em sua criação tinha por intenção afastar o indivíduo da falta de razão, onde não haveria interferências consideradas prejudiciais ao seu reencontro com o juízo e a lucidez. Atrelado a ordem do sistema disciplinar, só assim poderia ser possível recuperar a liberdade.

A Psiquiatria esteja convosco. Ela está no meio de nós. Corações ao léu. Nosso coração está na Psiquiatria. Demos graças a Psiquiatria, nossa Deusa. É nosso dever e nossa perdição³.

Vale ressaltar que com o passar do tempo tal resultado como o que mencionei acima muda, se altera. Assim, vidas depois, no século XX, a Reforma Psiquiátrica nasceu, vestiu a camisa, trocou seu símbolo e vem revertendo alguns placares. O mundo ou ao menos parte dele, começou a perceber que abraçar a ideia de hospício era quase a mesma coisa que beijar a boca do Hitler, com seus exímios campos de concentração. Quando alguém se sente no direito de tomar decisões pelo outro, sempre diz estar fazendo pelo bem ou ao menos acredita nisso, o que acarreta a uma atribuição de poder, de

³ Segunda alusão à Oração da Eucaristia.

força. E eram a força, a imposição e a violência os principais determinantes para diferenciar o louco do *homo sapiens*, e ainda são. Às vezes me pergunto em quem a loucura manda mais.

O primeiro reverso, podemos notar com a criação das Comunidades Terapêuticas⁴ e pela Psicoterapia Institucional⁵, seguidas da Psiquiatria de Setor⁶ e a Psiquiatria Preventiva⁷, e também com a Antipsiquiatria⁸ e a Psiquiatria Democrática⁹. Todos esses são movimentos espalhados pelo mundo que iniciaram rompimentos com a estrutura vigente e uma mudança histórica de paradigmas.

Dentre todas essas, a que iremos conversar sobre e que mais me fará sentido para o desenvolvimento do tema proposto, é a Psiquiatria Democrática, de Franco Basaglia. Isso se deve ao fato de que é ela a principal embaixadora das atuais políticas de saúde mental brasileira, onde estão englobados nestes solos férteis dos lindos campos com mais flores, os SRTs. E explico-lhes.

É através do surgimento desse modelo que se dá o grande impulso para uma reforma psiquiátrica no contexto Italiano, em princípios dos anos 60.

Uma reforma é realizada para que tenha mudanças no que existe, melhorias em sua organização e funcionamento, e consertos naquilo que não mais nos serve com tanto vigor, sendo justamente o que foi pretendido e realizado na Itália. O processo se caracteriza fundamentalmente pela contestação da existência dos manicômios e sua ruptura com estes. Nas palavras de Amarante (2007), Basaglia passou a formular um pensamento e uma prática institucional absolutamente originais, voltadas para a ideia de

⁴ A Comunidade Terapêutica é um modelo de tratamento tendo como principal personagem Maxwell Jones por volta dos anos 60, na Inglaterra. Possibilitava maior envolvimento do paciente em seu tratamento, através de grupos operativos e de discussão.

⁵ A Psicoterapia Institucional se caracteriza como modelo de transformação dos hospitais psiquiátricos na França, entre os anos 50 e início dos anos 60. Considerava o resgate à noção de “trabalho terapêutico” possibilitando a participação dos internos em seu tratamento. Ver em *Éducation et Psychotérapie Institutionnelle*, Mantes-la-Ville. François Tosquelles, 1984.

⁶ Psiquiatria de Setor iniciou apontamentos da necessidade de um trabalho externo aos manicômios, dividindo os hospitais em setores de trabalho e por região, e criando os centros de saúde mental, tendo como principal colaboradora Lucien Bonnafé,

⁷ Desenvolvida nos Estados Unidos, nos anos 70, defendendo por exemplo, que os problemas de saúde poderiam ser diminuídos por intermédio da participação, da auto-ajuda e de oportunidades sociais. Seu principal colaborador foi Gerald Caplan, que escreveu *Princípios da Psiquiatria Preventiva*, em 1980.

⁸ A Antipsiquiatria teve início no fim dos anos 50, na Inglaterra, marcada pelos psiquiatras David Cooper e Ronald Laing. Ver o livro *Psychiatry and Anti-Psychiatry*, de David Cooper, 1967.

⁹ Um marco para o cuidado aos doentes mentais na Itália e no mundo iniciou-se nos anos 60, encabeçado por Franco Basaglia, propondo uma ruptura os modelos psiquiátricos existentes e o fechamento dos manicômios. Ver *A Instituição Negada*, de Franco Basaglia, 1985.

superação do aparato manicomial, entendido não apenas como estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana.

A partir do fechamento desses locais, surgiu a criação de outros dispositivos que visam à substituição deste antigo modelo, por outras vias. Para Yasui (2010), a Reforma Psiquiátrica se caracteriza por uma ruptura em relação à racionalidade psiquiátrica, ao recusar-se a aceitar o sofrimento humano apenas como o objeto simples da doença mental, mas por considerá-lo em sua complexidade.

Essas ideias do conjunto de saberes e de ser humano complexo no sentido de um todo, passam a configurar o novo modelo de tratamento destinado ao alienado, anormal, demente, desequilibrado, insano, lunático, bizarro, maluco, perturbado, mentecapto. Inicia-se uma busca a novas formas de cuidado que seja capaz de possibilitar um lugar social para a loucura.

Eu havia dito anteriormente, que a Reforma Psiquiátrica Brasileira se baseia principalmente nos princípios da Italiana, mas pensando nesse sentido, enquanto processo de desinstitucionalização, há também certa aproximação com a Psiquiatria de Setor, na França. Pelo fato de que uma diferença entre as duas é devido ao fato de que na Itália, a proposta ser o fechamento das portas manicomiais e um novo e potente modelo de cuidado com centros de saúde mental, inclusões sociais, cooperativas de trabalho, residências para internos, ou seja, uma mudança de conceito e de mentalidade; já na França, o processo se caracteriza mais por uma desospitalização e não com o rompimento aos hospícios, mas incluso até a melhoria desses espaços.

Portanto, se eu estivesse na italiana, e fosse o responsável por isso, com certeza nomearia Demolição Psiquiátrica, mas a verdade é que falar é fácil, e quem tem uma casa, ou ao menos sabe que tem uma (pois não é a realidade de muitos, e descobriremos aqui), sabe o quanto uma reforma dá trabalho. O que se é feito hoje no Brasil, se aproxima até agora com uma continuação da institucionalização do sujeito, tendo ainda a existência dos hospitais psiquiátricos e suas substituições em leitos de hospitais gerais, com dificuldades em tratar o que é essencialmente humano, a vida.

É nesse sentido que finalmente chego ao primeiro ponto onde pretendo.

A meu ver, a Reforma Psiquiátrica Brasileira pretende ocupar um lugar de processo social, biológico e psicológico, considerando que o doente é antes disso um homem ou mulher, ou menino, ou velhinha, ou travesti, ou outros tantos, como ser indivisível, único, integral. Junto a isso, eliminando os hospícios, dar de maneira justa e definitiva, formas de cuidado que garantam respeito e dignidade ao sujeito em sofrimento psíquico e principalmente assegurar de volta à vida aos que perderam, e uma vida a ser vivida aos que não devem perdê-la.

Yasui (2010) nos traz com suas contribuições as quatro dimensões fundamentais da Reforma Psiquiátrica. A primeira é a dimensão epistemológica, que se refere ao campo da produção de saberes e à desconstrução dos fundamentos, das noções e dos conceitos fundantes da psiquiatria para a construção de um novo paradigma no campo da saúde mental. A segunda dimensão é a técnico-assistencial, que apresenta um constante movimento entre a prática e a teoria propondo a construção de uma nova organização de serviços. A terceira é a dimensão jurídico-política, com ações que objetivam construir uma pactuação de poder que dê voz a quem não tem direitos, sendo uma luta política para uma transformação social. A última é a dimensão sociocultural que visa provocar a sociedade a refletir sobre sua relação com a loucura, através de ações culturais, desconstruindo um imaginário social.

Seguindo por essa lógica, dos equipamentos substitutivos criados, ligados a uma rede de serviços de saúde pertencentes ao sistema público, surgem os Centros de Atenção Psicossocial, os Centros de Convivência, as Associações e Cooperativas dos Usuários da Saúde Mental, entre outros, como os Serviços Residenciais Terapêuticos.

Tomai, todos e comei, sem reclamar: Isto é o almoço, que será feito e entregue por mim e jamais por vocês. Do mesmo modo, no fim da ceia, eles, tomando o copo em suas mãos, não tinham vozes para suplicar. Eis o mistério desses serviços¹⁰.

¹⁰ Terceira alusão à Oração da Eucaristia.

OS CHAMADOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS.

Vejam, essa é a sala de estar, onde geralmente costuma ser a nossa porta de entrada. Existem alguns costumes que meramente reproduzimos, sem ao menos nos questionar a razão. Particularmente me agrada entrar pela cozinha, mas eu explicarei mais para frente. Isto aqui é um sofá, olhem... podem tocar, serve para se sentar. Vamos, sentem-se, vocês podem se acostumar com isso. A casa é de vocês. Aliás, vou aproveitar e contar mais algumas coisas sobre como viemos parar aqui.

Antes, os caros leitores que me desculpem, mas não é somente com vocês que dialogo aqui, e sim com o Aureliano, o Matraga, o Fabiano, a Capitu, a Macunaíma, e com muitos outros egressos dos manicômios, que pelas histórias de vida, gostaria que fossem literários, mas hoje vivem nos SRTs e para quem dedico estes escritos.

O que acontece Seu Quixote é o seguinte, o hospital que em sua criação servia de abrigo aos pobres, deixou a benevolência de lado e ao invés de hospedagem, que faria jus à sua definição em latim, transformou-se em hospital geral com o surgimento da clínica. Ó, Clínica, que habitai o título deste que escrevo. A palavra Clínica deriva do grego *kliniké*, que se costumava denominar a ação de o médico visitar os pacientes, daquilo que se faz junto ao leito, nos permitindo assim ligar tal ação ao conceito do cuidar. Ó, visitar! Ora essa, de visita? Como no título? Sim. Visita vem do latim *Visitare*, “ir olhar, inspecionar”, derivado de *Vedere*, “ver, observar, reparar em”.

Podemos começar a entender o sentido da proposta, mas não se atenham somente ao mero significado escrito. Só Deus sabe o que o hábito pode fazer com uma pessoa. O fato de o ser humano se encontrar sem saída, se ver incapaz de mudanças, aparenta ser insuportável. Aí sim, podemos dar início de fato a algum entendimento.

Prosseguindo, a partir desses atendimentos clínicos, como já vimos anteriormente, é que surge a Psiquiatria de Pinel e conseqüentemente o novo habitat dos loucos. Mas nesse exato instante, no presente temporal qual vivemos, considero como presente prenda, os Serviços Residenciais Terapêuticos. Digo isso pensando simplesmente no fato de após tantos anos

preso em um recinto, limitados por paredes onde a vida passa sem vê-la, nada melhor do que ter uma casa, que serve para morar. E grifem isso.

Assim o Ministério de Saúde do Brasil diz através da portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, que os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares.

Chamados também de “moradia”, podem existir algumas diferenças entre elas que se definem pela necessidade de cuidado que solicita cada morador. Caracterizadas como de tipo I, são destinadas a acolher um número máximo de oito moradores e as de tipo II, destinadas ao número máximo de dez moradores, com maior nível de comprometimento físico que necessitam de cuidados constantes.

Se assim considerarmos, bem como qualquer serviço de saúde, existe um quadro de profissionais encarregados desse cuidado, composto por cuidadores de referência e profissionais técnicos, de acordo também com o tipo referente, I ou II, esta última, composta por plantões 24 horas. E são principalmente com esses profissionais, que nossa Clínica da Visita deverá dialogar.

Segundo ainda a portaria, as duas modalidades de SRT se mantêm como unidades de moradia, inseridos na comunidade, devendo estar localizados fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, estando vinculadas a rede pública de serviços de saúde.

Logo, a subsistência dessas casas tem por obrigatoriedade, penso eu, responder as necessidades marcadas acima, considerando a singularidade de cada um dos moradores, separadamente, seguido pelo suporte do CAPS de referência ou da Atenção Básica. Tudo isso, ligado unicamente ao fato de que esse serviço é oferecido para que haja um processo de encontros e reencontros com a inclusão social, que se dá através de um longo caminho.

Caminho este, percorrido junto ao morador com quem é o responsável pela execução de auxiliá-lo nessa tarefa, e antes mesmo do início de tudo, o

ponto de partida se consolida pela presença permanente do que venho chamar aqui de respeito social, que detalharei no próximo item ao descrever a clínica.

Então, é justamente por isso dona Macabéa, que lhes escrevo, contando esses pedaços de verdades da história, mas foi ouvindo as tantas histórias de vocês que me pego questionando as funcionalidades do lugar onde a senhora mora, os fatos e determinismos mecanicistas. Para Santos (1987), o determinismo mecanicista é o horizonte certo de uma forma de conhecimento que se pretende utilitário e funcional, reconhecido menos pela sua capacidade de compreender o real do que pela capacidade de o dominar e transformar.

O que deve nos ficar claro é que o SRT é um serviço fundamental para a solidificação da Reforma Psiquiátrica, pois o trabalho em Saúde Mental busca há anos deixar de ser manicomial, e passou a ser simplesmente o trabalho com as pessoas e suas subjetividades, com o ser que vive, respira e tem sentimentos, da mesma forma que você, estimado leitor. Portanto, compreender o real do outro se torna fonte desse trabalho.

A CLÍNICA DA VISITA

- Vamos descobrir um tesouro naquela casa?

- Mas não há nenhuma casa...

- Então vamos construí-la!

Groucho Marx¹¹

Parto do princípio de que para vivermos de uma maneira satisfatória, precisamos de algumas determinadas coisas. Uma delas é o criar. E no ponto em que nos encontramos, com relação à saúde mental, o dispositivo criar é imprescindível. Parto então daquilo que é novo, porém aquilo que é novo, nunca puramente o será. Porque tudo o que se cria tem uma origem e uma causa. Sendo assim, só é novo porque é criado, mas algo o sustenta a priori e a posteriori, pois é criado visando a alguma coisa. Cria-se aquilo porque se precisa, ou ao menos é o que se supõe.

¹¹ Groucho Marx, pseudônimo de Julius Henry Marx. Comediante e ator estadunidense entre as décadas de 30 e 60.

A ação de visitar, por exemplo, não nos é novidade, mas a clínica da visita me é. Entendem? Logo, há muitas coisas que antecedem essa clínica e que permitem que ela exista, pois fazem parte dela, e também há coisas no futuro que precisam que ela exista.

Mas enfim, chegamos à cozinha. E me agrada mais, como havia dito, pelo fato de que aqui se costuma produzir aquilo que nos alimenta. É na cozinha que se encontram os ingredientes necessários para a nutrição do homem. Aqui fica o fogão, vocês saberão como usá-lo, podemos ensiná-los sem nenhum problema. Há de se ter cuidado, pois quem brinca com fogo faz xixi na cama, viu? É nele que farão suas refeições, mas se não der agora, um dia dará, fiquem tranquilos. Portanto, mãos na massa, mas esperem, não é somente dessa forma que se alimenta a vida.

Gostaria de explicar alguns pontos que nos serão importantes. O primeiro é sem dúvida, a sua denominação. Como já vimos anteriormente, a Clínica da Visita se origina em sua primeira palavra através do termo do latim *clinicus* “médico que visita seus pacientes em leito”, e do grego *klinike tekhnē* “prática à beira do leito”, sendo de uma base Indo-Européia o termo *kli-* “recostar, inclinar”. E em sua segunda palavra através do latim *visitare* “ir olhar, inspecionar”. Desta forma, essa clínica se caracterizará primordialmente por representar um cuidado aos moradores dos SRTs, que se baseia em destinar um olhar mais humano, que pode e muitas vezes deve ser de inspeção, mas não unicamente.

Esse olhar deve ser acompanhado de um exercício de visita ao sujeito em seu ambiente domiciliar, dotado pela noção que considero de extrema importância, a do respeito social, que tem por base uma relação constituída de igual para igual com o outro, independente de raças, cores, doutrinas, religiões, sexos, doenças, etc.

Apresenta-se através de uma relação não de submissão, mas de apreço e atenção ao outro, considerando que não se deve acontecer ações e práticas reprováveis no contexto domiciliar por consequência fora deste espaço.

Esse respeito começa a ser praticado então dentro da casa, e se constituirá na relação morador-trabalhador, através de intervenções que viabilizem o uso comum do espaço; reuniões entre moradores e profissionais quantas vezes forem necessárias; estabelecimento de regras de convivência,

entre outras possibilidades que possam despontar a partir dos encontros naturais do cotidiano; e o entendimento de que esse espaço é uma casa.

Essa noção se faz necessária de todos a todos se estamos desde os primórdios da humanidade em busca de uma boa convivência social. Dar-se-á nesse caso obviamente aos sujeitos residentes destes serviços que após anos de distanciamento do convívio social não mais apresentam facilidade em se adaptar ao mundo ideal criado por quem esteve livre. Esse período de exclusão provavelmente subtraiu inúmeras de suas capacidades intelectuais, físicas e a veracidade, o sentido e o valor da vida.

Nessa direção, é de suma importância que essa questão seja sempre levada em consideração em qualquer prática realizada nesses espaços, portanto, caracterizo o olhar humano como necessário, enfatizando seu cunho de sensibilidade a aquilo que é alheio tomando em conta que por ser alheio é provavelmente diferente das referências de vida trazidas pelo praticante. Nisso se inserem questões como, todas as atividades realizadas dentro dessas casas onde tal praticante tenha ações detentoras daquele espaço ao invés de mero trabalhador, além do desejo que corrói o homem de corrigir de acordo com as exigências do bom senso, das normas e regras estabelecidas socialmente.

Acredito que dificilmente se possam corrigir vontades humanas. A consciência humana é apenas uma superfície e justamente por isso, ele não se enquadrará em situações de adestramento. Essa lógica se encaixa perfeitamente no que estamos tentando construir para esses serviços.

O segundo ponto é que a inicialmente devemos creditar a esse modelo de cuidado, apenas o seu processo de “fora para dentro”. Em segundo plano, ele resultará a partir de si próprio, no processo “dentro para fora”. Significa que toda a sua condução será por primeiro, receptora a aquilo que é externo a casa e depois o contrário.

Isso se deve ao fato de que ainda estamos sobre uma falsa égide que paira sobre a sociedade atual. Falsa porque se dá devido aos mitos e medos que há anos entram em colisão com a loucura e acredito que uma das nossas missões é fazer com que essa relação se altere de colisão para coalizão. Tal alteração permitirá um fenômeno de aliança de potências entre sociedade e loucura, produzindo deslocamentos na ordem da consciência cultural, evitando a aparição de seres deslocados.

Esses deslocamentos são caracterizados por aceitação de ideias diferentes pelos detentores de uma verdade única e seus seguidores. A razão por si é uma coisa boa, mas é apenas razão. Existem outras coisas para além dela, como qualquer manifestação da vida humana, que não necessariamente são racionais, e bem sabemos disso. É a famosa pergunta do que você se permite fazer quando não tem ninguém o vendo. A capacidade racional do homem possibilita isso e sua natureza age de formas sejam conscientes e inconscientes, portanto, mesmo que a razão do homem normal por vezes não aceite a desrazão, ela também é uma forma de viver. Mesmo o mais louco dos loucos está vivendo, e isso não se poderá negar jamais.

Quando alguém chega ao fundo do poço, e neste caso podemos considerar esse fundo, o manicômio, assim que saído de lá, o que se deve propor a essa pessoa são elementos que o ajudem a subir. Esses elementos se darão através da relação criada, dos subsídios existentes e principalmente dos estímulos ofertados ao tratamento que também se basearão na estrutura do sujeito, naquilo que ele traz consigo enquanto sinais de suas potencialidades e do que ele se mostra a fim.

Refiro-me então ao primeiro processo ser de “fora para dentro”, pois ao chegar a uma moradia, embora para nós pareça ser de bom grado, para o sujeito talvez não o seja, ao menos tão facilmente, pois não está habituado a essa situação. Logo, todos os estímulos necessários para essa adaptação dados serão vindos de fora. Os significados dos objetos, dos utensílios, para que serve isso ou aquilo; o reconhecimento dos espaços da casa e suas funções; os aspectos positivos e negativos advindos da comunidade que adentram o morar, entre outros. Não estamos falando aqui de sujeitos que vieram da selva e não conhecem tais situações, mas por vezes podemos assemelhar a essa conjuntura, a depender do nível de comprometimento que se encontra e do tempo alojado que pode tê-lo feito esquecer muitas coisas.

No tramite desse processo, hão de surgir às singularidades que serão cruciais para a execução das tarefas dentro da casa. Elas não devem ser postas de lado e sim postas no centro da discussão e na resolução do que se procura. Não é função do profissional advertido pela clínica da visita eleger sozinho como as coisas devem ser estabelecidas, uma vez que a casa não é dele.

Nesse ponto, entramos num embate interessante. A casa não é do profissional, mas é o local de trabalho dele. No trabalho, costumamos realizar as coisas da nossa maneira. Sim, mas existem princípios que não estão ao nosso alcance, que são definidos por outras ordens que não a nossa e nesse caso, elas pertencem aos moradores. O trabalho a própria maneira se dará nos limites do cuidado a eles. Exemplificarei utilizando de uma conversa que tive com um morador, que me dizia “Aqui não é minha casa, eu quero ir embora (...) Aqui eu não mando nem em mim, tem horário para acordar, horário para tomar café, horário para tomar banho, horário para dormir.”. Ou seja, o morador não deve ter sua vida guiada aos moldes do profissional. Se ele quiser acordar quando bem entende, a escolha é dele. Se quiser tomar café ou não, a escolha também é dele. Se ficar um mês sem ficar banho, é também uma escolha dele. Situações como essa demonstram que há uma dificuldade no trabalho executado, na clínica do cuidado utilizada, se a ideia parte da reabilitação psicossocial. Há que se tomar em conta o contexto em que o morador se encontra, incluindo sua doença e todas as outras particularidades da vida humana.

Isto posto, pode nos ajudar a entender uma discussão que está relacionada a essa, o Serviço Residencial Terapêutico é um dispositivo de saúde ou uma casa? São os dois, e por assim serem, devem encontrar um caminho onde as práticas de ambos se encontrem e dialoguem para que uma não sobreponha à outra. Foi criado para cuidar mas também criado para morar. E assim um dia poderemos dizer que o SRT não é um asilo psiquiátrico.

Após essas considerações, vamos finalizando o segundo ponto. Ocorrido os primeiros passos de uma chegada ao novo lugar, uma identificação do mesmo enquanto local do habitar e o trabalho realizado dentro da casa para com o morador, pode-se iniciar ou inclusive trabalhar em consonância com os processos anteriores, o processo “dentro para fora”. Que se remete a todas as atividades que caracterizam serem exteriores as casas, ou seja, nas ruas, praças, cinemas, teatros, mercados, escolas, e tudo que se engloba ao cotidiano.

Quando recebemos visita em nossas casas, recebemos não só presenças corporais, recebemos também outro estilo de vida que não a nossa, aprendemos com o outro, e constituímos trocas, compartilhando ideias,

assuntos, sentimentos. O trabalho de visita do “dentro para fora” possibilitará com que esses moradores também possam ser visitas em outros lugares, e que se reconheçam como tal, respeitando os espaços alheios e convivendo normalmente enquanto cidadãos, que sim, como todos, têm suas normas e regras necessárias ao conviver em sociedade através do contrato estabelecido, com suas leis, direitos e deveres¹², sem lugar para a tutela.

Tudo isso poderá ser passado através da demonstração da própria atuação laboral. Todo profissional que chegar a seu trabalho chegará definitivamente como visita. Ora, se você está chegando à casa de alguém, embora vá trabalhar nela, você continua sendo um visitante. Concordam? Tocar o sino, bater na porta, pedirá licença ao entrar e todos os costumes culturais quais conhecemos.

Tomemos por base, a assemelhação com o emprego de doméstica, que desenvolve tarefas que lhe são atribuídas vindas das necessidades de seu superior que reside no local. Para o superior, esse local ocupa em sua vida o espaço domiciliar, já para a doméstica é espaço de trabalho. Nos SRT é parecido, não importa se médico, psicólogo, técnico de enfermagem, enfermeiro, auxiliar de moradia, terapeuta ocupacional, etc.

Deve-se então ficar claro que ao chegar a uma residência, se está indo oferecer apenas seus serviços de cuidados, de olhar a alguém, de entendê-lo em seu todo e principalmente de respeitar o seu espaço.

Chego a essa conclusão através do terceiro ponto, que emerge da interação desse processo com o “estar” e o “habitar”.

Para Saraceno (1999), entre estar e habitar existe uma grande diferença. O estar tem a ver com uma escassa ou nula propriedade (não só material) do espaço por parte de um indivíduo, com uma anomia e anonimato do espaço em relação aquele indivíduo que no dito espaço não tem poder decisional, nem material, nem simbólico. O habitar tem a ver com um grau sempre mais evoluído de “propriedade” (mas não somente material) do espaço no qual se vive, um grau de contratualidade elevado em relação à organização

¹² Esse conceito se apresenta através de várias teorias de filósofos como Thomas Hobbes (1651), John Locke (1689) e Jean Jacques Rousseau (1762), visando explicar a origem dos Estados e a necessidade de uma ordem social, onde a sociedade reconhece através de um contrato social a autoridade de um conjunto de regras, ou de um regime político.

material e simbólica dos espaços e dos objetos, à sua divisão afetiva com outros. O manicômio (como o cárcere) é o lugar por excelência onde é negado o habitar e afirmado o estar.

Ou seja, um SRT pode muito bem cumprir esse papel de cárcere, embora não o seja para isso. É perfeitamente possível que construamos um serviço residencial que faça com que seus residentes apenas estejam no ambiente e que não o habitem enquanto espaço próprio, que não o reconheçam como sua casa. É como se alguém lhe dissesse que irá te visitar na moradia y, ao invés de dizer que irá te visitar em sua casa. É como se alguém lhe dissesse que você tem seus horários para sair e não quando lhe dá na telha. Ou como se você não tivesse suas próprias roupas e elas serem escolhidas por outra pessoa ou como se você não pudesse entrar na cozinha para pegar uma fruta por ter uma porta feito estábulo, trancada, para não ultrapassar. Poxa, logo a cozinha, a parte mais interessante da casa.

Ao recebermos visita, costumamos arrumar a casa, limpá-la, para que as pessoas não saibam muito a fundo das nossas sujeiras. Organizamos as bagunças, nos preparamos, às vezes com almoço ou janta, ou café da tarde. Preparamos o quarto de hóspedes se forem dormir, assistimos filmes, conversamos, bebemos. Do outro lado, a visita também tem a sua parte. O fato é que todos nos preparamos para esse encontro, e nessa clínica não se faz diferente.

Outra função importante da visita se dará através de justamente ser um encontro que possibilite conversas, que crie laços de confiança, relações vinculares e transferenciais que são pressupostos básicos para a existência de um cuidado adequado.

Um dado importante é que esse cuidado, obrigatoriamente será multiprofissional tendo em vista que na atual conjuntura, esses serviços serão de responsabilidade das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial de suas regiões, que devem a meu ver se encontrar totalmente a par do funcionamento dos SRT e como devem atuar neles. Para Onocko (2001), um projeto em um serviço de saúde deve incluir uma proposta clínica. E também que todo projeto só será possível se explorado a partir da subjetividade da própria equipe em questão.

Considero isso de suma importância, pois o que pode ocorrer nesses serviços é a existência de alguns argumentos que tentam justificar certos manejos impróprios dos profissionais. Trazidos como um “olhar não técnico”, ou seja, aquilo que não foi aprendido tecnicamente, um conhecimento que só pertence a pessoas com maior grau de escolaridade. Mas a clínica da visita não se aprende na faculdade, pois quase toda ela está na cultura, está em si próprio, logo, esses engodos dificilmente serão explicados. Esse trabalho não é simples, parte de um princípio da persistência, para que seja possível a reintegração das partes desintegradas do sujeito, sendo assim, corpos moles não podem fazê-lo com tanta tranquilidade.

Então, é nosso dever enquanto trabalhador e visita, fazer com que essas pessoas sejam capazes de reconhecer esses lugares como suas próprias casas. Isso se dará através do entendimento de cada um, que estamos lá apenas para olhá-los, os visitando, ajudando-os através do cuidado a viver da melhor maneira possível conseguida por eles em suas próprias residências, onde se sintam confortáveis. A possibilidade de ter uma casa nos dá a segurança para realizarmos todas as outras empreitadas da vida, seja no amor, no trabalho, seja lá onde for desde que se tenha um lugar para voltar, um lugar para chamar de lar.

O quarto e ao menos nesse trabalho último ponto que gostaria de esclarecer sobre a clínica da visita antes das considerações, diz respeito ao fim de algo que assombra as paredes dessas casas. Aquilo que vou chamar aqui de monotonia, uma palavra cujo sentido é conhecido por todos. O que pretendo construir com vocês é um conhecimento de que neste caso, a monotonia se contrapõe a noção de vida.

Mais uma vez (para que fique cada vez mais claro por onde perpassa a ideia central da proposta), quando recebemos uma visita em nossa casa, ou mesmo quando somos visita, entramos em um contexto de interação que pode acarretar em inúmeras circunstâncias de vida. Sejam boas ou más, elas nos produzem uma variação de acontecimentos, rotinas, hábitos, tarefas que nos empurrão a outras e conseqüentemente nos distanciarão do tédio, do fazer nada, características monótonas e muito presente nesses serviços.

A monotonia assim representa então o muro de hospital, um muro que é trazido tanto pelos profissionais quanto pelos moradores e que deve ser

derrubado. Esse é o muro da impossibilidade de sonhar e de fazer planos; é o muro da repetição, onde todos os dias são iguais e pouco animados; onde se persiste condições evidentemente prejudiciais ao ser humano, sem encorajamentos, sem fomentos para a arte, sem incentivos para a existência.

Quero dizer que faz parte dessa clínica, eliminar a natureza sombria presentes nos SRT através do formidável costume de fazer visitas, dando um ponto final nessa questão existente. Essa questão se apresenta clara e evidente como antônima à autonomia humana e deve ser banida com essa proposta de trabalho, utilizando-se de atividades do cotidiano que propicie movimentos no pensar, multiplicidades de encontros e progressos de vida.

Há que se compreender que nessa clínica, os nossos instrumentos de trabalho não são bens compráveis, que estão na vitrine. Eles são bens da ordem do sentimento, da sensibilidade, do interesse, da identificação e da paixão, capazes de conceder aos sujeitos enfermos os caminhos para suas potências e virtudes enquanto ser humano. Esses instrumentos são também olhar e perceber o limite exato de interferir na vida de outrem, caso se faça realmente necessário apoiado no saber de que cada um tem sua subjetividade, e que seu limite vai até aonde chega o limite do outro. Isso se faz possível através da posição de uma escuta sensitiva do profissional, que permite uma compreensão das manifestações trazidas pelo sujeito em questão.

Para Oury (1991), é importante que o profissional esteja sensibilizado ao conhecimento concreto do corpo do outro, que manifesta sofrimentos de ordem psicológica e necessita de experiências que requer para além da formação e o ensino, o respeito do outro. Logo, qualquer atividade, seja aplicar uma injeção ou prescrever medicamentos, só se dão devido ao encontro com o outro em seu estado de sofrimento e por isso necessitam da atenção e delicadeza que ultrapassam o aspecto puramente físico do trabalho e acarretam um sistema de convivência eficaz tanto para o enfermo quanto para as pessoas que se ocupam dele, sendo uma sensibilização da ordem de uma experiência pessoal.

Portanto Dr. Simão Bacamarte, o que acha de pegarmos o esguicho e limpar toda essa sujeira encrostada nas paredes da sua casa? Eu sei, embora possa te parecer estranho isso faz parte da minha visita.

CONCLUIR PARA INICIAR...

Se desde o século XIV os loucos são expulsos de todos os meios de convívio da sociedade, não tendo mais um lugar nela, temos uma dívida social histórica com essas pessoas. Nos últimos anos, temos tentado nos retratar e talvez existam agora possibilidades de vida social e justa. Mas o primordial nessa conclusão é que se está vivendo, está de que maneira? Sabe-se que o ser humano tem a capacidade de se acostumar a certas condições, mas em outras, talvez ele seja apenas obrigado a suportar.

Estabelecendo um diálogo entre autores, Onocko (2012) nos diz que nem na pior das doenças, nem à beira da morte, poderíamos, nunca, ser totalmente reduzidos à condição de objeto. Para Yasui (2010), o campo da Reforma Psiquiátrica trata essencialmente do humano. Produzir uma radical ruptura com a dicotomia sujeito/objeto nos lança frente a frente com a complexidade do existir, com a dor em suas múltiplas dimensões, com nossos próprios limites e potencialidades como atores e agentes do cuidado e da produção de conhecimento. Não há como fazer do sujeito um objeto sem deixar de conhecê-lo como sujeito e sem considerar que aquele que olha está implicado nesse encontro.

Pensar que se tratando de relações humanas, sempre existem os dois lados da moeda, o lado do proprietário da razão parece ser o que sempre vence. O problema é que embora vencedor, ao mesmo tempo, é também o causador destas circunstâncias que objetificam o homem, que produz o seu sofrimento, e que conseqüentemente geram demandas as quais não sabemos sanar, afinal a causa está em nós. Esse sofrimento é então resultado de um contexto histórico como podemos perceber ao longo da leitura. Para Campos (2000), as demandas são também manifestação concreta de necessidades sociais produzidas pelo jogo social e histórico, que foram se constituindo, e que aparecem na sua singularização.

No Brasil, o que se predomina desde séculos atrás é o tipo primitivo de família patriarcal, com a apropriação de ambientes particulares e círculos fechados de relacionamentos, que mantém um desequilíbrio social se pensado na vida dos sujeitos institucionalizados. Na lógica do SRT, quando na chance de voltarem a seus familiares, muitos dão com os burros n'água, obtendo

apenas um lugar para morar. Porém, vimos que não basta ter uma casa senão puder habitá-la, e que esse processo se inicia com o banimento do modelo tutelar existente no funcionamento das residências terapêuticas, que impossibilita a apropriação do lugar onde se vive.

Então, há que se produzir uma lógica que opere a partir das particularidades, que permita o empoderamento do morador em sua própria casa e a construção de uma autonomia que permita com que esse sujeito seja capaz de refletir sobre o contexto social qual está inserido e a partir disso, lidar a sua maneira com o coletivo ao ser redor. Assim, autonomia não caracteriza ser o sujeito independente, mas ser o senhor de seu conhecimento e de suas ações, que fazem com que ele seja capaz de existir, de fazer acontecer sua vida, responsabilizando-o por esse processo não pela lógica da moral, mas por aquilo que lhe é singular. Não deve predominar nesse espaço uma lógica do viver adequadamente.

O que pode contribuir para uma maior autonomia e responsabilização do sujeito é que neste caso o aspecto clínico não se apresenta como tratamento e sim como um cuidado. A Clínica da Visita será mais produtiva e terapêutica se fizer parte do cotidiano da vida, bem como são todas as ações de visitas que nós “loucos normais” realizamos. Essas ações se estendem pelo diálogo, ao ouvir e ser ouvido. Quando falamos, queremos ser entendidos e tal modo acarreta na criação de vínculos que permearão o cuidado, e através do diálogo surgem as necessidades e as soluções a serem tomadas em conjunto, em uma prática que se caracteriza por um “não saber”, ou seja, por um saber que será iniciado e construído a partir dali, daquela relação.

Em outro diálogo entre autores, para Lancetti (2011), as ações de saúde mental que ocorrem no território geográfico e existencial, onde o sujeito vive, em combinação com os diversos componentes da subjetividade, sejam eles universos, culturais locais de culturas originárias, mídias, religiões, etc., são ações complexas. Para Santos (2006), a ausência de opressão, a inclusão e o resgate da cidadania perdida devem estar intrinsecamente ligados a uma dimensão clínica permanentemente presente na relação de cada morador com os cuidadores, a fim de que haja efetivamente, uma cidadania a ser promovida.

Pois bem, se existem ações complexas e uma cidadania a ser promovida, a reforma está dada. Mas o tempo passa e com ele me parece ir

junto a nossa coragem. Onde foi que ela se perdeu? Ou será que se prendeu? Talvez tenha mesmo sido aprisionada em algum bloco de hospício que ainda resiste. O dispositivo SRT não está fracassado, pois acredito que muitos são os sucessos espalhados pelo Brasil, mas em outros, talvez seus meios internos de existência e produção de cuidado precisam ser revistos, renovados.

De fato, não parece tarefa fácil, mas é uma tarefa possível e precisa-se de profissionais que estejam habilitados a trabalhar com o sofrimento humano, pois se existe algo pior do que se sentir doente é ter ao seu lado alguém para seu cuidado, que não compreenda isso.

O que parece benéfico é que a população brasileira tem certas virtudes que me fazem crer ser completamente possível essa proposta, tais como a generosidade, a simplicidade, a afetividade calorosa, a cordialidade extraídos da sua característica miscigena, de receber povos desde o início de sua colonização e a aprender a se mesclar com eles. Esses fatores levam a uma maior necessidade de vivermos em sociedade e um certo medo da solidão. Temos um lado que nos humaniza que devemos colocá-lo nessa clínica, pulando os portões dos manicômios e indo fazer visitas.

Explicitado a proposta introdutória, ela não se constitui como um fim, mas sim um começo. Que suas ideias possam prevalecer sob vossas cabeças.

Por essa razão, com todos os Anjos e Santos, nós vos louvamos e bendizemos, dizendo a uma só voz: Que a loucura seja livre!¹³

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- AMARANTE, P. (Org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011*. Brasília, DF. DOU nº 247, 26 de dezembro de 2011.
- CAMPOS, G.W.S. *Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos*. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.
- FOUCAULT, M. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva S.A., 2005.
- FOUCAULT, M. *Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária Ltda., 2002.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva S.A., 1974.
- LANCETTI, A. *Clínica Peripatética*. São Paulo: Editora Hucitec, 2011.
- ONOCKO, C., R. *Psicanálise & Saúde Coletiva: Interfaces*. São Paulo: Editora Hucitec, 2012.
- OURY, J. *Itinerários de Formação*. *Revue Pratique*, n.1, p. 42- 50, 1991.
- ROTELLI, F.; LEONARDI, O. & MAURI, D. *Desinstitucionalização, uma outra via*. São Paulo: Editora Hucitec, 1990.
- SANTOS, B. S. *Um discurso sobre as Ciências*. Porto: Editora Afrontamento, 1987.
- SARACENO, B. *Libertando Identidades: da Reabilitação Psicossocial à Cidadania Possível*. Belo Horizonte, Rio de Janeiro: Editora Te Corá, 1999.
- SCHOPENHAUER, A. *Aforismos para uma Sabedoria de Vida*. São Paulo. Editora WMF Martins Fontes Ltda. 3ª edição, 2009.
- VAN GOGH, V. *Cartas a Théo*. São Paulo. Editora L&PM, 1986.
- YASUI, S. *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2010.