



Universidade Estadual de Campinas

Faculdade de Ciências Médicas

Departamento de Saúde Coletiva

MARINA CLEMÊNIO SAPEDE

RELATO DE EXPERIÊNCIA:

**PENSANDO E REPENSANDO A DIMENSÃO TÉCNICA DA
CLÍNICA NA SAÚDE:**

EM DEFESA POR ESPAÇOS ONDE CAIBAM SUJEITOS INTEIROS

CAMPINAS
2015

INTRODUÇÃO

Durante muitos dias, debrucei-me sobre a tarefa de delimitar um tema para a minha dissertação. Árduo o trabalho de elencar um tema dentre tantos que surgiram ao longo dessa jornada de dois anos como residente em saúde mental. Permita-me dividir com você, leitor, o caminho pelo qual percorri para chegar até aqui e, conseqüentemente, até o tema elencado por mim nesta dissertação. Adianto-lhe que, na tentativa de dizer sobre minha experiência prática, optei por fazer um texto vivo, trazendo para a escrita algumas das diversas cenas que nos atravessam cotidianamente nos equipamentos de saúde, usando-as como propulsoras de algumas reflexões.

O maior impulsionador para a minha escolha por essa residência foi o contato prévio com a saúde mental e as inquietações que brotavam no encontro com o sujeito que sofria, assim como, a sede de instrumentalizar-me para lidar com o sofrimento do outro – que se apresentava no primeiro contato como algo inominável e gerador de afetos.

Elegi, dentre as inúmeras cenas que se inscreveram na minha memória antes de chegar à residência, uma específica para descrevê-la. Optei por essa cena pela intensidade com que ela me atravessou enquanto pessoa e profissional, quando na época, ainda estagiária do último ano de psicologia, descobri que eu gostaria de aprender um modo de fazer clínica que não o que estava instituído naquele espaço de estágio. Considero, portanto, essa cena, o protótipo dessa angústia gerada pelo *encontro* entre mim e esse outro- razão pela qual fui à procura de outros ingredientes clínicos.

M., professora de matemática, estava há um ano em tratamento em um hospital dia de São Paulo que se propunha a tratar dependência química e neuroses graves. M. chegou à instituição após uma grave crise de pânico durante o trabalho, somada a um longo histórico de episódios graves de depressão.

Minha percepção do tempo que acompanhei M. era que estávamos “patinando” no caso. Nessa época, ainda cursava o último ano de psicologia e conseguia ter uma leitura, mesmo que superficial, de que a lógica institucional

instituída somada à falta de discussões técnicas sobre o caso barrava-nos a entender, captar e traduzir o real sofrimento apresentado por aquele sintoma fóbico e asfixiante apresentado por M.

Em certa manhã, fui fazer o ritual de entrada dos pacientes com direito a armários para guardarem os pertences de cada um (conduta exigida pela instituição) e M. apareceu com um novo elemento na mão: uma boneca. Contou-me que tinha encontrado em seu baú de coisas antigas e que estava se sentindo muito mais segura e confiante ao lado dela e que precisava cuidar “daquela criança”. Vibrei com o novo conteúdo trazido – aquela era minha chance de conseguir decifrar melhor a angústia de M.

Naquele momento, pensei que talvez Melanie Klein, Winnicott, Freud e a própria M. tinham muito a dizer sobre o bebê que estava em cena, assim como R., que era técnica de enfermagem e que tinha uma grande sensibilidade no manejo com os usuários e um grande interesse no tema dos aspectos psicológicos ligados à maternagem.

Toda minha empolgação para captar algum significante do sofrimento de M. esvaiu-se com a determinação da minha supervisora de que a boneca tinha que ficar no armário, afinal, não podiam ser reforçados comportamentos regredidos. M. e eu obedecemos. M. continuou acuada, durante o dia, tomou seus remédios, participou da oficina de relaxamento, grupo de psicoterapia e oficina cultural.

Apesar de essa cena ser analisadora de milhares de questões, como a instauração da lógica manicomial para dentro dos serviços, o autoritarismo da função gestão etc., gostaria de ressaltar uma questão em especial para discutir ao longo desta dissertação: a dimensão da técnica clínica na saúde.

Por dias fiquei pensando o que exatamente estava em voga na decisão entre entrar, ou não, o bebê imaginário de M. além do cunho disciplinar e autoritário da recusa.

Após algumas noites turbulentas, somadas a algumas supervisões, textos e horas de terapia, senti-me instrumentalizada para afirmar que as duas condutas diferenciavam-se pela dimensão clínica do manejo.

Confesso que dei um exemplo escancarado do ponto de vista clínico, mas o que eu quero dizer é que essas nuances aparecem cotidianamente no

encontro entre o profissional de saúde e o sujeito que sofre. E como estamos falando do encontro entre duas pessoas, as conformações e enfrentamentos que surgirão a partir da colisão desse par profissional-usuário dar-se-ão das mais diversas formas e maneiras, exigindo de nós cada vez mais instrumentalização clínica para que não tranquemos os bebês dos nossos usuários no armário.

Nos equipamentos de saúde pública, os profissionais são convocados cotidianamente a olhar para questões muito árduas do ponto de vista social e político – trabalhar nesses equipamentos é ser convocado a fazer resistência com o próprio corpo. O meu apelo a pensar a dimensão clínica nos equipamentos de saúde é também uma forma de nos auxiliar nessa resistência, entender as dimensões sociais e políticas sem deixar de lado o trabalho clínico possível e necessário de ser feito.

Lembro-me de uma supervisão dentro de um dos equipamentos que passei ao longo da residência em que discutíamos o caso de P. – morador de rua que vivia em condições muito difíceis, desumanas, diria. A equipe, durante muito tempo, desdobrou-se para tentar achar uma casa para esse usuário. Em uma primeira tentativa, P. tentou colocar fogo na casa; na segunda, em decorrência de alguma confusão, foi proibido a habitar qualquer casa gerenciada pela assistência social; na terceira, P. não conseguiu vincular-se ao espaço: dormia na rua, mesmo tendo um quarto disponível a sua espera. A condição concreta do caso estava nos convocando a olhar para uma condição simbólica. Chegamos à conclusão de que, se não levássemos em conta ambas as dimensões, iríamos fracassar do ponto de vista clinico-terapêutico.

É claro que, por sermos profissionais da saúde, temos que levar em conta que, muitas vezes, a população que tratamos é composta por grupos destituídos de direitos básicos. A precariedade e a insalubridade das ruas geram uma exposição a riscos cumulativos, o que requer intervenções e formas de tratamento orientadas e específicas – aspectos que suscitam desafios aos conceitos gerais de universalidade, integralidade e equidade do sistema único de saúde (VARANDA & ADORNO, 2004).

Temos uma responsabilidade ética ao nos atentarmos para os processos de exclusão e vulnerabilidade, ao qual nossos usuários se

encontram submetidos; afinal, vivemos em um sistema produtor de pobreza e miséria. Reitero, porém, a importância de que a dimensão concreta dos casos não oculte a nuance simbólica de cada sujeito que nos procura por estar sofrendo.

Onocko (2005) alerta-nos para o que chamou de “recalcamento da categoria clínica”. Nos finais dos anos 90, momento em que a questão da eficiência e do estado mínimo estavam na cena, praticamente se eliminou a discussão sobre eficácia das práticas de saúde, uma vez que, ao debruçar-se no discurso pós-moderno, revestiu-se de um forte relativismo, desqualificando as análises técnicas. Com isso, a autora enfatiza a importância do retorno da dimensão técnica do trabalho, sempre estando em prol da transdisciplinaridade, a fim de buscar relações mais horizontais de poder entre os diversos saberes.

A dimensão técnica da clínica que estou colocando em voga é aquela que nos auxiliará tanto em uma maior eficácia das práticas, como, e principalmente, no grau de resistência e tolerância com que o profissional poderá contar para suportar o árduo cotidiano de quem está em constante contato com a dor e sofrimento do outro – outro este que, muitas vezes, habita dimensões insuportáveis de vida. (ONOCKO, 2005).

É de grande importância explicitar qual seja a dimensão técnica da clínica para que não seja confundida com uma leitura tecnicista da saúde (ONOCKO, 2001). Alongar-me-ei, mais à frente, na diferenciação dessas duas dimensões – mas, quero deixar claro que meu interesse, ao fazer um resgate da técnica clínica no âmbito da saúde, é uma tentativa, senão, de nos atentarmos para que não cometamos ações que restrinjam as possibilidades de expressão de subjetividade das pessoas das quais tratamos. Os discursos revestidos de poder que aprisionam as ações dos profissionais são os mesmos que despotencializam qualquer expressão criativa e singular de quem tratamos (FERIGATO & BALLARIN, 2007).

1- De que clínica estamos falando?

O primeiro elemento que gostaria de trazer para nos situarmos trata-se da especificação de que clínica se está falando. Refiro-me aqui à clínica do Sujeito ou à clínica de produção de subjetividade (Passos e Benevides de Barros, 2001; Campos, 1997). A todo o momento, nesta dissertação, tentarei colocar o sujeito, a subjetividade ou a relação entre os sujeitos no palco. Permitirei a mim, aqui, poder extrair algumas pontes e indagações acerca de que sujeito é esse de quem estou falando: como ele funciona? É um sujeito adicto? O “Sujeito Caps III” ou o sujeito normal? Sujeito que sofre? Eu faço ou não parte desse pacote? Quem me responde isso? O Sujeito que sofre ou o compêndio de psiquiatria mais atualizado?

Lembrando Freud, uma parcela de sofrimento está para todos os sujeitos; afinal, segundo o autor, a falta e a incompletude são a válvula propulsora do devir humano. Aqui, entretanto, quero problematizar o nosso papel como profissionais perante aquele que nos procura por estar sofrendo e o joguete de poder que se constitui nessa relação.

Nesse primeiro momento, ocupar-me-ei em abrir gavetas, provocar o leitor e convidá-lo a pensar junto comigo. Permita-me, portanto, uma espécie de desabafo, para que juntos possamos ir delimitando o cerne da questão, ou do sujeito, como preferir.

Venho refletindo muito sobre a clínica possível de ser feita com os sujeitos enfermos dentro dos equipamentos do SUS, no mais amplo aspecto de enfermidades, e chego à conclusão de que a ação clínica está passando por uma crise quase ideológica que está gritando cada vez mais por um lugar mais substancial a fim de poder resgatar sua potência e, assim, repensar suas mais variadas possibilidades.

Vamos a uma ilustração prática. No meu check-up das férias, fui a um médico “gastro” para entender alguns sintomas que meu corpo vem apresentado nos últimos tempos – sintomas esses que agrupados caracterizam a famosa gastrite. O tempo da consulta foi de não mais de 5 minutos, sai de lá com alguns exames prescritos: ultrassom de vesícula, teste de intolerância à lactose, endoscopia etc., e, até conseguir todos aqueles exames, era para

tomar Omeprazol 40mg. Sai de lá, repensando não só a clinica dele como a minha, afinal estou fazendo um apelo ao resgate da dimensão clinica não somente à classe médica, mas, como Onocko (2001) sugere, a clínica séria para todas as profissões que lidam no dia-a-dia de trabalho com diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária.

:

“A medicina e a saúde pública tradicionais consideram as comunidades e grupos populacionais como objetos a serem controlados ou manipulados em função do saber clínico ou epidemiológico, ou seja, operam como um objeto reduzido: a doença em sua expressão individual ou populacional. Como se não houvessem sujeitos envolvidos.” (CAMPOS, 2006, p.28).

Pressupõe-se, portanto, que estamos falando não com doenças “decorporificadas”, mas sim com sujeitos de desejos, poderes, saberes e singularidades. Muito eu tinha para dizer naquele encontro com o sujeito que me tratava, mas, naquele espaço, não cabia, pois as possíveis respostas encontradas para determinar o processo de adoecimento já estavam previamente dadas e definidas por um conjunto de saberes no qual eu, no caso, sujeito adoecido, não podia fazer parte da sua construção (FERIGATO & BALLARIN, 2007).

Fiquei, então, me questionando para que profissional teria que contar cada um dos conteúdos que eu tinha para dizer sobre aqueles sintomas – quem eu era, o tempo que meu corpo funcionava, o que eu queria ali naquela consulta, o meu processo e ritmo de trabalho etc. Os *settings* disponíveis fragmentavam-me. Em cada espaço cabia uma parte de mim, mas os espaços eram muito pequenos para que eu coubesse inteira.

Em minha condição de profissional da saúde – que não apresenta nenhum diagnóstico psiquiátrico e que tem a possibilidade de escolher meu médico e, portanto, a possibilidade de retorno ou não à consulta –, fiquei imaginando como isso se dá dentro do SUS, em que a relação entre profissional-usuário habita cenários de poder e dependência mais intensos.

Lembrei-me, neste momento, dos inúmeros acolhimentos com usuários adictos em que essa objetificação, essa redução do outro à posição de objeto, aparecem de modo gritante. Por vezes, é bom nos questionarmos se estamos

tratando o Crack ou o sujeito que faz um uso abusivo de crack; tendemos a objetificar nossos usuários ao limite de só restar um discurso possível: usei tanto de crack e recaí de tal jeito. Se não nos atentarmos para a dimensão clínica do cuidado, acabamos por transformar os grupos terapêuticos em grupo de objetos padronizados e robóticos. Podemos ter certa padronização de sintomas, mas não de sujeitos. Assim vale pensar: o usuário não adere ao tratamento ou nós não temos aderido o usuário? .

Quando falo da minha sensação com relação a uma crise ideológica da clínica, refiro-me a essa mudança radical de olhar que veio junto à reforma da clínica moderna. Muitos de nós profissionais temos a dimensão teórica de que deveríamos deslocar a ênfase da doença para centrá-la em sujeitos concretos – que, no caso, são portadores de alguma enfermidade. Porém, essa ampliação radical da clínica não se torna simples ao tentar transpô-la para a prática do cotidiano nos serviços. Torna-se muito mais difícil falar de uma dimensão prática quando não temos um objeto específico para nos ater; o sujeito não é objeto e nem específico – o que complica o curso das coisas. Por exemplo, a política de redução de danos propõe tirar a droga como único e principal objetivo no tratamento dos usuários adictos. Como, então, praticar essa nova clínica sem que isso implique na perda do objeto clínico? (TADESCO & SOUSA, 2009). Da mesma maneira, poderíamos perguntar: como pensar em uma ação clínica que ressalte o sujeito e não somente seu diagnóstico?

Essa questão é que torna o trabalho mais árduo, exigindo de nós, trabalhadores, um diálogo afinado entre as dimensões conceituais e práticas, pois fazer uma clínica que não se foca na doença é exigir dos trabalhadores um exercício constante de criação da prática clínica – lembrando, é claro, que, para o potencial criativo aparecer, esses trabalhadores também precisam ser munidos de condições de trabalhos mínimas de sobrevivência psíquica.

Quando nos propomos a fazer uma clínica com essa perspectiva, é essencial perguntarmo-nos a todo o momento qual seria a finalidade clínica que norteia a nossa prática. Ter consciência da finalidade de uma prática é fundamental para o seu resultado, e isso significa formular a seguinte questão: a serviço de que e de quem está a minha prática? Amarante (2003) afirma:

“Um aspecto muito importante da dimensão teórico-conceitual refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto. Daí advém um conceito fundamental nesse processo: trata-se da complexidade, que tem como maior mérito a proposição de opor-se à naturalização/objetualização da noção de doença. Esta deixa de ser objeto naturalizado, reduzido a uma alteração biológica ou de outra ordem simples, para tornar-se um processo de saúde/enfermidade. Dito de outra forma, a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos.” (AMARANTE, 2003, p. 53)

Campos (1997), por sua vez, sistematiza categorias para se repensar a clínica. O autor chamaria a clínica na qual se tratam sintomas e não sujeitos de clínica degradada. Seria a clínica da “eficiência” atingindo um grau baixíssimo de eficácia. Outra categoria sugerida pelo autor seria a clínica tradicional, em que o foco está na cura, não na prevenção nem na reabilitação – o sujeito, então, seria reduzido a um pedaço doente. Por último, o autor propõe um novo conceito de clínica a que chamamos de clínica ampliada, que seria a clínica do sujeito – aquela a que estamos tentando colocar em foco. Nessa categoria, a doença seria mais um elemento no cenário apresentado pelo sujeito. Dentro dessa clínica, por exemplo, eu não seria a gastrite desencarnada de um corpo, mas sim a Marina, filha de x, irmã de z, psicóloga, residente estressada e que, no momento, sofre sintomas de gastrite. Nessa categoria, caberia o sujeito encarnado em um corpo que se apresenta em um dado momento de uma determinada sociedade.

Para Benevides (2001), o ato clínico tem que ser entendido não somente como uma atitude de acolhimento do sujeito que demanda tratamento, mas como *produtor de desvio*. Assim como os átomos, em virtude do seu peso e velocidade, chocam-se, articulando-se nas mais variadas composições das coisas, a clínica também é produtora de novos *territórios existenciais*, causando desvios e desestabilizações. Dessa forma, o conceito mais importante para a clínica não é, necessariamente, o sujeito, mas a *produção de subjetividade* (PASSOS e BENEVIDES DE BARROS, 2001). A meu ver, o autor consegue transpor, nessa analogia, a dimensão ameaçadora do ato clínico, uma vez que, ao entendermos a clínica dessa perspectiva, a formação

profissional calcada no super especialista, detentor de todo o poder, fica estremecida, pois o substantivo da clínica ganharia uma conotação sempre *plural e adjetivada*, habitando terrenos instáveis e turbulentos. (CAMPOS 1997; ONOCKO 2001).

Um engodo colocado por Campos (1997), ao pensar a técnica clínica, seria: como criticar a fragmentação decorrente da especialização progressiva sem cair em um obscurantismo simplista? Na perspectiva do autor, estaríamos convocados a desconstruir construindo alternativas concretas de saberes e de práxis. Onocko (2005) invoca o que Oury (1991) chama de “estar advertido” para expressar a importância da “tecné” para que sejamos capazes de desvendar tal e qual forma de manifestação do sujeito. O “nada saber”, ou seja, a insegurança técnica é geradora de uma intensa angústia, acabando por contribuir com processos de trabalhos protocolares e burocratizados.

Agrada-me pensar nesses tais *territórios existenciais* para repensarmos alguns dos cardápios oferecidos por nós dentro de alguns equipamentos de saúde. Não somente poder pensar em qual oficina oferecer como poder refletir se, em cada espaço de oficina, conseguimos fazer com que novos territórios existenciais apareçam; se conseguimos produzir, a partir das oficinas terapêuticas oferecidas, nos espaços de saúde, engates terapêuticos advindos da convivência e do encontro.

Lembro-me da oficina de caminhada no Caps AD, que, com a saída de outra profissional, tomei a frente do grupo. Depois de alguns meses na mesma função de caminhar com os pacientes pelo parque, senti que aquele grupo carecia de algumas horas de reflexão para repensar sua finalidade e seu real objetivo. O próprio grupo me avisou isso com a sua diminuição progressiva do número de integrantes. Quando perguntei para um usuário por quê ele tinha parado de frequentar o grupo ele me respondeu: “eu sou morador de rua, já ando o dia inteiro”. De fato, a maior parte das pessoas que eu convidava para o grupo eram moradores de rua que em matéria de andar, eles já eram expertises. Foi quando me coloquei a pensar: que tipo que caminhar gostaríamos de produzir ali?. Algumas vezes, pensei em banir o grupo, propor algo novo, um grupo terapêutico com outros moldes.

Essas reflexões acerca da finalidade do grupo de caminhada foram atropeladas por uma semana específica, em meados de julho, em que a ambiência estava habitada por homens jovens, que traziam, entre papos informais, as questões relacionadas à estética, paqueras e relacionamentos. Fomos eu e esse grupo caminhar, e enquanto andávamos, continuávamos o assunto. B. compartilhava com o grupo que, quando se olhava no espelho, via o quanto o Crack tinha transformado seu rosto e seu corpo. M. engatilhou dizendo que, antes de recair, estava indo para a academia e estava todo 'trincado'; J., anunciou a dificuldade de se olhar no espelho: "a merda do Crack acabou com os meus dentes", M. que adorava paquerar as profissionais do Caps, olhou para mim e exclamou: "Isso sim é pele saudável, linda! Imagina Marina, quem te vê aqui acha que você foi seqüestrada" alguns escutavam o diálogo em silêncio. J me pergunta na entrada do parque se poderia correr ao invés de andar. Comentei que tinha um lugar no parque com algumas barras de academia, o grupo se animou. Voltamos para o caps aos pingos de suor.

Na próxima semana, um dos integrantes do grupo aparece no Caps com um carrinho de bebê e um cachorro dentro chamado "Larica". Dessa vez o bebê não ficou no armário e sim foi caminhar com o grupo. Agora tinha algo a dizer sobre aqueles sujeitos que participaram do grupo. A evolução no prontuário não seria mais: "Participou do grupo de caminhada: Sem intercorrências.

Freud propõe que o Amor nada mais é do que um conjunto de pulsões investido em um objeto, dessa maneira, o que é um adicto que não um sujeito apaixonado por seu objeto? (GURFINKEL, 2011). Pensar que naquele ambiente de grupo foi possível entrar em cena outros objetos de investimento: seja o cachorro ou o próprio corpo é poder afirmar que conseguimos, finalmente, dentro daquele espaço criar um território existencial, colocar a pulsão- que na maioria do tempo se encontra estanque e fixada na droga- em circulação.

No final do meu primeiro ano de residência, propus-me a pensar sobre a clínica realizada no Caps AD e utilizei-me muito da *Clínica peripatética*, sugerida por Antônio Lancetti. O autor escolheu o termo "peripatético" para designar a clínica do movimento: passear, ir, vir, conversar. Ele propõe

espaços, para além daqueles de reclusão convencional, na tentativa de inaugurar outras formas e possibilidades de engates terapêuticos. A reflexão feita pelo autor mostra caminhos e estratégias possíveis que possam ser destinadas a pessoas que não se adaptam aos protocolos clínicos tradicionais – espaços, atividades e maneiras de estar com o paciente que podem funcionar como quebra de identidades cronificadas (como, por exemplo: “eu sou toxicômano”). (LANCETTI, 2006)

Quando nos propomos a pensar nas possibilidades clínicas dentro dos serviços em saúde mental, torna-se necessário pensar trabalhos de cunho interdisciplinares, capaz de produzir um cotidiano institucional repleto de atividades, projetos e convivências híbridas. Neste trabalho, por vezes, evoco a psicanálise como uma das ferramentas disponíveis para compor esse campo, que embora tenha sido originalmente desenvolvida a partir de uma perspectiva de tratamento *stritu sensu*, se mostra muito potente para o balizamento ético e clínico de várias práticas em saúde mental. (MIRANTA & ONOCKO, 2013)

Figueredo (2013) nos auxilia a pensar a psicanálise a partir de um posicionamento ético. Nesse sentido o compromisso com a “*escuta do interdito*” e a sustentação de tensões e conflitos seria o “*sustentáculo*” da clínica psicanalítica. Posição essa que se encontra consonante com o compromisso ético da Reforma Psiquiátrica. (MIRANTA & ONOCKO, 2013; FIGUEREDO, 2013).

Defendo nesse trabalho a importância do uso da psicanálise nas mais variadas conformações, pois seu arsenal teórico se mostra potente na leitura de casos que se apresentam desde o grupo de caminhada até nos atendimentos individuais mais convencionais. Mas considero importante o estabelecimento das distinções do uso da psicanálise para que não se descaracterize sua especificidade e assim seja possível pensar sobre as limitações, dificuldades e sucessos da psicanálise quando recontextualizada para um setting mais amplo. (FIGUEREDO, 1997)

A todo o momento, estamos falando de uma mudança de um olhar e escuta clínica para que possamos enxergar o sujeito na sua integralidade. Coloco, anteriormente, a importância e dificuldade de se fazer isso dentro de equipamentos que se destinam estritamente a tratamentos graves. O Caps AD,

por exemplo, o próprio nome do equipamento já sugere um objeto que precisa ser olhado, tornando a possibilidade de ampliação e deslocamento do olhar clínico mais difícil. Isso é algo inclusive para pensarmos.

Por exemplo, se nos debruçarmos sobre a clínica das adicções, tentando entendê-la a partir de um funcionamento adictivo, poderíamos constatar que existem diversos modos de adicções: álcool, jogo, tabaco, internet, livros, comida, videogame... Ou seja, podemos imaginar que objetos de interesse do homem podem vir a ser alvo de objeto de compulsão. Tal ampliação do olhar do campo sugere que não será o objeto em si que determinará o teor adicto e sim a relação que o ser humano estabelecerá com um determinado objeto. Não é incomum vermos nessa clínica uma substituição constante pelo objeto adictivo, isso seria uma forma de ampliar o campo de discussão clínica que não vemos com muita periodicidade dentro dos equipamentos, acabando por reduzir algumas possibilidades e perspectivas que nos auxiliariam a entender essa complexa clínica que não fala somente de droga, mas fala o que Freud sugere como “compulsão a repetição”, a problemática da paixão por um determinado objeto etc.

Meu objetivo aqui não é fazer uma exposição clínica à luz da psicanálise sobre o campo das adicções – embora estudá-la tenha sido uma forma de elucidar muitas dúvidas acerca dessa clínica –, mas sim poder pensar as especificidades e instrumentos clínicos no interior de diferentes equipamentos, determinando, assim, diferentes modos e possibilidades de subjetivação de quem tratamos. (GURFINKEL, 2011).

Terminei meu primeiro ano de residência, sugerindo que a clínica em saúde mental necessitava de mais ingredientes que estivessem a favor da nossa prática clínica e aqui gostaria de dividir com vocês o meu encontro, no segundo ano, com o Centro de convivência e a descoberta de uma possibilidade clínica que agrega uma pitada de poesia, música, afetividade, descontração, continência e arte.

Sobre o tema dos encontros, o considero crucial para chegar aonde pretendo, mas por agora me ateno em dizer que o encontro entre profissional e usuário é disparador de um arsenal de afetos. Venho descobrindo – inclusive, esse é o motivo pelo qual estou me formando como residente em

saúde mental – que uma das ferramentas mais eficazes para aplacar algum nível da nossa angústia, nos permitindo a ter a devida abertura para o encontro com o outro que sofre, é a dimensão da clínica.

Nesse sentido, pensar como uma oficina de caminhada dentro de um equipamento de saúde pode ser revestida de uma dimensão outra que não somente o do caminhar. Reafirmo, porém, que estou enfatizando a técnica como ferramenta de trabalho, para nos ajudar a não adotar ações que reforcem o modelo asilar de tutela, que reduzem o outro à dimensão de objeto, que vão ao encontro de práticas de punição, custódia e interdição.

A clínica não pode ser usada como um escudo protetor contra aquilo que nos ameaça e, a partir dessa premissa, gostaria de compartilhar com vocês a potencialidade da clínica produtora de encontros que é feita dentro dos Centros de Convivência – importante dispositivo constitutivo da rede de saúde mental e produtora de diferentes possibilidades de vida.

2- Formas de pensar outros possíveis ingredientes clínicos. A dimensão clínica dos Cecos: lugar de encontros.

Os Centros de convivência são espaços coletivos constitutivos da rede de saúde mental. No final de 2005, o Ministério da Saúde, representado pela Coordenação Geral de Saúde Mental, desenvolveu uma cartilha intitulada “Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil”, documento que foi apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental. Nesse documento, são previstos os Centros de Convivência e Cultura, considerados:

“Dispositivos públicos que compõem a rede de atenção substitutiva em saúde mental e que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade. Estes Centros, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade, facilitam a construção de laços sociais e a inclusão das pessoas com transtornos mentais. O valor estratégico e a vocação destes Centros para efetivar a inclusão social residem no fato de serem equipamentos concebidos fundamentalmente no campo da cultura, e não exclusivamente no campo da saúde. (...) São dispositivos públicos que se oferecem para a pessoa com transtornos mentais e para o seu território como espaços de articulação com a vida cotidiana e a cultura. Assim, a clientela dos Centros de Convivência e Cultura é composta, não exclusivamente por pessoas com transtornos mentais.” (BRASIL, 2005).

Estes seriam parte do primeiro deslocamento produzido pela clínica nesse dispositivo: a variedade e multiplicidade de sujeitos que passaram a ocupar um mesmo espaço, resultando na produção dos mais variados encontros. Dessa forma, as oficinas oferecidas por esse dispositivo não deveriam ser orientadas pelo diagnóstico dos sujeitos que as frequentam e sim pela possibilidade de agenciar, a partir da sua execução, encontros entre diferentes atores. Essa formatação tende a fazer do Cecco um espaço de grande potencial autocriativo. Segundo Ferigato (2013),

“Os CECOs podem fazer mais do que “incluir pessoas excluídas”. Os CECOs tem fabricado novos modos de sociabilidade, ou formas de sociabilidade alternativa, da qual todos nós estamos excluídos, na medida em que todos nós somos privados pelo projeto neoliberal de sociedade de viver um modo de convivência que valorize a ação coletiva.” (FERIGATO, 2003, p. 101)

É claro que existem diferentes enfrentamentos e potências entre os diferentes Cecos. Ferigato (2013) produziu um extenso trabalho sobre a *Cartografia dos Centros de Convivências em Campinas*, que abarca, de maneira detalhada, as diferenças e semelhanças entre os dispositivos existentes nos territórios. O meu objetivo, porém, é poder dividir algumas cenas e experiências vividas por mim em um Centro de convivência específico do município de Campinas, a fim de compartilhar as ferramentas clínicas adquiridas por mim ao longo desse processo.

Nessa instituição, pude acompanhar a riqueza do encontro dos diferentes usuários, portadores de transtornos mentais severos, crianças, adolescentes, homens, mulheres, idosos, pessoas vinculadas a outros equipamentos, pessoas da comunidade... enfim, pessoas dos mais variados tipos que se encontram com o Cecco, a partir das mais variadas formas: “meu amigo me falou”, o “psiquiatra do postinho me encaminhou”, “vim aqui para estudar”, “vim para dançar”, “vim para o café”, “vim para conseguir um benefício”...

Essa variedade de sujeitos encontra-se ao redor de diferentes atividades que são realizadas tanto na própria casa do Ceco como extramuros, a depender do interesse e gosto de cada um dos usuários que o frequentam – lembrando que a ambiência, munida de cadeiras e cafezinho quente, é um espaço convidativo para simplesmente entrar, sentar e conviver.

Muitas são as opções oferecidas nesse dispositivo que experienciei durante esse ano: convivência na vila (grupo realizado na comunidade), oficina de fios, meditação, oficina de música, construção de bonecas, oficina de presentes, capoeira, decoupage, movimento vital expressivo (realizado em diferentes pontos do bairro), dança do ventre, aula de inglês, escola (parceria da FUMEC), somados a outras tantas atividades itinerantes que a equipe se propõe a fazer a depender de uma demanda específica.

Essa é uma questão que julgo uma importante ferramenta clínica: estar sensível às demandas dos usuários que frequentam o espaço. Trabalhar em função disso é contribuir para a ação de uma clínica viva habitada por sujeitos de desejos. Foi o caso da oficina pontual de *Cup Cake* inventada para auxiliar na tentativa de reaproximar uma usuária que estava em um movimento de reclusão; ou, no caso da oficina de artesanato da noite, que foi instituída a partir de um olhar cuidadoso por parte da equipe de que as mães que levavam os filhos para a capoeira podiam se juntar ao redor de alguma atividade.

Um ponto que se faz necessário elencar é a importância da constância das atividades. Os grupos nesse dispositivo são quase sagrados do ponto de vista da periodicidade. Faça sol ou faça chuva, lá está o grupo. Dessa forma, os espaços tornam-se zonas de confiança para aqueles que os frequentam e que dependem dele – muitas vezes, para se organizarem psicologicamente. Não é incomum ouvirmos: “Isso aqui é minha terapia”.

As urgências reais impostas pelas crises que ecoam dentro de outros dispositivos de tratamento, muitas vezes, inviabilizam que isso aconteça. Lembro que isso ficou claro para mim quando ainda estava no Caps e frequentava as oficinas terapêuticas realizadas por uma profissional que brigava piamente para não descobrir seus horários de grupo, garantindo, assim, uma delimitação de tempo e espaço semanalmente para aqueles que frequentavam sua oficina – a bomba podia estar estourando lá fora, mas sua sala de oficina estaria protegida. Ver a repercussão dessa garantia de presença, quando nos propomos a trabalhar com sujeitos que sofrem, torna-se essencial.

Trabalhar em função de produzir encontros e possibilidades existenciais não é uma tarefa fácil. Precisamos “estar advertidos”, como sugere Oury, de algumas tendências institucionais e clínicas a que estamos sujeitos, cotidianamente, em nossa prática. Bleger (1991) afirma que toda a organização tem tendências a manter a mesma estrutura do problema que ela tenta enfrentar e para a qual foi criada. O autor continua:

“Assim, um hospital acaba tendo, enquanto organização, as mesmas características que os próprios doentes (isolamento, privação sensorial, déficit das comunicações etc). Nessas

organizações psiquiátricas, nossas terapias, nossas teorias e nossas técnicas também têm a mesma estrutura do fenômeno que estamos tentando enfrentar.” (BLEGER, 1991, p. 91).

Nos grupos existentes no Ceco, por seu cunho plural, são mais difíceis de localizar as tendências institucionais que arriscamos manter, mas isso não nos vacina contra a manutenção de algumas lógicas institucionais.

Uma questão que apareceu com frequência entre os oficinairos dos grupos realizados no Ceco foi a questão da estética do trabalho. Como conduzir a questão estética do trabalho produzido pelos usuários, quando nos propomos a lidar com uma população tão diversa? Como conviver em um mesmo grupo produções tão distintas: o artesanato digno de vitrine com outro em que a limitação aparece estampada na produção? Como produzir junto de uma usuária cega trabalhos possíveis de serem feitos dentro do seu limite? A estética é algo que está em questão? Se sim, para quem? Para nós ou para o sujeito que produz? Será que os bordados, as caixinhas e as outras diversas produções, para alguns usuários, não cumprem uma função terapêutica ganhando um cunho, por exemplo, de mediação daquilo que não é dito ou difícil de ser simbolizado?

Apresento acima algumas questões que precisam ser, frequentemente, discutidas entre a equipe, para que possamos ter um olhar crítico sobre nossas formas do agir clínico. Fazer perguntas desse cunho é aplicar o exercício diário de acompanhamento, na forma de um processo vivo, capaz de analisar o processo durante sua aplicação (TADESCO e SOUZA, 2009).

Ferigato (2013) adverte-nos que as práticas de convivência tendem a orientar-se cada vez menos como veículo de composição das diferenças. A autora coloca que a lógica de mercado atravessada pela concepção estética acarreta modos menos experimentais (e mais mercadológicos) de subjetivação. Temos que nos atentar para não produzir, dentro dos dispositivos de grupo, subjetividades que caibam em linhas de produções.

Sobre isso, Onocko (2001) afirma a importância de pensarmos em espaços nos quais possam se “fazer” coisas além de se “dizer” coisas:

“Pensarmos no trabalho também como produção de sujeito em si, não somente como reprodução material. Procurando sempre

que possível a construção do sentido dessa reprodução social, para ela não vir a ser simples adaptação social.” (ONOCKO, 2001, p. 108)

Campos (1997) chega a indagar a possibilidade de se ter a Clínica como Arte. O autor problematiza, porém, que a clínica pede de nós, profissionais, mais do que o papel do artista, pois, para além da arte, somos convidados a saber e a dominar alguns conceitos genéricos dos processos saúde-doença-atenção, e essa tarefa demanda da equipe um *agir comunicativo*, ou seja, a interação constante entre os diferentes saberes.

Não foram poucas as vezes que, após o término de um grupo, eu recorria a algum profissional para compartilhar impressões sobre algo que tivesse acontecido, ou para me auxiliar na execução de alguma arte, ou para acolher alguém que necessitava de dois corpos presentes para presenciar sua dor, aflição ou dificuldade, ou simplesmente para compartilhar o não saber frente a algo que surgiu e desestruturou o grupo durante sua execução.

Os encontros que vivenciei, ao longo do ano, dentro do dispositivo do Ceco, me auxiliaram a ver a potência do encontro entre diferentes. Essa potência mostra-se tão grande que o poder criativo – de movimento, de eclosão do novo – promove por si só grupos menos ‘controláveis’, manipuláveis e burocratizados. O novo, advindo do encontro, surge espontaneamente, causando ressonâncias nos mais diversos corpos que habitam o espaço do grupo.

Vamos retomar uma cena, de um dos grupos oferecidos no Ceco, que tem como maior característica a sua diversidade. Pessoas muito diferentes reúnem-se em torno de uma atividade em comum: fazer decoupage, conversar e tomar um cafezinho.

O primeiro grupinho que se constitui como parte do grupo é composto por um trio de adolescentes que vivem situações vulneráveis de vida, principalmente ligadas ao tráfico e uso de drogas: J. era conhecido por suas produções sempre criativas e admiradas do ponto de vista estético por todos do grupo; K. estava vivendo a segunda gestação de uma criança declarada indesejada, mas que tinha um investimento materializado nas caixinhas produzidas por ela no grupo para o futuro bebê; e V. que sempre se mostrava

insatisfeita com suas produções em meio a diversas ligações em seu celular que, segundo ela, eram os “corre que tinha pra fazer”.

A mesa ao lado era habitada por quatro amigos formando o grupo, intitulado pelos adolescentes de “cândido”, que incomodava alguns por sua excentricidade declarada no autocuidado ou na produção ‘não caprichosa’ das caixinhas.

Na outra extremidade, sentavam as mães e avós da comunidade que aproveitavam o momento para trocar as mazelas da vida, enquanto faziam produções das mais variadas. Inserida nesse grupo, estava M. que possuía, em seu corpo, queimaduras decorrentes de uma crise em que ateou fogo contra o próprio corpo e que estava aplicada em fazer as lembrancinhas para serem entregues no casamento da filha.

Dentre esses pequenos guetos que constituíam esse grupo diverso, estava uma dupla constituída por dona J., uma senhora de idade que sofre de um estado progressivo e avassalador de *alzheimer*, e sua cuidadora. Certo dia, dona J. chegou afobada, no grupo, perguntando pra quem pagaria aquele encontro, pois não admitia dever para ninguém, tentei explicar que aquele era um equipamento do SUS e que, portanto... Em vão. A afobação se multiplicou. M. do outro canto da mesa exclamou: Dona J. já deixei pago, depois a gente acerta. Resposta certa para a calma invadir até a pergunta surgir novamente e M. responder com toda a clareza a mesma resposta.

O próximo conteúdo inesperado: Dona J., com as mãos na barriga, afirma estar grávida. Aos 90 anos, J. declara para o grupo que está gestando uma criança. A senhora de quase 90 anos estava escancarando o que a de 16 não se atrevia a colocar em palavras, apesar de a barriga insinuar 3 meses de gestação. O grupinho que há minutos era taxado de “Cândido” foi a mesa que sustentou a escuta dos conteúdos de uma maternidade enlouquecida. O grupo das mães, que antes se caracterizava como um grupo diferenciado dos outros, se comoveu perante tal conteúdo desestabilizador; os adolescentes taxados em outras situações de anárquicos, por sua vez, permaneceram no silêncio emitindo risos nervosos daquela condição que se apresentava como imaginária para uma e concreta para a outra.

Cenas como a descrita acima invadem, cotidianamente, os espaços do Cecco, produzindo os mais variados tipos de encontro. Nesses encontros, percebemos produções e criações de campos identitários. Onocko (2001) reforça a potencialidade grupal como espaço privilegiado para vivenciar novas experiências afetivas e fundantes na trama subjetiva de cada sujeito, cavando lugares psíquicos para que algumas coisas possam ser reparadas, mobilizadas ou revividas.

Enquanto em outros espaços convencionais de tratamento vemo-nos impulsionados e tomados pela clínica da crise, no espaço do Cecco podemos dizer o que Ferigato & Carvalho (2011) chamam de uma clínica-arte que podem conviver em um só tempo e, em um só convívio, o terapeuta e o artista, acarretando na produção de espaços terapêuticos para alguns e cultural, para outros.

Acredito que, apesar de os espaços propostos pelo Cecco se ocuparem de objetivos diferentes de outros equipamentos da saúde mental, faço um apelo para que os equipamentos bebam um pouco dessa instrumentalização de que o Cecco se ocupa e que os equipamentos possam adotar cada vez mais formas híbridas de produção de subjetividade a partir dos encontros. Isso me volta para uma reflexão que fizemos muito ao longo da residência que é o dispositivo da ambiência, que se apresenta, por um lado, um desafio para os serviços, e por outro, se constitui como um espaço potencial de transformação e geração de novas possibilidades de existência a partir do convívio e do encontro.

Certa tarde, uma usuária do Caps AD entrou correndo no Cecco perguntando por mim, pois fazia acompanhamento terapêutico com ela no ano anterior. Como eu não estava, contaram-me que ela, um tanto intoxicada, começou a gritar ameaçando os profissionais do espaço. Uma integrante da equipe ofereceu companhia, um café quente e o caderno de recados para que fosse registrada sua visita. Ela se acalmou e foi capaz de continuar sua caminhada até a oficina de geração de renda em que trabalhava.

O ser humano necessita que o outro o recepcione no mundo humano e lhe ofereça cuidado. O que o bebê pede chorando, M. é capaz de pedir no grito e na ameaça. A importância do café, do chá, do olhar da escuta, ou seja, do

acolhimento se fez e se faz essencial para se alcançar o que Winnicott denomina de “espaço potencial” que seria o espaço do sonho, da criatividade e da descoberta. L., se sentiu olhada e acolhida e se mostrou capaz de sustentar algumas coisas que antes eram da ordem do insuportável. (WINNICOTT, 1975).

Considerações Finais:

O porto como ponte de saída: a tentativa de avistar um cais.

Todo texto que pretende falar de alguma dimensão da ordem do vivido é como uma embarcação que é posta para navegar sem saber ao certo seu destino. Certa vez, li um livro que se propunha a falar da elasticidade da técnica psicanalítica. Nele, a autora (CESAR, 2013) sugeria que o trabalho clínico era como “um morar em móvel-mar”.

Por vezes me questioneei sobre práticas que propunham um escancaramento do *setting*, até que me deparei com a possibilidade do que foi sugerido com o acompanhamento terapêutico e, com isso, descobri a rua, a cidade e a comunidade como espaço clínico possível – hoje acredito em *settings* que cumpram a função de sustentar e preparar cenas para que o essencial se desenrole.

Contagiada por essa onda de pensar e repensar a dimensão clínica na saúde, acredito que o ato de velejar se assemelha ao ato de fazer clínica, proposto por mim nesta dissertação.

Temos em cena três principais autores: o marinheiro, a vela e o vento. Esses três elementos são influenciados por tantos outros: meteorologia, o tipo da vela, o tamanho do barco assim como a história do marinheiro...

O modo de um marinheiro adquirir um conhecimento pode se dar das mais variáveis formas: existe o marinheiro que aprendeu as técnicas pelo livro, aquele que sabe decifrar como ninguém uma bússola, aquele que veio de família de pescador e que conhece cada pedacinho do mar, aquele que sempre precisará fazer uma biruta, ou aquele que, inclusive, lambe o dedo indicador... Mas de um jeito ou de outro, é bom que todos tenham alguma leitura sobre o vento, pois dependerá disso para posicionar a vela, garantindo, assim, que o barco ande.

Apesar de estar advertido por algumas técnicas que auxiliem a navegação, só saberemos mesmo o que nos espera quando já estamos no percurso – o curso da viagem pode se tornar mais seguro se juntarmos, pelo

menos, uma dupla para que juntos possam desfrutar do vento em popa e se segurar no contra vento. Não seria a clínica um tanto disso?

Considero que os diferentes equipamentos constituintes da rede de saúde mental habitam mares distintos, possuem marinheiros distintos, barcos distintos e todos, na medida do possível, tentam tocar suas embarcações. Algumas vezes, temos que, nesse curso, lidar com a eminência de naufrágio, mas continuamos navegando.

Ao trazer o Cecco, para pensar esse processo, contrapondo a outros modos de fazer a clínica, é fazer um apelo não a um determinado *setting* ou a um determinado modo de fazer clínica, mas pelo contrário, é uma tentativa de ampliar cada vez mais o olhar para que possamos sempre ser sensíveis ao que o outro necessita. Na bravura e correria do alto mar, fica mais difícil ter tempo para olhar, escutar, pensar e sentir, embora seja necessário, afinal, segundo Winnicott (1977), “Quando olho, sou visto; Logo existo”.

Ao longo dessa dissertação tentei falar da clínica do Sujeito ou a clínica de produção de subjetividade e termino fazendo um apelo para que os espaços que se propõem a receber pessoas que sofrem se perguntem cotidianamente: qual é o espaço que estamos nos propondo a construir dentro desse serviço? Qual a sua finalidade? Qual a sua amplitude? Os sujeitos que recebemos cabem inteiros aqui? Para além da droga, da psicose ou das produções artísticas, o que conseguimos promover? Questionar que clínica estamos fazendo é estar implicado na construção de um trabalho vivo e potente.

. Ao longo dessa jornada ficou clara a importância de cada espaço oferecido dentro dos diferentes equipamentos de saúde mental no SUS. O grupo de caminhada, o acompanhamento terapêutico, grupo de artesanato ou mesmo o atendimento individual convencional são diferentes espaços potenciais de tratamento e encontro. Conheci usuário que só consegue falar de si aos sussurros em uma sala fechada e protegida dentro de um contrato semanal de psicoterapia, como, conheci também, outros usuários que esse *setting* seria da ordem do insuportável, mas que transbordavam nos espaços abertos e menos convencionais, permitindo assim que trouxesse para a cena um cachorro em um carrinho de bebê para passear na companhia de um profissional de saúde.

Se não estivermos atentos para perceber que singularidades diferentes necessitam de projetos e espaços terapêuticos distintos pecaremos do ponto de vista clínico. Essa diversidade de *settings* exige de nós trabalhadores uma elasticidade técnica da clínica: tem espaços que sou convocada a caminhar, outros a adotar a rigidez de um *setting* clínico *stritu senso* e outros que me permitem junto ao artesanato, auxiliar no remendo da dor e na pintura de decepções alinhavando tudo em um espaço protegido e seguro.

Para finalizar, afirmo ter me ausentado de propor receitas prontas, mas me ocupei em dividir com você, leitor, alguns dos ingredientes que venho usando para “salgar” minha clínica e me auxiliar a me manter sensível diante do outro que sofre – manter-se, nessa posição, porém, é um trabalho diário, reflexivo e cansativo em que você é impelido a ouvir, sentir, se desarmar e experienciar.

Então termino minha dissertação lembrando o fechamento da terapia individual de um paciente que atendi ao longo desses dois anos de residência: “Sabe, outro dia vi na internet uma frase bacana que dizia que o cara mais genial de todos foi o que inventou o calendário porque trouxe para as pessoas a esperança do amanhã. Já resolvi, vou comprar o calendário de 2015. Me lembro que você me disse um dia que todo ser humano sente falta e que isso que faz ele caminhar. Eu sinto muito falta, então eu vou continuar correndo”. Termino assim, utilizando as palavras de Adélia Prado que diz “O SAGRADO NÃO ESTÁ NO DOGMA, MAS ESTÁ ONDE A VIDA PULSA”.

Referências bibliográficas:

1. CAMPOS GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.
2. CAMPOS GWS. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. In: **Trabalho, educação e saúde**, v. 4 n. 1, p. 19-31, 2006.
3. ONOCKO CR. **O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde**: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. Departamento de saúde preventiva e social/FCM/Unicamp. 2005.
4. ONOCKO CR. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde debate**. 2001 maio/ago; 25 (58): 98-111.
5. BENEVIDES R; PASSOS E. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. **Rev Psicol Clín** 2001; 13(1):89-100.
6. CAMPOS, Gastão Wagner, 1997. Uma clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada; In mimeo. 1996/1997.
7. CAMPOS, Gastão Wagner. Saúde, sociedade e o SUS: o imperativo do sujeito. In: **Saúde e sociedade**, v18, supl.2. 2009
8. FERIGATO, S. H., & BALLARIN, M. L. G. S, 2007. **A clínica como instrumento de fortalecimento do sujeito**: um debate ético-filosófico. Centro universitário São Camilo; 1(1):53-60
9. TEDESCO, S. E SOUZA, T.P. Territórios da clínica: redução de danos e os novos percursos éticos para a clínica das drogas. In: **Conexões**: Saúde Coletiva e Políticas da Subjetividade. (Orgs.) Carvalho ET AL. Editora Hucitec, São Paulo, 2009.
10. LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2013.

11. FERIGATO, Sabrina Helena. **Cartografia dos centros de convivência de Campinas**: produzindo redes de encontros. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2013.
12. BLEGER, José. **O grupo como instituição e o Grupo nas instituições**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1991.
13. VARANDA W, ADORNO RCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas públicas de saúde. **Saúde Soc.** 2004.
14. GURFINKEL, Decio. **Adições**: paixão e vício. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2011.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
16. FERIGATO S, Sy A, CARVALHO SR. Explorando las fronteras entre la Clínica y el Arte: relato de una experiencia junto al Frente de Artistas del Borda. In: **Salud Colectiva**. V.07. n.03. p.347-363. Buenos Aires-AR, 2011.
17. CESAR, Fátima Florido. **Dos que moram em móvel-mar**: a elasticidade da clínica psicanalítica. São Paulo: Casa do psicólogo, 2003.
18. WINNICOTT, D. W. O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: **Brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1967.
19. MIRANDA L, ONOCKO R. Balizamentos éticos para o trabalho em saúde mental: uma leitura psicanalítica. In: Ver. **Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, 16 (1), 100-115, março, 2013.
20. FIGUEREDO, L. C. M. (1996). Da epistemologia à ética. In: L. C. M. Figueredo. Revisitando as psicologias: da epistemologia à ética e discursos psicológicos (3 ed. Ver. E amp., pp13-102). Petrópolis, RJ: Vozes.

21. FIGUEREDO, Ana Cristina. 1997. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório clínico**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

22. WINNICOTT, D.W. 1975. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro, Imago