

Diogo DR. A construção do laço social na psicose [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2008.

Freud S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912). In: Freud S. Obras Psicológicas Completas. Vol. XII. S/d.

Jerusalinski J. O acompanhamento terapêutico e a construção de um protagonismo In: Escritos da Criança Nº 6. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat; 2006. p.163-78.

Palombini AL. Apresentação. In: Palombini AL et al. Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública – a clínica em movimento. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2004.

Palombini AL. Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade. Contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.

Santos MED. A reforma psiquiátrica na prática. In: Palombini AL; Barboza RP; Fick TK (editores) O cuidado do morar: escritas entre trabalhadores de serviços residenciais terapêuticos. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública; 2014.

Tenório FA. Psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001.

As redes e os muros da cidade: andanças no acompanhamento terapêutico¹

*Analice de Lima Palombini
Vera Lúcia Pasini*

O fio da navalha

Trazemos à cena, com este trabalho, a experiência do Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública (ATnaRede). Vinculado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o ATnaRede opera como projeto de ensino, pesquisa e extensão, em que o AT é concebido sob três aspectos: 1) como tecnologia de atenção à saúde mental; 2) como estratégia de formação tanto no âmbito universitário das profissões do campo da saúde como na educação permanente dos trabalhadores; 3) como ferramenta útil ao processo de implantação e análise da reforma psiquiátrica e das redes de atenção psicossocial (PALOMBINI, 2007).

O projeto tem como foco demandas de AT formuladas por instituições diversas da cidade, que incluem, além dos serviços de saúde e saúde mental, também serviços da Assistência Social

¹Participam deste projeto, ou participaram dele nos últimos anos, e, portanto, são também autores da reflexão que aqui se apresenta: Ana Carolina Brondani, Ana Laura Baldini Reis, Ana Paula Vieceli, Brunna Diehl Dutra da Silva, Caroline Foletto Bevilacqua, Cecília Suñé Novossat, Débora Queiroz Nunes, Diego Drescher de Castro, Eleonora Graebin, Evandro Martins, Fernanda Sernet, Gabrielle Lippeert Bonazza, Isadora Machado, José Antônio Caruso de Lucca, Leone Vargas, Lorenna Pinheiro Rocha, Lucas Lima Pandolfo, Marina Gregianin Rocha, Maurício da Silva César, Nina Becker Lewkowicz, Rafael Schmitt Wilhelms, Renata Flores Trepte, Rodrigo Trapp Gampe Vaz, Rosane Gomez de Castro, Vanessa Manzke Souza, Verônica da Silva Ezequiel. São, não exatamente nessa ordem, graduandos de psicologia, estagiários ou extensionistas; artista plástica, enfermeiro, educador físico, psicólogos, todos residentes de saúde mental coletiva; mestrandas, de psicologia e de arquitetura. A esses, e outros mais que vieram a seguir, somam-se os profissionais dos serviços da rede pública que se tornaram nossos parceiros, a quem somos gratos por isso, em especial Adriana Pinto de Mello, Lucilene de Souza Pinheiro, Mariana Porto Ruwer de Azambuja, Andréia Fernandes, Eliana Dable de Mello, Carmem Fick, Anísia R.Martins.

(Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS e Centro de Referência de Assistência Social - CRAS), Ministério Público, Vara de Penas e Medidas Alternativas, entre outras. Muito frequentemente, são demandas que vão situar os ats entre as linhas de uma rede de serviços, uma rede em que se incluem diferentes atores.

No acolhimento a essas demandas, percebe-se que essa rede de cuidados que se propõe usuário-centrada corre o risco de tornar o usuário cercado – cercado por serviços e setores que, buscando atender à população, terminam por fazer submergir a singularidade dos sujeitos a quem pretendem acompanhar, ao ponto de se tornar um desafio localizá-los em meio a essa trama, acompanhar o fio de suas histórias, discernir demanda, desejo (Palombini, Sernet, Rocha, 2013). Em contrapartida, a vigência, na cidade, de práticas divisoras ergue muros invisíveis a separar loucos e normais, doentes e são, negros e brancos, miseráveis e endinheirados, de tal forma que, muitas vezes, a tessitura de uma rede de cuidado se vê interrompida e inviabilizada.

Apostamos no AT como uma via possível, às vezes única, de aproximação aos sujeitos que, ou resistem a ser capturados por essa rede, por essa teia institucional que pode enredar-lhes, ou se veem descartados pela mesma. Não deixamos de considerar, porém, o risco que o AT corre de, ao obter êxito nessa aproximação, tornar-se instrumento de captura (é o fio da navalha de nossas práticas psi). A experiência desse risco constitui ferramenta potente de formação para o trabalho intersectorial em saúde mental e investe o AT da possibilidade de operar, na relação com os serviços e setores implicados no acompanhamento de um usuário, um modo de construção do caso que leve em conta o saber próprio ao sujeito, o que nele se apresenta de singular (Figueiredo, 2004), problematizando a trama que se tece em torno dele como prática de cuidado.

Este trabalho traz à luz cenas do AT no espaço aberto da cidade, analisadoras dos processos de construção de redes de atenção psicossocial na perspectiva da desinstitucionalização da loucura, em confronto com os “manicômios mentais” (Pelbart, 1997) e as práticas divisoras que seguem operando em nosso cotidiano.

1. Jovem adulto, em acompanhamento pelo Judiciário, por cumprimento de medida alternativa, por roubo associado ao uso de drogas, mantido em confinamento doméstico por um familiar.

Os ats, solicitados pelo setor de psicologia do Judiciário para buscar tecer alguma rede de apoio ao caso, deparam-se com a gravidade da situação: um familiar inflexível, que rotula ao jovem como irrecuperável usuário de drogas; um jovem que aceita passivamente o confinamento que lhe é imposto e desiste de desenhar qualquer futuro para si; um uso de drogas que encobre uma produção delirante quase sempre silenciosa. Após muitas tratativas, e com o auxílio da psicóloga do Judiciário, conseguem que ele seja acolhido pelo CAPS do seu território. O profissional que o recebe, porém, entende que não é caso para atendimento no CAPS, uma vez que o mesmo encontrava-se “bem orientado, sem sintomatologia psicótica”. Claramente, coloca à frente da cena a circunstância do uso de drogas, e reporta, a essa circunstância, as condições de (não)vida em que o jovem se encontra. Ao buscar, em seu discurso, os elementos indicativos de uma psicose, reduzindo, à presença desses elementos, o critério para acompanhamento do caso pelo serviço (como se um diagnóstico de psicose fosse senha para o seu acesso), o profissional deixa de levar em conta a grave situação de vida em que esse homem se encontra, o seu isolamento e o confinamento doméstico ao qual se submete passivamente. Ou seja, deixa de levar em conta um diagnóstico situacional (Saraceno, Asioli, Tognoni, 2001), que implica olhar, para além das modalidades discursivas do sujeito, também o território em que vive e as redes que estabelece nele. Foi preciso, teimosamente, e com auxílio do gestor municipal, tecer outras linhas, enlaçar outros nós, que, suplantando protocolos e perfis a barrar o acesso aos serviços, têm persistido em vínculos através dos quais um tênue fluxo de desejo vai se fazendo rede capaz de sustentar o andar arreado e descompassado de sua vida.

2. Jovem de 16 anos, há cerca de dois anos em acompanhamento terapêutico junto ao ATnaRede. Sobre ele, a história oficial, iluminada pelo facho de luz do Poder, lança o seguinte: jovem psicótico, com conduta hiper-sexualizada, filho de mãe abusadora.

Sob permanente ameaça de perda da guarda, mãe e filho veem-se submetidos a uma vigilância extrema em todos os âmbitos de suas vidas. O AT foi solicitado pelo CREAS, com vistas a estar mais próximo do jovem e propiciar-lhe outras formas de cuidado, que não pela via do controle. Uma relação de confiança pouco a pouco se faz entre a at e aquela família, mãe e filho. Uma confiança que não chega a se estabelecer junto à equipe de saúde que lhes atende e que se arvora decidir sozinha, baseada em uma história única, o destino desse jovem: abrigagem, internação, guarda provisória... O jovem e sua mãe não têm vez nem voz nas decisões que são tomadas, ainda que elas impliquem os rumos das suas vidas; suas atitudes e suas palavras são, a priori, passíveis de suspeita. A at também não tem vez nem voz junto a essa equipe. Um higienismo feroz é o que prevalece, sustentado pelo conluio entre poder judiciário e poder psiquiátrico que atravessa os séculos (Foucault, 2006).

Junto ao processo judicial que deve decidir a guarda desse menino, fizemos anexar o relatório que elaboramos, contando a experiência do AT, trazendo a voz desse jovem e de sua mãe ao texto, dando a ver uma outra percepção dos seus modos de vida. Independente de qual seja a decisão a tomar quanto à guarda, interessa-nos preservar um espaço de convivência entre mãe e filho. São quatro breves páginas, em meio a um processo judicial iniciado há mais de dois anos, sistematicamente alimentado de pareceres por essa equipe que, guardiã de uma história única acerca dessa família, não lhe abre nenhuma fresta que permitisse dar vazão à produção de outros modos de vida. A possibilidade de narrar outras versões dessa história constitui aqui, claramente, uma política de resistência.

3. Família com quatro filhos, cujos pais recebem tratamento no CAPS, sofrendo, ambos, de padecimento psíquico grave.

Iremos nos deter um pouco mais sobre esta terceira cena, que narra a trajetória de um AT realizado com uma família, num emaranhado de caminhos, histórias, corpos e serviços envolvidos nos percalços do cuidado e do controle.

O que, nesse caso, seria um AT para um casal (ambos diagnosticados como esquizofrênicos), apresentou-se de início como um AT para uma casa, abraçando também os quatro filhos, com idade entre 7 e 13 anos, uma tia das crianças, também diagnosticada como esquizofrênica, e suas duas filhas, entre outros atores do território. O caso chegou até nós através do CREAS, que, por sua vez, foi acionado pelo CRAS, para avaliação com vistas a uma possível nova abrigagem das crianças (os dois mais velhos haviam sido abrigados por um período de dois anos algum tempo atrás - experiência que foi traumática para todos, tanto para os pais quanto para os filhos). O Conselho Tutelar cogitava essa nova abrigagem, considerando as queixas de negligência dos pais no cuidado das crianças. Essas queixas partiam da escola, em função das faltas recorrentes do filho mais velho, por um lado, e do fato de as crianças mais novas apresentarem-se mal vestidas, sujas, com piolhos, por outro. O CREAS assumiu a referência do caso e se esforçava para evitar que se repetisse uma nova ruptura familiar com a abrigagem. Com esse intuito, e buscando ofertar o cuidado de que essa família necessita, o CREAS aciona e media as relações entre os diversos serviços e familiares envolvidos: escola e SASE frequentadas pelas crianças, UBS de referência da família, CAPS onde os pais são atendidos, fonoaudióloga de um dos filhos, CAPSi que avaliou a outro deles, além da vizinhança e de um tio das crianças, que tanto protegem quanto controlam. Na costura dos fios dessa rede com que tentam conter e dar suporte a essa família, pedem ajuda dos ats para auxiliar o casal a construir uma certa organização do cotidiano da casa.

O casal recebe de boa vontade as ats, mas uma brincadeira que o pai dirige a elas deixa claro, de saída, a compreensão que têm da função que opera essa rede de serviços que as ats vêm integrar. Ao se despedirem, ao final do primeiro encontro em que são apresentadas à família pela assistente social e pela educadora social do CREAS, o pai, bem humorado, diz: “já que vocês vêm nos ajudar, então pra semana que vem já vou providenciar duas vassouras!”. Organização e limpeza é o que a escola pede, e é a demanda de que essa rede não consegue escapar.

As ats, então, buscam se desenredar do lugar de controle a que são convocadas nessa trama, procurando tecer outros fios para o acompanhamento. Em vez de pôr ordem na casa, convidam o casal a passear. Apesar do estranhamento por parte da rede, que expressa uma insatisfação com o desempenho das ats, o CREAS sustenta a proposta. O fato é que, justamente, declinar da demanda que lhes era feita é o que permitia às ats o exercício de uma função terapêutica. Como escreve e nos mostra Sabrina Ferigato no belíssimo vídeo “A delicada arte de se produzir encontros” (Ferigato, Botelho, 2012), sobre os centros de convivência da rede de saúde mental de Campinas: estar à borda da rede de saúde pode ser ao mesmo tempo estar à margem e no alvo. Passeando com as ats, cada um dos membros do casal encontra o espaço para falar de si, para compartilhar, sem medo, a sua experiência de adoecimento, alucinações e delírios, mas também histórias de vida, pequenas e grandes preocupações e alegrias. Percebe-se o quanto a rede que se articula em atenção ao caso é vivida pela família como um cerco que a ameaça. Assim, quando as ats chegam à casa e encontram o pai em crise alucinatória, o que se repetiu algumas vezes, este pede que não contem nada aos serviços, explicitando o medo, em vez da acolhida, que sentia em relação a esses espaços. E as ats vão se fazendo testemunhas da capacidade daquela família de acolher aquelas crises, de se fazer continente da angústia e padecimento do pai, ajudando-lhe na travessia das crises, sem recurso aos serviços pelo receio de uma intervenção não desejada por eles. São testemunhas também da amorosidade que une o casal a seus filhos; da vivacidade e das aprendizagens, escolares ou não, que trazem as crianças; do cuidado que aquela família compartilha entre si, que, no entanto, não se traduzia em asseio e ordem...

Junto ao acompanhamento da família, foi preciso então abrir espaço para que as equipes envolvidas se encontrassem e buscassem construir uma direção comum de trabalho, não em oposição e rivalidade, mas em composição e diferenciação de lugares. Na insistência desse espaço comum, foi possível modular as expectativas, fazer valer a estratégia estabelecida pelas ats (deslocar-se do lugar de controle) e reconhecer-lhe o valor, como também

compreender que, ao depositar o medo na relação a uma equipe ou profissional em especial, isso possibilitava construir, na relação com as outras equipes, um lugar de confiança, de forma que também esse profissional – ou essa equipe – “temido” pela família ganhava lugar e importância na construção do caso. Então, mais ou menos de dois em dois meses, profissionais do CREAS, do CAPS II, e do projeto ATnaRede, reúnem-se durante uma manhã para tornar comum o trabalho feito com essa família e tentar minimizar os riscos de fazer da rede de cuidado uma rede de captura. A esses serviços, vem somar-se mais tarde o CAPSi e, eventualmente, o CRAS, o SASE, o Conselho Tutelar. Intenta-se também chamar a compor essas conversas a Escola, apostando aí na possibilidade de esta vir a olhar por outros ângulos a produção dessas crianças e o cuidado que seus pais lhes ofertam, ou fazer retornar para si, como questão, a evasão do filho mais velho.

A tessitura dessa rede é, como o AT, um trabalho lento, delicado e paciente, de muitas costuras e bordados. Tão delicado e lento que arrisca se tornar invisível, seja aos olhos apressados de quem passa, seja aos olhos vigilantes do Estado. É assim que, numa reunião de rede intersetorial, o caso dessa família é trazido à tona, com grande alarde, embora nenhum dos profissionais que os acompanha se encontrasse presente. Na ignorância do trabalho que se faz, decidem pelo imediato encaminhamento dos filhos do casal a uma casa de acolhimento institucional e qualificam o caso como exemplo do que uma rede de serviços NÃO deve fazer (!!!). A direção do CREAS, no entanto, com mais cautela, busca antes informar-se com quem os acompanha e, após participação na reunião com os profissionais implicados e com as ats, decide não dar prosseguimento à ordem de recolhimento das crianças. Seguimos bordando...

Andanças da clínica: dos muros às redes

Se os anos 1800 são aqueles em que as experiências exóticas de alguns de nós foram enquadradas em categorias de adoe-

cimento,² é somente nas últimas décadas do século XX que, no cenário brasileiro, instituiu-se uma política que propõe cuidar dessas experiências ditas de adoecimento em regime aberto, nos seus territórios de vida. Mais recente ainda é a perspectiva em rede com que se passa a pensar esse trabalho. Há um caldo de ideias que, desde o pós-guerra, faz repensar o cuidado em saúde mental, colocando em questão a estrutura do manicômio. Porém, no Brasil, também por força da sua conjuntura política, sob a vigência de uma ditadura, até os anos 80, e muito marcadamente nos anos 70, o manicômio foi o espaço prioritário, hegemônico, absoluto, a que eram destinadas as pessoas sob rótulo de doença mental. A aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil (Lei nº 10.216/2001) favoreceu o redirecionamento gradativo dos investimentos em saúde mental, dos hospitais psiquiátricos para os serviços abertos e de base comunitária foi favorecido com a aprovação, em 2001, da Lei da Reforma Psiquiátrica. E é somente a partir de 2006 que se alcança uma inversão no percentual dos gastos na rede de atenção psicossocial, de forma que, hoje, mais de 70% dos recursos são gastos com ações comunitárias (Brasil, 2012).

Conforme dados da OMS³, porém, 85% dos orçamentos de saúde destinados à saúde mental no mundo ainda são direcionados aos hospitais psiquiátricos. O cuidado em liberdade é uma ideia recente. O cuidado em liberdade, territorializado, é mais recente ainda (tanto quanto o SUS é recente como sistema de saúde no país). E um cuidado em liberdade, territorializado, em rede, como política pública, é uma prática muito nova pra todos nós.

A reflexão proposta por Ana Cristina Figueiredo (2010) nos ajuda a dimensionar o sentido dessas transformações que a territorialização do cuidado vem operar, num curto espaço de tempo, em nossas práticas. A autora refere-se a três tempos, três momen-

tos da clínica que a colocam na direção da atenção psicossocial, e, valendo-se da psicanálise, propõe marcar cada um desses tempos pelo que vêm significar, para os seus profissionais, em termos de ferida narcísica e perda de gozo. O que ela diz a esse respeito nos ajuda a dar contorno à função AT no contexto das políticas públicas e na perspectiva, que nos é contemporânea, nesse contexto, de um trabalho em rede, tal qual as cenas narradas vêm mostrar.

O primeiro tempo, situado entre os anos setenta e oitenta, configura a passagem da clínica feita nos consultórios privados para os ambulatorios públicos. Esse momento é marcado então pela ferida narcísica da desprivatização do consultório e do assalariamento do profissional e pela perda do gozo do controle do dinheiro. O segundo tempo da clínica, nos anos noventa, é marcado pela passagem dos ambulatorios públicos para os centros de atenção psicossocial (CAPS) e traz, como ferida narcísica ao profissional, a necessidade de compartilhar o seu trabalho com a equipe, o não poder mais fazê-lo sozinho, enquanto a perda de gozo consiste na perda de controle sobre o caso (a responsabilidade pelo caso não é mais do profissional, mas da equipe). O terceiro tempo da clínica se situa a partir dos anos 2000, com a passagem dos CAPS para o trabalho em rede. A ferida narcísica, nesse caso, decorre do fato de o usuário deixa de ser do serviço; a responsabilidade pelo acompanhamento do caso se estende ao território, o que requer, não competir com os demais serviços, não despachar o usuário de um serviço a outro, mas negociar e compor com esses serviços a oferta de cuidado. Quanto à perda de gozo, aqui remete à perda de controle sobre o usuário, que não segue a direção dada ou não atende as demandas das equipes e serviços envolvidos. Conforme Figueiredo (ibidem), as feridas e perdas de que os profissionais possam se ressentir nessas passagens são largamente compensadas pelos ganhos advindos dessas transformações: a abertura dos ambulatorios públicos oferta aos profissionais a possibilidade de exercício de uma clínica sem precedentes nos consultórios privados, com situações que nunca bateriam à porta de suas salas de atendimento; o trabalho compartilhado em equipe nos CAPS se apresenta menos solitário e mais resolutivo; e o trabalho em rede, entre equipes e serviços, torna possível

²Cf. Emerson Merhy, em pronunciamento no Encontro de CAPS da Macrorregião Metropolitana, organizado pela Seção de Saúde Mental do RS, ocorrido em 8 e 9 de outubro de 2013 em Porto Alegre.

³De acordo com pronunciamento de Benedetto Saraceno, pela Organização Pan-americana de Saúde, em encontro promovido nos dias 19 e 20 de setembro de 2013 pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, intitulado Radicalizar a formação nas RAPS no SUS.

e mais bem sucedido o acompanhamento continuado do usuário, colocando uma barreira à burocracia que simplesmente despacha pacientes e à onipotência que mantém o poder de cura centrado, o mais das vezes, no médico, eventualmente no psicólogo ou em outro profissional da equipe.

Tais transformações da clínica foram colocadas em causa por movimentos que, na esteira do processo de democratização do país, vão deflagrar, no Brasil, uma Reforma Sanitária, uma Reforma Psiquiátrica e os movimentos de luta antimanicomial. Embora possam ser operadas e impulsionadas pela política e pela gestão, elas não evitam a atualização de antigas práticas que insistem em manter a clínica circunscrita aos parâmetros do seu modelo clássico e privativo, recusando-se às mudanças importantíssimas no modo de operar uma clínica ampliada. São pouco mais de vinte anos de Sistema Único de Saúde (SUS), o que nos dá a dimensão dos esforços que temos que fazer, como profissionais, para nos desprendermos de modos arraigados de trabalhar, modos que ainda perpassam amplamente as formações que se oferecem nos cursos de graduação dos profissionais da área.

Para além disso, cabe lembrar que trabalhar em rede também não nos livra do mandato político de onde provêm as nossas disciplinas, que as torna indissociáveis de um certo exercício do poder. É Foucault quem nos ensina e instiga a conhecer de onde provêm e quais as condições de emergência de nossas práticas para poder transformá-las, a partir de um exercício crítico sobre si mesmo.

O AT, conforme dissemos, não está livre dessa proveniência psi, disciplinar, não está livre de produzir, na circulação pelo fora, um novo dentro absolutizado, como nos alerta Suely Rolnik (1997). Porém, por essa circulação mesma, por acompanhar os fluxos entre os serviços, por transitar no chão dos territórios existenciais dos acompanhados, o AT também pode arriscar ser um analisador potente de nossas redes de atenção psicossocial, ajudando a transformá-las. Vivemos a aventura de experimentar e aprender modos inéditos de construir o trabalho em rede. São tramas delicadas, feitas de muitos fios que, no seu entrelaçamento, visando compor

uma rede de acolhimento, podem facilmente tornar-se essa rede que enreda, cerca, aprisiona. Por um lado, o fim dos manicômios, que nós almejamos, não evita a continuidade dos encarceramentos, mas os torna talvez invisíveis aos nossos olhos; por outro, a midiática discussão em torno à internação compulsória de usuários de drogas tende a naturalizar e deixar impune esse tipo de prática, que se apresenta ainda hoje com uma frequência preocupante.

Para concluir

Qual o enfrentamento possível disso? Como, desde a clínica – essa clínica ampliada, da qual o AT é um modo –, na sua inflexão com a política e a gestão, como proteger-se desse empuxo às velhas formas de objetualização, tutela e aprisionamento da loucura?

Não temos as respostas para essas questões, mas sabemos por onde seguir: é preciso reconhecer os limites dos nossos saberes, dando passagem ao saber que o usuário porta. Aquele que foi objeto do nosso conhecimento, é preciso incluí-lo, nesse rearranjo de saberes que compõem o cuidado em rede, como sujeito de saber, em interação e afetação recíproca com os demais. Sujeito de um saber absolutamente singular, que se constitui na experiência de viver, na experiência do adoecimento, na experiência de receber tratamento, na experiência de habitar um território. À clínica, à nossa clínica cotidiana, cabe incluir aos usuários na definição de suas ações, na formulação do projeto terapêutico singular, na gestão do serviço, nos modos de itinerância no território. Isso não nos livrará de nos vermos às voltas com o mandato disciplinar que recai sobre nossas profissões. Mas a inclusão do usuário nas decisões sobre o tratamento, junto com o olhar crítico que sejamos capazes de lançar à nossa própria história, ajuda-nos a compreender o que fomos para tornarmo-nos outros. O AT, ao colocar-se ao lado do acompanhado, nos ajuda a caminhar nessa direção.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados-10, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012. Acesso em 08/08/2015.

Ferigato S, Botelho M. A delicada arte de se produzir encontros – centros de convivência. Vídeo-documentário. Campinas: Secretaria Municipal da Saúde de Campinas; Departamento de Saúde Coletiva da UNICAMP, 2012.

Figueiredo AC. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. In: Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental. 7 (1), 75-86, mar 2004.

Figueiredo AC. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. In: Guerra AMC, Moreira JO (orgs.). A psicanálise nas instituições públicas. Curitiba: CRV, 2010.

Foucault M. O poder psiquiátrico. São Paulo: Martins Fontes, 2006, Palombini AL. Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade. Tese de Doutorado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007,

Palombini AL, Stenert F, Rocha LP. AT em rede: tramando o singular no coletivo. Trabalho apresentado no Simpósio Acompanhamento Terapêutico, Saúde Pública e Educação, São Bernardo do Campo, 23 e 24 de agosto de 2013.

Pelbart PP. Manicômio mental – a outra face da clausura. In: Lancetti A. (Org.). Saúdeloucura 2. São Paulo: Hucitec, p.131-138, 1997. Rolnik S. Clínica nômade. In: EQUIPE de Acompanhantes Terapêuticos de A Casa (Org.). Crise e cidade: acompanhamento terapêutico. São Paulo: EDUC, 1997.

Saraceno B, Asioli F, Tognoni G. Manual de saúde mental: guia básico para atenção primária. São Paulo: Hucitec; 2001,