

DERRUBANDO MUROS: PROCESSOS DE SINGULARIZAÇÃO NAS PRÁTICAS DE UM CAPS INFANTOJUVENIL

Tearing down walls: singularization processes within practices of a "CAPS Infantojuvenil"

André Ricardo Nader¹
Adriana Marcondes Machado²

Artigo encaminhado: 21/12/2018

Aceito para publicação: 26/11/2019

RESUMO: Os avanços conquistados com a Reforma Psiquiátrica brasileira efetuaram um reordenamento de forças, alcançando um redirecionamento nas políticas e nas práticas em saúde mental. Forças, políticas e práticas rearranjadas produzem desafios imprevistos, aos quais o presente artigo objetiva dar visibilidade. Motivados por reflexões produzidas no trabalho com um usuário de um CAPS Infantojuvenil, discutiremos temas sensíveis ao campo da saúde mental de crianças e adolescentes – idealização e naturalização da loucura, cuidado e violência, divisão disciplinar do trabalho e enrijecimento das práticas –, visando dar sequência ao movimento de desconstrução daquilo que pode, em nós, constituir-se como muros. A análise de tal movimento é compreendida como uma estratégia fundamental na formação dos trabalhadores da área.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Atenção psicossocial. Saúde Mental. Formação dos Profissionais de Saúde.

ABSTRACT: The advances achieved by the Brazilian Psychiatric Reform have produced a reordering of forces and have conquered a redirection in mental health policies and practices. The rearrangement of forces, policies and practices have produced unforeseen challenges which this article aims to lend visibility. Motivated by reflections that came up during the work developed along with a user of a "CAPS Infantojuvenil", we discuss sensitive issues in the field of children's and adolescent's mental health – idealization and naturalization of madness, care and violence, disciplinary division of labor and hardening of practices –, which aim to follow the movement of deconstruction of what might arise as walls in ourselves. This movement analysis is understood as a foundational strategy in the education of workers of this field.

Keywords: Psychiatric Reform. Psychosocial Attention. Mental Health. Health Professionals Education.

¹ Mestre em Psicologia pela Universidade de São Paulo. Supervisor institucional, Psicanalista e Acompanhante Terapêutico. andrenader@gmail.com

² Professora Doutora do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Mestre e doutora em psicologia social pelo IPUSP. adrimarcon@uol.com.br

1. APRESENTAÇÃO

No ano de 2001, com a promulgação da lei 10.216, tomou-se uma fundamental decisão de como os cuidados em saúde mental ocorreriam. Tratar em liberdade, garantindo direitos, converteu-se em uma forma de, em substituição ao manicômio, relacionarmos-nos com a loucura. Forma organizada em torno de um novo modelo de atenção, o psicossocial, e de uma nova instituição, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). Tais mudanças devolveram ao convívio social uma faceta da experiência humana difícil de confrontar: o enlouquecimento.

No presente artigo, a radicalidade da experiência da loucura será tratada na especificidade do campo da saúde mental de crianças e adolescentes: discussão tardiamente incluída na agenda política da saúde mental e, por isso, urgente de ser pensada em suas particularidades. Por seu caráter recente e inovador, o mandato clínico e gestor inaugurado pelo CAPSi “exige acompanhamento e ações de formação permanentes” (COUTO; DELGADO, 2015, p. 36).

O presente artigo se propõe, portanto, através do relato de uma experiência vivida no acompanhamento de um adolescente em um CAPS infantojuvenil, dar visibilidade aos ensinamentos que nossos pequenos e jovens usuários oferecem. Compreendendo que a reflexão sobre a prática, a partir daquilo que ela nos apresenta enquanto desafios e limite, configura uma potente estratégia de formação e de transmissão (SCAFUTO; SARACENO; DELGADO, 2018), trataremos e discutiremos cenas que carregam em si elementos paradoxais que desafiam e ensinam.

Sempre a partir da relação com um jovem usuário, trilharemos um caminho que colocará em pauta tensões inerentes à prática cotidiana. Tensões que se referem à percepção da loucura, oscilando da naturalização à idealização, às formas de atenção, na corda bamba entre o cuidado e a violência e às lógicas institucionais, no constante risco de voltarem a ser práticas muradas. Visamos, com isso, avançar no debate sobre os desafios trazidos por nossa responsabilidade pública do cuidado em liberdade.

2. RELATO DE EXPERIÊNCIA

“Tenho uma notícia triste. O Paulo, neto da Ignez³, faleceu de ontem pra hoje...”

Foram essas palavras, escritas na tela do celular, que transmitiram a impactante mensagem. Para acusar o recebimento e não deixar o mensageiro sem resposta, uma única palavra foi escrita: Nossa! Foi o melhor que pode ser feito perante o silêncio e o vazio produzidos.

Aos poucos, o silêncio e o vazio foram sendo preenchidos por lembranças. A primeira a brotar foi de quando nos despedimos. Paulo era um adolescente de quase dezoito anos que frequentava o CAPS Infantojuvenil. O contato com ele se deu em um período de dois anos de trabalho nesse serviço⁴: cinco dias por semana, oito horas por dia. No dia em que comuniquei minha saída do CAPSij aos seus diversos frequentadores, lembro de ter sido surpreendido com um presente dele: um de seus tão queridos CDs de Hip Hop. Um gesto emocionante, principalmente por ter vindo de um adolescente marcado por momentos de intensa desconexão com tudo e com todos à sua volta.

No entanto, esse não havia sido seu primeiro presente. Na verdade, como fui percebendo após a notícia de sua partida, Paulo fora alguém que muito ofereceu àqueles com os quais convivia, provocando-nos a refletir sobre o campo da reforma psiquiátrica, sobre o cuidar e sobre o enlouquecer.

Chegou ao CAPSij com dezessete anos, ou seja, estava por atravessar a linha que divide a adolescência da maioridade legal. Linha desenhada há tanto tempo que muitas vezes sequer nos questionamos do porquê de ter sido criada – linha, portanto, não natural, mas naturalizada. Existem outras tantas linhas assim em nossa contemporaneidade; desenhadas para dividir e explicar nosso mundo. Além de dividir e definir campos, elas também recortam o que se supõe como a norma, transformando tudo aquilo que fica além de seus contornos em fora da norma – era esse o território em que Paulo era reconhecido: doente mental, obeso, órfão e institucionalizado.

³ Nomes fictícios

⁴Essa experiência profissional, vivida por um dos autores deste texto, foi tomada como analisadora de questões em relação às quais o artigo se debruça. Optou-se por manter, no relato, a primeira pessoa, dando ênfase aos aspectos singulares dessa relação.

2.1 Nem natural, nem ideal: o encontro com a louca diferença

Pesando mais de uma centena de quilos, apresentando um estrabismo acentuado (que o fazia parecer com o olhar sempre perdido) e mantendo a boca constantemente aberta (com os dentes quebrados à mostra e incapaz de conter a própria saliva), Paulo era visto como o clássico “doido varrido”. Desconectado do mundo, falando um dialeto próprio, gritando POW-POW-POW enquanto dava tiros com os dedos para todos os lados e agitando-se aparentemente sem motivos, ele era, também, temido por aqueles que com ele conviviam. Esta foi a primeira lição que aprendemos com ele: trabalhar com saúde mental não tem absolutamente nada a ver com não sentir medo. Acreditar nos preceitos da Reforma Psiquiátrica, assim como defender os direitos humanos e sociais, não significa não se assustar com tão diferente semelhante. Que as linhas que definem o que é ou não é a norma não sejam naturais, que elas sejam construídas socialmente e, portanto, mutáveis, não significa que os efeitos do encontro com a diferença não assustem.

A luta contra os manicômios, na tentativa de romper com as linhas que aprisionam a loucura em territórios como o da periculosidade, da incapacidade e da irrecuperabilidade, produziu alterações na percepção da loucura. Compreende-se que, diante das atrocidades vistas nos hospitais psiquiátricos brasileiros, foi fundamental criar maneiras de romper com os estereótipos que naturalizavam a exclusão da loucura. Com isso, os desafios que se apresentam nas relações de cuidado e convívio com a loucura foram, também, rearranjados.

Nesses rearranjos, sabemos, as relações de poder se metamorfoseiam e se reorganizam. A luta por uma prática não segregacionista gerou outros termos, espaços e tempos; assim como desafios. A utilização da expressão “usuários de serviços de saúde mental”, em vez de “doente mental” ou “louco”, é exemplo disso. Quem são as pessoas que usam esses serviços? No que elas se diferem daquelas que não os utilizam? O embaraço frente a tais questões pode produzir respostas que, evitando ressaltar diferenças, tentam mostrar que somos todos iguais. Encontramos neste modo de se posicionar diante da loucura, um dos desafios aos quais nos referimos: visando evitar nomeações que segreguem, ao mesmo tempo, pode-se obstruir a possibilidade de distinção de dificuldades, de necessidades e de formas de sofrimento específicas (NADER, 2017). Se, por um lado, foi fundamental combater a naturalização totalizante da ideia do louco como

alguém violento ou incapaz, em contrapartida, surgiu o risco de, ao negar diferenças nas experiências do enlouquecimento, apagar a singularidade que há nesses processos:

Nesta linha, é possível reconhecer no discurso de alguns membros da comunidade antimanicomial certa idealização da loucura, negação das dificuldades concretas e materiais do que significa viver como portador de sofrimento psíquico e minimização do verdadeiro sofrimento que se encarna nesses pacientes, por exemplo, no surto psicótico. (CAMPOS, 2001, p.102).

Tal idealização da loucura cobra um preço que, grosso modo, está ligado ao impedimento de nos aproximarmos das marcas, dos vazios e dos sofrimentos que existem no enlouquecer. A ação de encontrar-se com quem produz estranhamento, seja ele quem for, comporta movimentos de si e do outro, comporta movimentos de diferenciação – conhecer Paulo exigiu esses movimentos.

A princípio, parecia que ele era pura diferença: havia baba escorrendo pela sua boca, cheiro de fezes e de urina; havia ausência, palavras sem sentido, olhares sem direção e gestos sem intenção. Como habitar uma posição diante disso que não fosse a de naturalizar a doença ou, negando qualquer diferença, idealizar a loucura? Aprendemos isso com Paulo; os estranhamentos permaneciam – fossem medo, nojo ou incompreensão – e, junto a eles, começaram a aparecer outras singularidades: preferências, ritmos e coloridos próprios. Para que isso se desse, foi necessário tempo: momentos de lentidão em que o singular podia surgir sem ser reduzido a rótulos ou a negações.

Paulo passou a ser (também) alguém que gostava de música, principalmente rap e hip hop, amava demais a avó e o irmão caçula – tinha um sorriso fácil e uma risada gostosa. Amedrontava-se com os monstros que via nos filmes: eles o perseguiam depois que TV era desligada e, mesmo assim, Paulo queria sempre rever tais filmes. Ele ficava extremamente incomodado com as sensações corpóreas que a fome oferecia, mas não conseguindo nomeá-las, delirava e alucinava demônios e bestas. Diante de outras sensações corpóreas como, por exemplo, ao adoecer, tinha a mesma reação: suas grandes agitações e desorganizações psíquicas eram em épocas de fortes gripes ou infecções.

Aos poucos, Paulo foi criando relação com as pessoas que conhecia no CAPSij. Foi aprendendo nossos nomes e jeitos, ainda que insistisse em nos chamar de tio e tia. Sabia para quem pedir o rádio ou ajuda com a TV, elegia

alguns para correr atrás e tentar bater quando se irritava e outros para falar das meninas bonitas. Ao nos dedicarmos a conviver, todas essas sutilezas coexistiram.

2.2 Cuidado e violência: inventando práticas

Paulo vivia com sua avó em um barraco de madeira construído no meio de uma favela. Fora abandonado pela mãe e passou por algumas internações em hospitais psiquiátricos. Tinha surtos recorrentes nos quais deixava de ver as pessoas à sua volta, passando a ver demônios assustadores, cobras, ratos e aranhas, amigos de infância assassinados, assassinos e policiais. Ficava agitado, gritava, quebrava coisas da casa e agredia as pessoas. Nessas ocasiões sua avó chamava o SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – para levá-lo ao pronto-socorro, mas, como é comum em chamadas relacionadas a casos de saúde mental, dificilmente uma ambulância chegava para oferecer ajuda; quando chegava, era acompanhada por uma viatura da polícia. Temendo problemas com os traficantes, por trazer para dentro da favela uma viatura da polícia, e sem encontrar alternativa, a família e alguns vizinhos de Paulo, diante de situações de maior agressividade, amarravam-no no poste da avenida mais próxima, para que lá a viatura e a ambulância o encontrassem e levassem ao hospital mais próximo.

Tal situação extremada era lida pela equipe do serviço de diferentes formas que, de modo genérico, podiam ser resumidas em duas posições: uma que via na situação um clássico e insustentável exemplo da violência dirigida à loucura; outra que, entendendo a situação a partir do contexto – moradores de uma favela dominada por traficantes na qual a polícia não poderia entrar –, via na decisão de amarrá-lo uma tentativa de cuidado.

A convivência com Paulo e sua família mostrou que “cuidado” e “violência” faziam parte de uma falsa dicotomia. Aquela era uma situação difícil na qual tornou-se possível ver que familiares e vizinhos se preocupavam em pensar na melhor forma de cuidarem de si e de Paulo. O que podiam oferecer era um cuidado violento, o que não é o mesmo que dizer que eram uma comunidade violenta ou que violentavam Paulo. Aqui, interessa-nos a reflexão a respeito do cuidar e do violentar. Apostar que ambos podiam ocorrer ao mesmo tempo foi apostar em uma aproximação entre os trabalhadores do serviço e aqueles que

há anos conviviam e cuidavam, da maneira que podiam, de Paulo. Passamos a visitá-lo em sua casa, assim como nos dispusemos a estar presentes nos momentos de crise – evitando, dessa forma, a necessidade de amarrá-lo ao poste para esperar a possível chegada do SAMU. O que possibilitou tal aproximação foi a suspensão de um julgamento da situação a partir de nossos *a priori* antimanicomiais, ou seja, pudemos não tratar a situação de violência como uma ação que precisaria ser denunciada, nem transformar a família e os vizinhos em agentes perversos da lógica manicomial.

A possibilidade de compreender que há formas de cuidar que são tecidas singularmente, a partir das experiências e saberes de cada um, implicou uma ampliação: o saber técnico produzido pela luta antimanicomial, de central importância no enfrentamento de situações gravíssimas que ocorriam nos manicômios, precisou compor com os saberes locais e singulares da comunidade e da família. Quando isso acontece, evita-se o risco de o saber técnico apossar-se de um lugar de verdade inquestionável, posição de certeza que “impede a escuta e o manejo dos casos de forma singular” (NADER, 2016, p.265).

Essa experiência vivida com Paulo e aqueles que cuidavam dele abre espaço para uma discussão mais ampla: como definir aquilo que nomeamos como cuidado e como violência? Haveria cuidado que não fosse violento em alguma medida? No campo da psicanálise, desde Freud discute-se o papel da violência na constituição e nas relações humanas. Para Aulagnier (1979) a violência é uma característica fundamental de todos nós. O ser humano está sempre aberto ao encontro com o outro e este encontro é sempre marcado pela violência. Desde o início da vida, em nosso encontro com aqueles que nos cuidam, no nome que nos é dado, nos adjetivos que nos são endereçados e nos futuros que nos são sonhados, convivemos com interpretações que nos antecipam, que nos acompanham e que compõem os percursos de nossas vidas. Tais antecipações, em alguma medida, são violências por nos imporem formas de ser e viver antes mesmo que sejamos capazes de dar alguma resposta a elas. Nas relações com aqueles que cuidam de nós – de nossos corpos, aprendizagens e vivências –, a violência como antecipação e imposição existe sempre. Ao mesmo tempo, esses lugares antecipados, são aqueles que permitem construir respostas para existir.

Da violência presente na cena de uma pessoa amarrada a um poste, à violência que nomeamos como constitutiva, como definir o que é ou não aceitável; há uma linha que separa uma da outra?

Todas as vezes que precisei exercer algum tipo de força sobre o Paulo, utilizando-me da palavra, do olhar ou, de fato, da força física, preocupava-me estar sendo violento. Muitas vezes, apaziguei-me dizendo que era uma violência necessária. Aprendi que esse apaziguamento é imaginário e, na verdade, ele é o grande risco do qual devemos todos tentar nos afastar. Não há paz ao cuidar de alguém. Se por um lado propomos pensar que em todo cuidado há alguma violência, por outro é impossível defender a violência a partir do discurso do cuidado: parece-me que foi, justamente, esse tipo de lógica – *é para o bem deles!* – que permitiu algumas atrocidades cometidas nos manicômios.

Aprendemos com Paulo e sua família sobre os esforços do cuidar e das escolhas difíceis que esta tarefa traz consigo. E, estamos nós, profissionais, enquanto um corpo-equipe, implicados nessas escolhas. Implicados, pois “não há escolha livre, no sentido de liberta das relações que a constituem” (MACHADO, 2016, p.123). Ocultar uma possível violência produzida por nossas ações e denunciá-la como sendo algo exclusivamente do “outro manicomial” cria uma falsa ilusão de que estaríamos corretos *a priori*, de que nossas ações seriam sempre um cuidado. Tal certeza não existe: decidir qual limite de violência é ou não aceitável se mostrou uma tarefa a ser constituída no dia a dia, nas relações. Não há violência razoável *a priori*: razoável é conviver com a dúvida em cada ação que escolhemos ou não fazer.

2.3 Rompendo formas

Paulo produzia efeitos por onde passava. Alterava percepções, quebrava paradigmas, impunha mudanças. Um dia estávamos assistindo a um filme no CAPSi e ele foi ao banheiro. Passado um tempo, comecei a ficar preocupado com sua demora e fui à sua procura tentar descobrir o que estava acontecendo. Encontrei-o ainda no banheiro, de calças abaixadas, com papel higiênico enrolado na mão, tentando se limpar: fazia um grande esforço, sem qualquer tipo de sucesso. De repente ele me olhou e, com uma cara entre desolada e envergonhada, disse: “Tio, me limpa?”. Hesitei por alguns segundos frente ao seu pedido. Cheguei a perguntar-lhe se ele não conseguiria se limpar sozinho: a

pergunta era retórica; tinha presenciado seu esforço e sabia que quem o limpava era a sua avó. Além disso, o cheiro que ele exalava deixava ainda mais claro que ele não conseguia fazer a própria higiene. Sem hesitar mais, cumpri a difícil missão. Havia uma “nova” percepção em Paulo sobre a importância de estar limpo, antes inexistente, além de uma confiança depositada em mim para a tarefa, que me sensibilizaram, auxiliando-me a tomar a decisão de ajudá-lo.

O ponto que queremos ilustrar é que esta cena representa um dos pilares da lógica de trabalho dos serviços substitutivos em saúde mental, reunido sob o conceito de *interdisciplinariedade*. Tal lógica de trabalho é fundamentada a partir de uma re colocação da perspectiva da relação do saber disciplinar com o objeto de conhecimento (ALVARENGA, 1994). O doente mental deixa de ser objeto de um saber específico para ser tomado como um sujeito complexo e integral. Nesse sentido os especialistas precisariam deixar de enxergar apenas as partes que lhe concernem para relacionar-se com um ser humano complexo, borrando assim as fronteiras entre as disciplinas.

Lembro que, quando discutíamos essa questão no CAPSi, uma das solicitações da coordenadora do serviço era que os trabalhadores da equipe não ficassem presos aos procedimentos e aos dispositivos que cada profissão carrega. A frase chave sempre repetida era: “quero ver os médicos dando banho em pacientes também”, numa clara solicitação de que os papéis fossem deslocados. Quem trabalha nessa área sabe sobre a dificuldade desses deslocamentos, da dança das cadeiras ocorrer. Lembro de pensar comigo mesmo: “Eu que não vou dar banho em ninguém. Não estudei para isso...”. Pois bem, o que a imposição discursiva muitas vezes não atinge, Paulo e seu discurso louco conseguiram atingir. Não o limpei por imposição teórico-metodológica. Limpei-o porque era meu corpo, em singular contexto, que estava lá sendo convocado a valorizar esse tipo de cuidado.

Como reflete Veronese (2016, p.107), em situação análoga, “oferecer o próprio corpo é topar o mau cheiro, o próprio medo, o desespero e o não saber. E, assim, levar a cabo a ruptura, as recusas e aguentar sair do lugar do especialismo, mesmo que por meio de fortes solavancos ou graças a eles”.

Ajudar-nos a romper formas, aliás, era a especialidade de Paulo. Ele habitava o serviço de um modo tão intenso que exigia que nós trabalhadores, enquanto um corpo-equipe, mudássemos nossa percepção e quebrássemos

nossos paradigmas, trazendo transformações na maneira como produzíamos cuidado. Fazia isso a partir de sua errância e sua sonolência na convivência, de sua não permanência nos grupos, de seu jeito de monopolizar o rádio e de suas frequentes crises e agitações. Estas podiam surgir em diversos momentos: após uma cena sangrenta na TV, quando o almoço atrasava ou durante os períodos em que ele estava doente. Tudo isso nos convocava e, assim, aprendíamos que é possível conviver em silêncio e que os grupos não precisam ocorrer de um único modo, podendo ser flexíveis para aceitar as participações mais distantes. Aprendemos, ainda, que em vez de lamentar a impossibilidade de regular a empresa que entregava as marmitas, para que o atraso da comida não se transformasse em alucinações monstruosas, outras saídas eram possíveis: brincar de produzir um painel contra os atrasos – brincadeira séria que, em vez de buscar o apagamento da dimensão do sofrimento, apaziguava os monstros ao intensificar o aspecto público dessa dor.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação e as estratégias de educação permanente dos trabalhadores do campo da saúde mental de crianças e adolescentes estão intimamente ligadas à possibilidade de relatar e transmitir os aprendizados advindos do trabalho cotidiano. Scafuto, Saraceno e Delgado (2018, p.356), discutindo essas questões, afirmam a importância de “que se desenvolva meios de compartilhar experiências visando o aprimoramento da prática e evitando, assim seu engessamento”. É justamente no sentido contrário do engessamento que o trabalho junto a Paulo no levou. As linhas que desenhemos para repartir o mundo e deixá-lo aparentemente organizado foram, uma a uma, questionadas.

Muitas foram as paredes quebradas por Paulo e sua loucura. Nesse sentido, o termo empregado pela psiquiatria para definir sua esquizofrenia – refratária – foi escolhido com precisão. Ao ser refratário, insubmisso e resistente ao estabelecido, ele nos ajudou na abertura de brechas em muros que nos separam.

A convivência com Paulo nos ensinou que os muros, também simbólicos, se constituem quando o serviço de saúde mental é refratário a transformar-se. Ele nos convocou a processos de diferenciação necessários para produzir um cuidado aberto, autocrítico, tenso e cheio de dúvidas – movimento difícil no

confronto com a loucura.

Se dentro dos muros das instituições manicomiais a violência ficava escondida, tratar em liberdade foi um passo fundamental da Reforma Psiquiátrica Brasileira. No entanto, tratar em liberdade não finda com toda a violência, com as contradições, ou com os possíveis endurecimentos das formas de cuidar. Tampouco acaba com o horror ou com o medo que podem vir junto às experiências de enlouquecimento. Tratar em liberdade devolve a experiência da loucura a uma dimensão pública e, portanto, exige um corpo-equipe com autonomia para avançar em seu mandato público de cuidado em situações em que a violência, as contradições e os endurecimentos implicam um contínuo exercício de desconstrução daquilo que vai, em nós, tornando-se muro.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, A. T. A Saúde Pública como campo de investigação interdisciplinar e a questão metodológica. *Saude soc.*, São Paulo, v.3, n.2, p.22-41, 1994.

AULAGNIER, P. *Do pictograma ao Enunciado*. Rio de Janeiro: Imago, 1979.

CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro, vol.25, n.58, p.98-111, mai/ago, 2001.

COUTO, M. C. V. e DELGADO, P. G. C. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*. Rio de Janeiro, Vol.27, núm.1, p.17-40, 2014. Disponível em <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2910/291042226002>> Acesso em: 01.Nov.2019.

MACHADO, A. M. Analisar uma cena é construí-la. In: *Caderno de debates do NAAPA: questões do cotidiano escolar*. São Paulo: SME/COPED, 2016. p.119-128. Disponível em: <<http://portal.sme.prefeitura.sp.gov.br/Portals/1/Files/30977.pdf>> Acesso em: 11.Dez.2018.

NADER, A. R. Acompanhamento Terapêutico e Reforma Psiquiátrica: a direção do caso como paradigma de um projeto clínico político de cuidado. In: Julieta Jerusalinsky. (Org.). *Travessias e travessuras no acompanhamento terapêutico*.

ed. Salvador: Ágalma, 2016.

NADER, A. R. Entre a negação do manicômio e a afirmação de um modelo comunitário: fabricando formas de luta. 2017. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

SCAFUTO, J. C. B.; SARACENO, B. e DELGADO, P. G. C. Formação e educação permanente em saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização (2003-2015). Comunicação em Ciências da Saúde, v. 28, n. 03/04, p. 350-358, 2018.

VERONESE, L. A. A. A prática do psicólogo escolar: um olhar institucionalista para as pequenas-grandes recusas. 2016. Dissertação de mestrado – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016