



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

de Araújo Pitiá, Ana Celeste
O resgate do cidadania: O acompanhamento terapêutico e o aspecto do reabilitação
psicossocial
Saúde em Debate, vol. 29, núm. 70, mayo-agosto, 2005, pp. 179-185
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345255008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O resgate da cidadania: o acompanhamento terapêutico e o aspecto da reabilitação psicossocial¹

The Citizenship Rescue: the Therapeutic Attendance and the Psychosocial Rehabilitation Aspect

Ana Celeste de Araújo Pitiá²

Recebido: 27/02/04

Modificado: 24/10/04

Aprovado: 09/11/04

RESUMO

Discute-se o que é a clínica do Acompanhamento Terapêutico (AT) como dispositivo clínico na ressocialização do cliente em dificuldades psicossociais. A Psiquiatria Democrática é relacionada à originalidade dessa clínica. Pretende-se apresentar essa modalidade de atendimento como um campo de ação para os profissionais de saúde e a importância da formação como acompanhantes terapêuticos. O texto ilumina a prática clínica do AT com o referencial teórico da psicoterapia corporal, exemplifica uma situação de atendimento, incluindo-a no processo da reabilitação psicossocial, suas mudanças e transformações imiscuídas nas diferenças sociais do processo humano-sociocultural.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Psiquiatria; Reabilitação; Terapêutica.

ABSTRACT

This paper discusses what is the Therapeutic Attendance (AT) clinic, as a clinical instrument for the re-socialization of clients with psychosocial difficulties. The democratic psychiatric model and its ideas are related to the originality of this type of clinic. The present study introduces this new model of attendance as a field for health professionals, highlighting the importance of the therapeutic attendant graduation. The AT clinic practices are seen as the theoretical reference for the body psychotherapy, with the social differences, conflicts and contradictions inherent to the process of human relations.

KEYWORDS: Mental Health; Psychiatry; Rehabilitation; Therapeutics

² Doutora pelo Programa Interunidades de Doutorado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Professora da PUC-Campinas, Faculdade de Enfermagem, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.
e-mail: anacels@uol.com.br

¹ Pesquisa subvencionada pelo Programa Capes/PICDT.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A CLÍNICA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

O Acompanhamento Terapêutico (AT) é uma função específica que surgiu na Argentina, em meados da década de 1970, a partir da experiência de tratamento de clientes psicóticos em terapias de abordagem múltipla. O acompanhante terapêutico (at) era integrante de uma equipe multidisciplinar que se compunha de psicoterapeuta, psiquiatra, terapeuta familiar e acompanhantes terapêuticos. Partia-se do princípio terapêutico segundo o qual é necessário abordar esses clientes em todos os aspectos de sua vida diária, tentando criar-lhes um meio ambiente favorável ao seu restabelecimento (MAUER & RESNIZKY, 1987).

Na história do Acompanhamento Terapêutico, identificamos seus primórdios nos anos 1960, com a movimentação político-ideológica das reformas psiquiátricas e a tentativa de supressão dos manicômios na Europa Ocidental e Estados Unidos. Na América do Sul, esse tipo de atendimento teve sua origem, na década de 1970, vindo da Argentina, chegando pouco depois ao Brasil – onde se estende ao longo do eixo Rio de Janeiro-São Paulo. Apresenta duas trajetórias: uma que passa por Porto Alegre e chega ao Rio de Janeiro, e outra que chega diretamente a São Paulo, vinculada ao que antes era chamado ‘amigo qualificado’ argentino (PITIÁ, 2002).

O termo ‘acompanhante terapêutico (AT)’ designa o profissional terapeuta que, em seu trabalho terapêutico, abriga a função de acompanhar o cliente no local de sua dificuldade, recolocando-o em contato com a realidade social. A clínica de Acompanhamento Terapêutico (AT) se constitui a *atividade de clínica* que objetiva romper com as barreiras que dificultam a relação com o ambiente social em que

À PROPOSTA E UTILIDADE TERAPÊUTICA SEGUEM NA DIREÇÃO DO RESGATE DA IDENTIDADE SOCIAL DE PESSOAS EM CRISE

se encontram pessoas portadoras de dificuldades psicossociais.

A referência teórica que sustenta a prática do AT está intimamente relacionada com a dinâmica própria dessa clínica. A proposta e utilidade terapêutica seguem na direção do resgate da identidade social de pessoas em crise, refletida por suas atitudes psíquicas e psicológicas impressas no corpo e que denotam isolamento e perda de comu-

nicação com o aspecto vital da existência humana (*idem*).

O objetivo terapêutico da clínica AT converge com os aspectos da ressocialização, dentro do processo de Reforma Psiquiátrica, e busca auxiliar o sujeito a reinserir-se em seu cotidiano, apesar de suas dificuldades. Aponta Duarte Junior (1987) que o cliente precisará, durante sua ‘viagem’ de alguém que o acompanhe – mas que não o force a retornar a uma realidade pré-editada. É necessário alguém que o acompanhe durante o percurso; em quem ele possa confiar e que o auxilie em coisas que ele possa precisar ao longo de seu trajeto mental – uma espécie de confidente, que partilhe com ele suas experiências e que as reconheça como válidas e não como expressões ‘sem sentido’ de um doente. Sua experiência é real e, pelo vínculo que se estabelece com a figura do acompanhante terapêutico é possível o contato com sua própria individualidade, na realidade de suas experiências.

REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E AT: UMA COMBINAÇÃO ANTI-SEGREGACIONISTA

O início dessa combinação anti-segregacionista pode ter como ponto de partida o modelo de atendimento da antipsiquiatria, que emerge na década de 1960, na Inglaterra, em meio aos movimentos *underground* da contracultura, a partir do trabalho de um grupo de psiquiatras – entre eles, Ronald Laing, David Cooper e

Aaron Esterson –, muitos com experiência em psiquiatria clínica e psicanálise. Laing e Cooper passaram a questionar os métodos de estudo e de ação da psiquiatria e da psicologia “tradicionais”. As críticas fundamentais desses autores referiram-se à maneira tradicionalmente utilizada por psiquiatras e psicólogos para compreender a conduta, que fornece uma visão fragmentada do que seja a mente humana e os seus desvios. A antipsiquiatria vem se contrapor a essa idéia de fragmentação, partindo para o conhecimento do ser humano, em seu distúrbio mental, através de todos os sentidos possíveis (DUARTE JR., 1987).

O discurso da antipsiquiatria procura romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente, buscando destituir, definitivamente, o valor do saber médico da explicação-compreensão e tratamento das doenças mentais. Surge, então, um novo projeto – o da comunidade terapêutica, e um lugar onde o saber psiquiátrico possa ser interrogado. A realidade é aqui investigada pela técnica de interação afetiva entre observador/observado – uma racionalização dialética não exterior à realidade humana e que se movimenta em uma autodefinição sintética progressiva.

Assim, o método terapêutico da antipsiquiatria não prevê tratamento químico ou físico, e sim valoriza a análise do discurso por meio da metanóia, da viagem ao delírio

do louco, que não deve ser podada (AMARANTE, 1995).

Está assim desencadeado o processo de resgate da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico e o processo de supressão de manicômios da psiquiatria democrática de Franco Basaglia, na Itália, encontra respaldo nesse modelo para sua proposta. A ênfase se dá sobre o respeito às diferenças e o comportamento do ‘louco’ e todo seu jeito peculiar de se comunicar (PITTA, 1997).

NOS PROJETOS DE ‘INVENÇÃO’ NA SAÚDE,
A CLÍNICA AT SE EXPRESSA COM UMA
DINÂMICA DE INCLUSÃO DO DIFERENTE,
AO MESMO TEMPO QUE REABILITA ESTA
PESSOA PSICOSSOCIALMENTE EM SEU
PRÓPRIO CONTEXTO DE VIDA

Nesse sentido, as experiências de Reforma Psiquiátrica em Trieste, Itália, preocuparam-se com a desinstitucionalização da doença mental, voltando-se para a existência complexa da pessoa em sofrimento psíquico, considerando a relação do seu sofrimento com o contexto social em que ela vive. A ênfase é colocada não no sintoma, mas sobre projetos de ‘invenção’ na saúde e reprodução social do cliente, ou seja, preconiza-se utilizar a riqueza infinita de pa-

péis sociais, promovendo ativamente amplas possibilidades de ação terapêutica (ROTELLI, 1990).

Nos projetos de ‘invenção’ na saúde, a clínica AT se expressa com uma dinâmica de inclusão do diferente, ao mesmo tempo que reabilita esta pessoa psicossocialmente em seu próprio contexto de vida. Daí a concepção de que a reabilitação psicossocial implica numa ética de solidariedade que facilite os sujeitos com limitações a realizar os afazeres cotidianos, aumentando seu poder de contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize sua autonomia para a vida na comunidade (PITTA, 2001).

O profissional de saúde, enquanto acompanhante terapêutico, acolhe o material psíquico do paciente a partir de um lugar singular, onde a relação terapêutica se dá sem a ‘privacidade’ das paredes institucionais, possibilitando o projeto de ‘invenção’ de saúde e a reprodução social do paciente. A proposta deve ser terapêutica no ato e no movimento de interagir no âmbito social, procurando desinstalar o indivíduo de sua situação de dificuldade e poder recriar algo de novo na sua condição. Esse movimento configura-se pela presença de um ‘guia’, de uma proposta terapêutica, que procura articular o paciente em seu espaço social. A reinvenção se faz presente a partir da própria condição do ‘louco’.

O importante é aquilo que possa ser alcançado pelo cliente, em vista

do que é definido como construtivo e positivo para si. A 'reinvenção' irá remetê-lo a meios de se re-fazer, re-construir e re-elaborar seu cotidiano, apesar da crise, com tudo o que lhe pertença como características e limitações pessoais – uma possibilidade do resgate do cliente como sujeito cidadão – de volta ao seu contexto, responsabilizando-se por seus atos e reconhecendo-se de novo capaz de exercer, da forma mais consciente possível, ações subjetivas sobre o seu espaço e lugar na sociedade.

AT: UMA PROPOSTA DE AÇÃO TERAPÊUTICA NO ESPAÇO DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Amarante (1995), quando reconstituiu o processo histórico da trajetória da Reforma Psiquiátrica, configura todo o contexto das práticas transformadoras no âmbito da saúde mental. A luta pela extinção dos manicômios, originária da psiquiatria democrática italiana, encontra eco no Brasil na I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, evento que marca o momento de discussões sobre propostas alternativas de atendimento em Saúde Mental. Este passo vem somar-se ao Projeto de Lei 3657/89, do deputado Paulo Delgado, que assinala a redução do número de leitos manicomial, bem como a diminuição das internações psiquiátricas, aumento de serviços ambulatoriais entre outras

práticas alternativas ao atendimento da psiquiatria tradicional.

A clínica AT como prática e dispositivo terapêutico anti-segregação tenta minimizar os efeitos da estigmatização das pessoas em dificuldade pela própria forma de intervenção, buscando propiciar maior autonomia para que os clientes possam conviver e se desenvolver como sujeitos criativos em seu próprio meio social e urbano, apesar dos limites e dificuldades individuais – isto é, uma repre-

ESSA CLÍNICA ESTÁ CONFIGURADA
COMO UM DISPOSITIVO ESTRUTURAL
EXTERNO AO MANICÔMIO, ASSINALANDO
A POSSIBILIDADE DE O DOENTE PODER
SER ACOMPANHADO EM SUA NOVA
RELAÇÃO COM O SOCIAL

sentação do resgate de sua 'auto-regulação' no social (PITIÁ, 2002).

Essa clínica está configurada como um dispositivo estrutural externo ao manicômio, assinalando a possibilidade de o doente poder ser acompanhado em sua nova relação com o social, convergente com o processo da Reforma da Psiquiatria e suas bases históricas e democráticas originais. A desmontagem de

manicômios, a eliminação de meios de contenção física e portões abertos modificam as relações de poder entre os trabalhadores (e entre estes e os clientes). É na medida que se restabelece a relação do paciente com seu corpo e com a palavra, produzem-se novas relações e interlocuções possíveis. As mudanças instauradas procuram restituir os direitos civis, reativando uma base de crédito para que o paciente possa aceder ao intercâmbio social (ROTELLI, 1990).

A CONVIVÊNCIA COM O MEIO SOCIAL E O NÚCLEO DELIRÓIDE DE HERMES:¹ CENA DE AT

Hermes, 48 anos, casado, pai de dois filhos, eletricista de manutenção de uma fábrica, foi acompanhado durante quase um ano e tinha psicose depressiva como diagnóstico médico-psiquiátrico. Apresentava como conteúdos prevalentes o sentimento de insuficiência e o pensamento deliróide de não ter saldo em sua conta bancária. Essa idéia era contrariada, no real, todas as vezes que, pela atividade clínica AT (ato interpretativo), ele ia ao caixa eletrônico, juntamente com a acompanhante terapêutica, retirava seu extrato bancário, confrontando-se com o registro de obter saldo bancário suficiente para a lida de sua vida cotidiana. Nesse momento, acompanhante e cliente, dentro da

¹ Foi dado o nome de *Hermes* ao paciente, respeitando-lhe o anonimato.

cabine do caixa e na rua, conviviam com elementos do meio social. O cliente se manifestava aflito, suor no rosto, corpo trêmulo, olhava para o extrato e para a acompanhante ao mesmo tempo com olhos assustados, caía sentado, pedindo socorro. Nesse instante, a fila crescia para fora da cabine e o convívio de Hermes, seu delírio e o meio social se relacionavam e era intermediado pela figura da acompanhante terapêutica. Esta, valendo-se do seu referencial psicoterapêutico corporal, colocava o seu corpo como instrumento de intervenção clínica, no instante em que segurava Hermes pelos braços, solicitava que ele firmasse os pés no chão (contato com a dificuldade real do seu delírio) e o olhava nos olhos, estabelecendo um momento terapêutico de apoio à sua dificuldade, incluída no meio social e no ambiente das ruas.

A prática do AT, na medida que transcorre exteriormente ao consultório / instituição e pode ser realizado seja na cabine de um caixa eletrônico, seja na casa, na rua, no cinema, no shopping, na escola, no trabalho, ou outro local disposto na comunidade, tem nesses locais instrumentos fundamentais para serem manejados pelo profissional e a possibilidade de uma conexão com o âmbito social, com os aspectos culturais e simbólicos nos quais o cliente se insere ou convive todo o dia, procurando resgatá-lo em sua inteireza humana, desenvolvendo seus

aspectos saudáveis existentes no indivíduo, apesar das limitações de seu estado de dificuldade.

Dessa maneira, o movimento é de *inclusão* – na situação aqui abordada, a acompanhante, dentro da relação terapêutica com o cliente, pôde contribuir para a promoção de movimentos ‘inclusivos’ dentro da realidade circunstancial do indivíduo em dificuldade e buscou o espaço que possibilitou o convívio / articulação do delírio de Hermes

AS DIRETRIZES DA PRÁTICA AT,
CONTRAPONDO ESTE MODELO,
APONTAM PARA A PREVENÇÃO DA
CRONIFICAÇÃO E INSTITUCIONALIZAÇÃO,
BUSCANDO O RESGATE DA CIDADANIA
E A NÃO-ALIAÇÃO SOCIAL

com o meio social. O dispositivo terapêutico da clínica AT então, ganha espaço no projeto da reabilitação psicossocial - processo na Reforma Psiquiátrica atual.

No modelo assistencial hospitalocêntrico (desde século XVII), o saber médico exerce poder de controle sobre a doença mental, configurando o enclausuramento nos hospitais, enquanto estabelecimentos passíveis de ‘cura’ (FOUCAULT, 1993). É o ‘mundo da exclusão’ e da loucura, em

que os ‘desviados’ são banidos do convívio social, caracterizados como indivíduos que não estavam apropriadamente preparados para a nova ordem social que começava a se instaurar no processo da industrialização. As diretrizes da prática AT, contrapondo este modelo, apontam para a prevenção da cronificação e institucionalização, buscando o resgate da cidadania e a não-alienação social, de modo a permitir a reinserção do sujeito na coletividade, preservando suas diferenças individuais e potencialidades e propiciando momentos e espaços nos quais ele possa realizar-se como sujeito ativo em seu meio social.

O terapêutico, neste contexto, seria ‘fazer-se cargo’, segundo Rottelli (1990), de uma pessoa num espaço novo de vida, sem, no entanto, submeter o paciente a objetivos preestabelecidos. A ênfase é posta na pessoa com suas idéias, valores e no seu direito de resgate à autonomia de cidadão.

A IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO DO
ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO

Em Manson et al. (2002), são destacados alguns dos principais aspectos da formação do acompanhante terapêutico: conhecimento científico, supervisão e práticas de acompanhamento, como estágios para os que se preparam para exercer esta função. E isso implica em preparo teórico e prático por parte

do profissional de saúde que se identifique com essa prática.

É necessário que o terapeuta de acompanhamento conheça o vocabulário sobre os distúrbios psicossociais e psiquiátricos, para que isto lhes permita o intercâmbio de informações com os demais profissionais de saúde envolvidos. Assim, há a necessidade de uma visão mais aprofundada sobre os diferentes quadros clínicos e o suporte teórico da linha de trabalho do profissional, que o auxilie a trabalhar sobre o vínculo terapêutico – fator decisivo para a intervenção clínica.

A prática AT é clínica e pode ser vista por diversas abordagens que dêem sustentação à intervenção utilizada pelo profissional. Os enfoques podem ser os mais variados, seja pela psicanálise freudiana, lacanianiana, winnicottiana ou por linhas terapêuticas de base analítica como corporais reichianas e neo-reichianas, ou pelas abordagens cognitiva, social, entre outras. O que importará é o aprofundamento desse suporte teórico de intervenção, acompanhado pela supervisão do trabalho do profissional, acrescida de seu próprio trabalho pessoal psicoterapêutico, em que se possa trabalhar seus conteúdos internos mobilizados pela relação terapêutica que se efetiva na clínica de atendimento terapêutico.

Aqui o trabalho clínico do AT referenciado com elementos da intervenção corporal, olha-a e maneja-a com instrumentos constituídos no

próprio corpo do cliente/terapeuta, impressos na marca dos movimentos do próprio ato de acompanhar. Acompanhamento Terapêutico implica, então, estar ao lado de um corpo/pessoa com dificuldades inscritas e repercutidas no social de modo a comprometer capacidade espontânea de se relacionar (PITIÁ, 2002).

Pelo conceito da auto-regulação social de Reich (1981), o importante é estar junto, buscando materializar a busca pelo processo vital

NO VÍNCULO QUE SE ESTABELECE NA
RELAÇÃO ACOMPANHANTE/ACOMPANHADO,
AS ATIVIDADES DEVEM SER PROPOSTAS A
PARTIR DO OLHAR DO TERAPEUTA PARA O
MOVIMENTO ESPONTÂNEO DO ACOMPANHADO

que possibilita a autonomia individual na interação com os outros indivíduos na sociedade, de maneira ‘natural’ e histórica.

A expressão da angústia proveniente do corpo do paciente – sua linguagem não verbal – relacionada ao conteúdo de sua linguagem verbal captada pela escuta durante o AT, conflui para a noção de uma unidade funcional mente-corpo, dentro da proposta terapêutica de acompanhar. O corpo, além de tudo,

é um veículo de comunicação social e diz respeito à nossa relação com o mundo. A compreensão dessa interação deve levar em conta, continuamente, aspectos simbólicos e corporais, visto que estes são indissociáveis. A expansão e o contato para fora (contato social) e contração, o momento de interioridade consigo mesmo (o olhar para si) pode ser visto no AT como processo de retomada da vida. É imprescindível por parte do acompanhante terapêutico a escuta da angústia do cliente no seu contato com a realidade circundante e na busca do retorno de seu movimento espontâneo, ou seja, auto-expressivo – pulsatório (LOWEN, 1982).

No vínculo que se estabelece na relação acompanhante/acompanhado, as atividades devem ser propostas a partir do olhar do terapeuta para o movimento espontâneo do acompanhado, dentro das especificidades de cada caso, possibilitando, dessa maneira, o resgate de sua porção saudável e vital do sujeito, no seu contato com o social, procurando conhecer e respeitar as necessidades do acompanhado, objetivando resgatá-lo de dentro da doença e do enclausuramento psíquico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste texto foi possível tecer algumas considerações acerca da clínica do AT e seus critérios de atuação profissional, tecendo considerações his-

tóricas e teóricas que ofereceu anco-
ragem a todo conteúdo exposto.

Pretendeu-se deixar clara a utili-
dade dessa clínica em meio a todo
processo de Reforma Psiquiátrica,
particularmente a oriunda dos prin-
cípios de uma psiquiatria democrá-
tica em que levem em conta os as-
pectos da ressocialização e resgate
de cidadania dos enclausurados e
banidos socialmente pelas suas di-
ficuldades psicossociais ou pela dis-
criminação de sua 'loucura'.

O modelo da Psiquiatria Democrá-
tica, e suas idéias respaldam a ori-
ginalidade desse tipo de clínica. Im-
portante conhecer essa nova modali-
dade de atendimento como um cam-
po de ação para os profissionais de
saúde que busquem formação espe-
cífica como acompanhante terapêu-
tico e todo o arsenal da supervisão e
trabalho pessoal psicoterapêutico
como suporte para todo profissional
que trabalhe na prática terapêutica.

A leitura clínica utilizada no AT
exemplificado (o caso de Hermes) foi
referenciada pelo pressuposto da psi-
coterapia corporal, enunciando sobre
o que cada um de nós tem de caracte-
rísticas pessoais adquiridas ao lon-
go da própria história de vida e as
atitudes 'naturais', 'espontâneas' e
sociais na medida que contribuem
na busca da qualidade de vida, ou
seja, na busca do reencontro com o
processo vital (REICH, 1981).

A clínica AT, entre outros aspec-
tos, se configura como um dispositi-
vo terapêutico inclusivo no proces-

so da Reforma Psiquiátrica. Fica aber-
to o caminho para o diálogo e expan-
são interdisciplinar na área de saúde
como um todo, mediante uma práti-
ca ainda recente no Brasil, especial-
mente na área da saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. (org.) *A trajetória
da Reforma Psiquiátrica no Brasil*.
Rio de Janeiro: Panorama Ensp, 1995.

COOPER, David. *Psiquiatria e antip-
siquiatria*. São Paulo: Editora Pers-
pectiva, 1973.

DUARTE JR., João Francisco. *A Polí-
tica da Loucura*. Campinas, SP:
Papirus, 1987.

FOUCAULT, Michel. *História da lou-
cura*. São Paulo: Editora Perspec-
tiva, 1993.

LOWEN, Alexander. *Bioenergética*.
São Paulo: Summus, 1982. (tradu-
ção: Maria Silvia Mourão Netto)

MANSON, Frederico et all. *Eficácia clí-
nica del Acompañamiento Terapéu-
tico*. Buenos Aires, AR: Editorial
Polemos, 2002.

MAUER, Susan.; RESNIZKY, Silvia.
*Acompanhamento Terapêutico e
Pacientes Psicóticos: manual intro-
dutorio a uma estratégia clínica*.
Campinas, SP: Papirus, 1987. (tra-
dução: Waldemar Paulo Rosa)

PITTIÁ, Ana Celeste A. Acompanhamento terapêutico sob o enfoque da psicoterapia corporal: *uma clínica em construção*. 2002. 153 p. Tese

(Doutorado) – Escola de Enferma-
gem, Universidade de São Paulo,
Ribeirão Preto.

———. *O enfermeiro e seu coti-
diano: cenas de um manicômio*. Ri-
beirão Preto, 1997. 144p. Disserta-
ção (Mestrado), Escola de Enferma-
gem de Ribeirão Preto, Universida-
de de São Paulo, Ribeirão Preto.

PITTA, Ana (org.) *Reabilitação Psi-
cossocial no Brasil*. São Paulo:
Hucitec, 2001.

REICH, Wilhelm. *A Função do Or-
gasmio*. São Paulo: Editora Brasi-
liense, 1981. (tradução: Maria da
Glória Novak)

ROTELLI, Franco. A Instituição In-
ventada in: NICÁCIO, F. (org.) *De-
sinstitucionalização*. São Paulo:
Hucitec, 1990.