

## **“Velhas Estradas: Caminho Novo” - Acompanhamento Terapêutico No Contexto Da Reforma Psiquiátrica**

Fernando Brandalise<sup>1</sup>, Gabriela Lyra Rosa<sup>2</sup>

No Brasil, a partir da década de oitenta, há uma transformação do modelo de atenção à saúde mental, historicamente centrado no hospital psiquiátrico. Este modelo arcaico, outrora hegemônico, provoca a desassistência, a segregação, a cronificação do sofrimento, o abandono e a morte de milhares de pessoas. Naquele período, frente às diversas críticas de fundamentação técnica, econômica, social e política, ao modelo tradicional hospitalocêntrico, foi aprovada em 6 de abril de 2001 a Lei Federal n 10.216, que ficou conhecida como Lei ‘Paulo Delgado’. Esta dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona legalmente o modelo assistencial em saúde mental.

Desde então, intensifica-se e/ou são iniciados vários serviços e projetos que se direcionam para a promoção, prevenção e recuperação da saúde das pessoas que necessitam de atendimento na área da Saúde Mental. Estas desenvolvidas no território nacional, contribuindo com o processo de Reforma Psiquiátrica, entendida como um processo complexo de transformações de saberes, práticas, serviços e discursos referentes ao tratamento das pessoas que vivenciam um transtorno mental.

Amarante (2003) quando reflete sobre o processo em questão, visualiza transformações que estão ocorrendo (ou deveriam ocorrer) em diferentes campos:

No campo “*teórico-assistencial*” busca-se uma desconstituição de conceitos, saberes e práticas atreladas a doença mental substituindo o paradigma biomédico (doença-cura) por um paradigma biopsicossocial, que nas palavras de Rosa Costa et al, (2003) pressupõe a compreensão “da determinação e consistência psíquica e sócio-cultural dos problemas, e não orgânica” (p.36). O indivíduo em sua existência é o centro e não o seu diagnóstico. Trata-se de romper com a Psiquiatrização do Social, discutido por Leone (2000) e definido como “um fenômeno histórico referente ao deslocamento de significativos problemas de ordem política, ética, social e existencial para uma questão de

---

<sup>1</sup> Psicólogo do IPAT- Instituto de Psicologia e Acompanhamento Terapêutico.

<sup>2</sup> Psicóloga do IPAT- Instituto de Psicologia e Acompanhamento Terapêutico.

ordem médico psiquiátrica, traduzida nos termos sanidade/insanidade instalada no indivíduo” (p.122).

No campo “*jurídico-político*” são criadas leis que regulamentam serviços substitutivos, e que buscam possibilitar aos usuários o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e a inclusão social. Há a estimulação do desenvolvimento de associações de usuários para o exercício do controle social em diversas instâncias governamentais.

No campo “*sócio-cultural*” “[...] visando transformar o imaginário social relacionado com a loucura, a doença mental e a anormalidade” (AMARANTE, 2003, p. 33), há uma série de iniciativas que contribuem com o objetivo proposto. Neste sentido, aliado a este novo paradigma proposto pela Reforma Psiquiátrica percebe-se uma necessidade em desmistificar a loucura e o rotulado “louco”, buscando de acordo com Lobosque (2003, p.17) “[...] tornar cada vez mais fluídos, mais transitáveis, mais flexíveis, as fronteiras entre as instituições destinadas a eles e a sociedade onde se desenrola a vida e o destino de todos nós, loucos ou não”.

No campo “*técnico-assistencial*” encontra-se “[...] uma rede de novos serviços, tais como os Centros de Atenção Psicossocial: espaço de sociabilidade, de trocas em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades, [...] rompendo com as práticas disciplinares, aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos” (AMARANTE, 2003 p. 32), regularização e implementação das residências terapêuticas, criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, criação de centros de convivência, instauração do programa de volta para casa, e iniciativas de cooperativas de trabalho<sup>3</sup>.

### **Conceitos Importantes Adotados**

Reabilitação Psicossocial, Clínica Ampliada, Autonomia.

O conceito de Reabilitação Psicossocial, este um conceito central, que orienta/sustenta todas as estratégias clínicas desenvolvidas no Campo da Atenção Psicossocial, não deve ser compreendido pela lógica do retorno, de voltar ao estado anterior. Considera-se que a desabilidade essencial dos usuários do Caps ocorre por falta de poder contratual (de negociação), que envolve três cenários da vida: habitat, mercado e

---

<sup>3</sup> Dissertação de Mestrado cuja análise recai sobre as cooperativas de trabalho, ver Brandalise (2002).

trabalho; assim não pode haver reabilitação sem aumentar o poder de realização de trocas afetivas, matérias e de mensagens em diferentes contextos. Neste sentido, Saraceno (1999, p.17) afirma que a “Reabilitação seria um grande processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania e também de plena contratualidade no cenário das relações familiares, da rede social e do trabalho com valor social”.

Outro conceito fundamental norteador das práticas nos serviços substitutivos é a denominada Clínica Ampliada (Goldberg, 1994; Campos, 1998) que se articula com o conceito de Reabilitação Psicossocial. Pensar em uma Clínica Ampliada implica em tratar-se de todas as “dimensões do Sujeito: Sujeito/cidadão – com direitos à habitação, à liberdade, ao trabalho, etc-; Sujeito/subjetivo – um ser que necessita apoio em suas angústias, sofrimentos e inibições, etc-; e Sujeito/biológico – atendido e protegido naquilo em que o orgânico o estiver ameaçando” (Campos, 1998, p.2). A clínica neste sentido deve ser compreendida como um *ethos* do cuidado, como afirma Figueiredo (1996) quando a define como ética, “em outras palavras o que define a Clínica psicológica como Clínica é a sua ética: ela está comprometida com a escuta do interdito e com a sustentação das tensões e conflitos” (p. 40) e que impelem, como afirma Andrade (1999) para o movimento, para as trans–form–ações” (p.67).

Quanto ao conceito de autonomia, este amplamente utilizado pelos agentes promotores de saúde, é importante afirmar que a compreensão adotada, difere de um sentido que o equipare a independência. De antemão, um indivíduo nunca terá autonomia plena, total, mas sim, parcial e auto-referencial, visto que o indivíduo nasce e vive em contextos históricos, sociais diversificados, nos quais existem determinações sociais, econômicas, políticas, culturais e, até mesmo, subjetivas<sup>4</sup> diferenciadas, que exercem influência nos projetos e ações dos sujeitos no mundo (CAMPOS, 1998).

Pode-se, então, verificar que o conceito de autonomia se distancia de um entendimento como uma faculdade de governar-se por si mesmo, ou de reger-se exclusivamente por leis próprias. Para Tykanory (1996), “não se trata de confundir autonomia com auto suficiência, nem com independência. Dependente todos somos” (p.

---

<sup>4</sup> Sobre a determinação subjetiva, Felix Guatarri e Rolnik (1999) refletiu sobre produção de subjetividade (serializada). Este conceito sugere que a subjetividade das pessoas, sua maneira de pensar e perceber a realidade, são produzidos em série e em larga escala, “maquinarmente”. Todas as instituições sociais, ou seja, a família, a igreja, a escola, a universidade, e principalmente, os meios de comunicação, seriam responsáveis pela produção de pessoas que pensam, vivem e desejam, de maneira mais ou menos iguais, padronizadas. Seria a principal forma de controle da sociedade capitalista: o controle das subjetividades, como também, a homogeneização das necessidades.

57). O indivíduo deve compreender que existem várias determinações influenciando suas ações na vida. Para Campos (1998), mais autônomo é o indivíduo melhor capacitado para compreender, diagnosticar, quais são as determinações que influenciam suas ações, reorientando sob a ótica desta nova análise diagnóstica, seus projetos e ações no mundo. Campos e Campos (2007, p. 670), reafirmam uma concepção de autonomia como “um processo de co – constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmo e sobre o contexto”.

Defende-se a idéia de que quanto maiores forem as possibilidades do estabelecimento de novas e diversificadas redes de relações com o mundo, maiores serão as possibilidades de melhores diagnósticos das determinações, possível reorganização da práxis e, o conseqüente aumento de autonomia. Diversificadas e novas redes de relações são estabelecidas quando existe uma inserção social. Para Tykanory (1996) “somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser” (p. 57). Pois isto amplia as possibilidades do estabelecimento de novos ordenamentos na vida.

### **O Acompanhamento Terapêutico**

Após ter explicitado alguns conceitos importantes que orientam as ações no Campo da Atenção Psicossocial, apresenta-se a estratégia clínica do Acompanhamento Terapêutico-AT, que representa uma das intervenções clínicas mais eficazes no processo de reabilitação psicossocial e de desinstitucionalização. Compreendendo a desinstitucionalização para além de reorganizações burocráticas, Rotteli (apud Amarante, 2003, pg. 49) utilizou o termo “no sentido de designar as multiplas formas de tratar o sujeito em sua existência e em relação com as condições concretas de vida”.

Trata-se de uma clínica que atua junto à experiência cotidiana do paciente, sustentada nas redes de relações psicossociais. É um recurso utilizado para o cuidado de pessoas cujas possibilidades de circulação social encontram-se comprometidas, e a subjetividade ameaçada pela impossibilidade de estabelecer vínculos afetivos e sustentar uma vida produtiva no ambiente familiar, social e profissional.

Nesse contexto, o AT destaca-se como uma forma de fazer clínica nos espaços sociais. Utiliza a rua, o quarto, o parque, o cinema, o trabalho; cenários da vida do paciente a serem apropriados, que venham promover inserção social e a expressão de sua

subjetividade. Constitui literalmente o cuidar fora dos espaços institucionais, construindo possibilidades de trocas afetivas, relacional, material e produtiva destas pessoas.

Na pesquisa realizada por Rosa (2007) cujo objetivo foi investigar “quais os serviços substitutivos em saúde mental de Santa Catarina que trabalham com Acompanhamento Terapêutico e como o utilizam enquanto estratégia de intervenção clínica”, no que se refere às dificuldades dos pacientes que demandam intervenção de AT, foi possível verificar a partir das respostas obtidas, que em primeiro lugar aparecem dificuldades relacionadas ao deslocamento físico (21,42%), seguidos de isolamento (14,28%), de atividades de vida diária (14,28%), fobias (12,85%). Estiveram presentes também, dependência familiar (10%), simbioses afetiva (4,28%), ideação suicida (1,42%) e conflito familiar (1,2%). É interessante observar a diversidade de possibilidades de intervenções que tenham um alcance para além do tratamento da “doença”. Sobre isto, Rosa (2003, p. 317) afirma que “o ponto central a ser atacado é o modelo sintomatológico que toma como foco de tratamento a doença e não o sujeito”.

O que se verifica são dificuldades que os pacientes apresentam em sua vida cotidiana e que provavelmente, a intervenção clínica tradicional dos consultórios não resolveria. Quando se defende a estratégia do AT, esta se direciona para além da “cura”, direciona-se, sobretudo, para a promoção de qualidade de vida e do incremento de autonomia.

Assim, muitas vezes, tem-se a possibilidade de acompanhar os pacientes muito inseguros num deslocamento de ônibus, outras vezes, pela sua caótica desorganização interna refletir na impossibilidade de organização externa, necessita do acompanhamento nas atividades de vida diária, como por exemplo, na organização do quarto ou da casa. O acompanhante terapêutico pode funcionar como um terceiro na relação simbiótica entre mãe e filho, na mediação de conflitos familiares, ou mesmo servir de suporte nos momentos de angústia intensa, como nos casos de ideação suicida. O acompanhante terapêutico mais que desempenhar uma “função”, muitas vezes é o primeiro a estabelecer vínculo com o paciente, sendo este um, disparador, uma força, um “empuxo” ao laço social.

Quando se compreende, que o sofrimento psicológico intenso se origina e se relaciona com as suas condições de vida e com as relações que estabelecem com o social, e não apenas como decorrência de disfunções neuroquímicas, as intervenções se ampliam

infinitamente. Isto é corroborado por Carrozzo em entrevista concedida a Carvalho (2004, p.27) quando afirma que “são quase ilimitados os tipos de sofrimento nos quais o paciente pode receber desse profissional uma ajuda importante no seu processo terapêutico”.

Frente às diversidades e possibilidades da clínica do AT, foram analisadas algumas situações nas quais os pacientes são acompanhados, como também relatadas algumas intervenções que estão sendo desenvolvidas nos CAPS de Santa Catarina. São intervenções que ocorrem em situações inusitadas da vida cotidiana, as quais exemplificam e legitimam esta clínica.

Pode-se observar que aparece em maior número, acompanhamentos em situações de lazer (18,30%), consultas médicas exteriores ao CAPS (16,90%), e acompanhamentos em casos de internações psiquiátricas (14,08%). Foram também identificados acompanhamentos em escola (8,45%), banco (5,63%), trabalho (5,63%) e supermercados (4,25%), e outros realizados em fórum (1,40%), delegacia (1,40%), apresentações artísticas (1,40%), acompanhamento da agenda do paciente [sic] (1,40%) e cartório (1,40%).

Diante das respostas obtidas, pode-se constatar o diferencial da clínica do AT. Esta, como revela os dados, possibilita a articulação do sujeito ao mundo que o cerca, privilegia as vivências do paciente, considerando, sobretudo, o contexto que o constitui enquanto sujeito, favorecendo suas trocas relacionais e materiais.

### **Caso Clínico**

Neste momento vale então fazer um adendo, relatando uma situação concreta de intervenção realizada em um dos CAPS de Santa Catarina, a fim de deixar um breve registro de um caso de Acompanhamento Terapêutico. Trata-se, do primeiro caso de acompanhamento da pesquisadora, o qual foi intitulado: “*Velhas estradas: Caminho Novo*”<sup>5</sup>, em que são apresentadas algumas das demandas inusitadas ao qual o acompanhante se depara e dá sustentação, pela característica singular que esta clínica possibilita.

---

<sup>5</sup> O Acompanhamento Terapêutico iniciou-se no primeiro semestre de 2006, no CAPS do município de Palhoça.

O Acompanhamento Terapêutico em questão ocorreu com uma paciente de 64 anos de idade à época do início do atendimento, mãe de cinco filhos, separada. Foi indicado para acolher as seguintes demandas: Ajudar a paciente no processo de recebimento de seus benefícios, auxiliá-la a compreender e resignificar seu sofrimento diante de uma história de vida de intensos conflitos, mediar vínculos familiares e sociais e possibilitar a conquista de novos espaços.

A demanda de Acompanhamento Terapêutico seria num primeiro momento, a de ajudá-la a resolver questões burocráticas acerca dos benefícios, ao qual, ela não recebia há pelo menos um ano e meio. Seu processo encontrava-se arquivado, a espera de encaminhamentos de ordem jurídica e da avaliação da perícia médica. Até o momento, sabia-se que várias tentativas para resolver a questão haviam sido feitas, e todas fracassadas. Esta situação implicou à paciente, uma série de dificuldades que a limitavam no exercício de sua cidadania, e em consequência disto, uma relação de dependência emocional e financeira alienante com os que a ajudavam, gerando crises de angústia intensas.

Entretanto, no primeiro encontro, a paciente apresentou uma queixa muito diferente da demanda até então conhecida. Trouxe relatos de sua difícil história de vida com seu ex-marido, atribuindo ao mesmo a culpa por seu estado de saúde física e mental estar tão comprometido, “minha doença é tudo o que passei com meu ex-marido” [sic]. A paciente parecia exprimir em seu corpo as dores de seu sofrimento psíquico, que por outra via parecia impossível expressar. Seu discurso era extremamente desorganizado, desarticulado, perdido no tempo. Queixava-se enfaticamente de fortes dores de cabeça, nas pernas e abdômen e contava: “meu sangue algumas vezes escurecia e esquentava, como um bicho que tomava meu corpo” [sic]. Nos momentos em que falava a respeito do seu ex-marido, chorava muito e tinha freqüentes lapsos de memória.

Assim, os Acompanhamentos Terapêuticos foram acontecendo e no início de cada encontro, era comum a queixa de dores, como também era comum a fala de que elas diminuía ou mesmo de que desapareciam ao final deles. A paciente na medida em que encontrava um espaço de escuta, passava a nomear e dar sentido a cada dor e angústia sentida, o que aos poucos foi se tornando uma possibilidade real de resignificar e construir uma nova história.

A paciente por muito tempo foi trabalhadora rural. Segundo ela, trabalhou grande parte de sua vida em condições bastante desumanas, trazendo prejuízos também ao seu corpo físico. O Acompanhamento Terapêutico, nesta hora possibilitou um cuidado à paciente que foi além do que um atendimento clínico tradicional poderia propiciar, pois, mais que uma escuta, houve uma entrega da acompanhante à experiência concreta de vida da acompanhada. Na intenção de validar suas queixas de dores, foi acompanhada em uma avaliação física na clínica de fisioterapia da universidade próxima, a qual oferecia um serviço gratuito e qualificado. A paciente mostrou-se receosa quando feita a proposta, por se tratar de um lugar e de pessoas que não conhecia, contudo, aceitou.

Para além da avaliação física que foi realizada, e que de fato, foi necessária, foi verificada neste momento, a existência de um projeto paralelo acontecendo na clínica. Este se chamava “Projeto Vovô” - tinha por objetivo oferecer cuidados à saúde física, como também, promover a socialização entre os participantes do grupo. A paciente identificou-se com o projeto e imediatamente se interessou em participar.

A partir disso, mais que um tratamento fisioterapêutico, possibilitou o agenciamento de novas redes sociais, de apropriação de novos espaços e a mediação de vínculos afetivos. A paciente também conheceu um senhor, participante do grupo e iniciou com ele um relacionamento afetivo, situação esta que não ocorria há muito tempo, desde a época de sua separação (aproximadamente 10 anos). O Acompanhamento Terapêutico, neste cenário, viabilizou e deu sustentação a uma nova vida, com novas perspectivas, projetos e amores.

Um momento significativo ocorrido no contexto do Acompanhamento Terapêutico, e que nomeou os encontros, foi quando numa das andanças, pela primeira vez, a paciente expressou seu *desejo*; timidamente, sugeriu a ida até sua casa. Antes disso, jamais a paciente havia feito um único pedido, os encontros aconteciam conforme o que a acompanhante entendia como demanda a partir de suas falas. Foi um momento de muita emoção, um momento de “criação”, do nascimento de um novo sujeito. Apropriando-se das palavras de Clarice Lispector expressas no livro *A legião estrangeira* (1999, p.96) num momento que também testemunha um nascimento, ela escreve: “A agonia de seu nascimento. Até então eu nunca vira a coragem. A coragem de ser o outro que se é, a de nascer do próprio parto, e de largar no chão o corpo antigo. E sem lhe terem respondido se valia a pena”.

O Acompanhamento Terapêutico então entrou numa nova fase. Deste dia em diante, quase sempre os lugares eram indicados por ela, lugares que ela desejava ocupar. Neste sentido, que as “*velhas estradas*” simboliza os espaços físicos circulados durante os Acompanhamentos, ao mesmo tempo em que remete a sua história de vida, enquanto o *Caminho Novo*, em analogia ao bairro onde ela morava, simboliza a mudança, a transformação que se iniciou em sua vida, utilizando as mesmas estradas, porém, num caminho já resignificado.

Um ponto importante a ser destacado, a partir das vivências relatadas até agora, é a abundância de possibilidades que podem ser geradas neste momento singular entre acompanhante e acompanhado. Barbosa (2006, p.31), refere-se a este momento como um momento de criação, em que:

Orientando-se pelo, e no encontro, acompanhante e acompanhado percorrem um trajeto sem roteiro. Num *continuum* de suspense e revelação, configuram, a cada passo, uma trilha particular. Trajetória inventada, não conta com mapas nem endereço fixo. De fim e alcance indefinidos, é móvel e desloca-se com o caminhar. As estações para desembarque são muitas, mas a chegada é sempre incerta. Sem etapas programadas, não há fim determinado. Arrumar o armário, tomar banho, burocracias, conversar, pegar um ônibus, trabalhar, ir ao cinema, tomar remédio, esperar, pedir informação, dormir bem, alimentar-se, fazer exames, arrumar-se, ir ao banco, limpar a casa, estudar...

Ocorreu então, o momento em que a paciente trouxe a demanda inicial, qual seja; encontrar uma forma de receber seu benefício. Conforme referido anteriormente, esta questão desencadeava uma série de conflitos e angústias, que se agravavam a cada dia e a cada tentativa frustrada. Durante este tempo, houve momentos de extrema fragilidade, de sofrimento intenso, onde a paciente expressava com dor e rancor a vergonha de ter que estar dependendo da “caridade” dos filhos para sobreviver, depois de ter trabalhado arduamente a vida inteira. Entretanto, sua esperança dava forças para continuar na busca de seus direitos. A partir disto, foram feitos contatos com assistentes sociais e advogados que entraram em contato novamente com o processo, dando novos encaminhamentos a este, e finalmente reavendo a pensão. Foi então, que no último encontro daquele ano, ao final da sessão, a paciente mostra o comprovante de depósito do benefício recebido, com dois meses acumulados. Era véspera de Natal...

## Referências

- AMARANTE, Paulo. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora NAU, 2003.
- ANDRADE, Ângela Nobre. Psicólogo(a) Clínico(a) e a Atuação em Comunidade: Incertezas e Desafios para sua Formação. **PSYKHE**, v. 8, n. 1, p. 65–71, 1999.
- BRANDALISE, Fernando. **O trabalho e reabilitação psicossocial: um estudo sobre a inserção nas práticas laborais como estratégia de promoção de autonomia de usuários de serviços de saúde mental no âmbito da reforma psiquiátrica nacional**. Florianópolis, 2002. 156 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.
- CAMPOS E CAMPOS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: SOUZA, G. W. de; CAMPOS... [et al.]. (org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A clínica e a reabilitação do sujeito e o trabalho em equipe. Extraído do texto **Anti-taylor: Teoria e método para a Práxis em Instituições**. Unicamp - junho de 1998.
- CARVALHO, S. S. **Acompanhamento Terapêutico - que clínica é essa?** São Paulo: Annablume, 2004.
- FIGUEIREDO JÚNIOR, M. M. **Esquizofrenia e reabilitação psicossocial: perspectivas teóricas e práticas**. São Paulo, 1996.
- GUATARRI Felix; ROLNIK Sueli. **Micropolítica Cartografias do Desejo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- GOLDBERG, Jairo. *Reabilitação como processo – O centro de atenção psicossocial – CAPS*. IN: PITTA, Ana (org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil: 2º Edição**. São Paulo: Hucitec, 2001.
- LEONE, Éder B. Balanço da Produção Acadêmica no Campo da Saúde Mental – 1990/1997. **Revista de Ciências Humanas**, n. 4, Série Especial Temática, 2000.
- LISPECTOR, Clarice. **A legião estrangeira**. Rio de Janeiro: Rocco, 1999. LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em Movimento**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2003.
- ROSA, Abílio Costa et al. Atenção Psicossocial: Rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora NAU, 2003.
- ROSA, Elisa Saneratto. A saúde mental na rede pública: impasses e desafios enfrentados pelo CAPS no percurso pela desinstitucionalização. In: BOCK, Ana Maria Bahia

(org.). **Psicologia e compromisso social**. São Paulo: Cortez, 2003

ROSA, Gabriela Lyra. **Acompanhamento Terapêutico: Uma estratégia de Intervenção Clínica nos Serviços Substitutivos em Saúde Mental de Santa Catarina**. Relatório de Pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharel em Psicologia – UNISUL. Santa Catarina, 2007.

SARACENO, Benedetto. Psiquiatria e saúde mental. In: \_\_\_\_\_. **Libertando Identidades, da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: TeCorá, 1999.

TYKANORY, R. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **A reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.