


Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas - Departamento de Saúde Coletiva
Residência Multiprofissional em Saúde Mental



**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA: DOS MANICÔMIOS AOS
SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS**

Letícia Verardi Madlum

UNICAMP

CAMPINAS – SP
FEVEREIRO - 2015

Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas - Departamento de Saúde Coletiva
Residência Multiprofissional em Saúde Mental

**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA: DOS MANICÔMIOS AOS
SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS**

Letícia Verardi Madlum

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental na Saúde Coletiva como condição parcial para o título de especialista em saúde mental, sob orientação de Ellen Cristina Ricci e coordenação de Rosana T. Onocko-Campos.

UNICAMP

CAMPINAS – SP
FEVEREIRO - 2015

INDICE

1. Apresentação – 04
2. Introdução – 05
3. Contexto da Experiência - 10
4. Objetivo – 12
5. Relato de experiência – 12
6. Discussão - 14
7. Conclusão – 21
8. Referências Bibliográficas - 23

1. Apresentação

“Mas morremos e vivemos em numerosas situações nas quais não estão em jogo nossas batidas cardíacas, senão o pulso do nosso desejo. Preterido, esquecido, escondido embaixo de muitas camadas impossíveis.”

Rosana Onocko Campos

O tema deste trabalho de conclusão de curso surge a partir da experiência vivida em um serviço residencial terapêutico (SRT) enquanto psicóloga da residência multiprofissional. Experiência no sentido do que Bondía (2002) propõe, como um acontecimento que nos toca, que produz afetos e inscreve marcas, e que por isso nos transforma. Essa experiência é algo que requer interrupção do automatismo das ações e nos obriga a pensar.

Bondía (2002) afirma que para se extrair saber a partir da experiência é necessário dar sentido ao que nos acontece. O objetivo desse trabalho é justamente o de poder refletir sobre os fatos colecionados ao longo de um ano acompanhando o SRT, e significar essa experiência a partir da reflexão, das leituras e escrita deste texto.

Nada é mais caro para um Serviço Residencial Terapêutico do que a apropriação do espaço, do território, pelo sujeito que ali vive. Não somente porque se apropriar significa tomar para si, pertencer a algo, mas porque essa operação implica um *sujeito*. Sujeito, não um indivíduo objetivado, e sim alguém onde pulsam desejos, histórias e medos.

Nesse sentido, transformar essa coletânea de vivências em uma *experiência*, implica que eu também me aproprie, pertença e me responsabilize pelos acontecimentos que preencheram esse tempo/espaço que são as moradias.

Como é o trabalho dentro da casa de alguém? Essa pergunta é ao mesmo tempo, tão maluca e ousada, que não sei se ousamos fazê-la. Eu ao menos não a fiz, não no início. A chegada se pareceu como a de qualquer trabalho em uma nova instituição, mas logo se revelaram suas particularidades, riquezas, contradições (quantas contradições!) e desafios.

As *moradias*, como vou me referir às casas onde vivem sujeitos egressos de longas internações, são a concretização do desejo anti-manicomial na forma de um dispositivo público da saúde mental. Mas o que o cotidiano mostrou, é que os nossos desejos manicomiais e as forças de institucionalização não se limitavam aos muros dos hospitais, e nos acompanharam até a rede substitutiva.

Será que nós, equipes da Reforma Psiquiátrica, das quais muitos não trabalharam em hospitais psiquiátricos, também produzimos com nossos usuários formas de subjetivações institucionalizadas? A construção dos nossos dispositivos; CAPS, Moradias, Centros de Saúde e Centros de Convivência não são suficientes para garantir a desinstitucionalização? Nós também objetivamos sujeitos, fragmentamos cuidado, e centralizamos vidas nos serviços? Também anulamos subjetivamente sujeitos por não escutá-los em nome das impossibilidades da nossa própria atuação?

São esses os questionamentos que provocam e motivam essa reflexão, e que pretendo a partir de um relato de experiência, dialogar com autores que já têm há muito tempo se inquietado e alertado em relação ao jogo de forças presente na implementação da rede substitutiva de saúde mental.

2. Introdução

A compreensão da loucura e a conseqüente abordagem da sociedade sobre a questão se transformaram muito ao longo do tempo, nem sempre a loucura pertenceu ao âmbito da psiquiatria, bem como o hospital nem sempre foi uma instituição de tratamento, considerado por muito tempo como local de abrigo e isolamento de todos os “indesejáveis” da sociedade, sejam eles doentes, revolucionários ou pobres. (AMARANTE, 2007) O que nos mostra que tanto a loucura como os modos como respondemos a ela, emergem de determinados contextos sociais, históricos, culturais e econômicos. (SILVEIRA, JUNIOR E MACEDO, 2011)

Com o advento da Revolução Francesa, e da sociedade democrática, a tecnologia médica foi ocupando o espaço do hospital, alterando seu status de “depósito”, para local de tratamento de doenças. O isolamento continuou sendo uma marca presente, mas justificado sob a condição de favorecer o cuidado e o conhecimento médico. (AMARANTE, 2007; ALVERGA E DIMENSTEIN, 2005)

Para o louco não foi diferente, Alverga e Dimensteis (2005, pg. 48) afirmam que “O movimento que deu origem a noção de cidadania, também estabeleceu quem não gozaria dessa condição”. Na nova sociedade democrática, a psiquiatria assume o fardo da tutela dos loucos, e assim vai se desenvolvendo um saber/poder sobre o objeto “doença mental”.

A partir da Segunda Guerra Mundial, iniciam-se processos de humanização das instituições, repensando os problemas sociais e institucionais que se criaram ou se

intensificaram durante os conflitos. O manicômio fez parte do conjunto de instituições revisitadas, e simultaneamente em diversos países, França, Inglaterra, Itália, Estados Unidos, dentre outros, movimentos de reformulação no tratamento da loucura foram surgindo. (AMARANTE, 2007)

Propostas de humanização do espaço hospitalar, de criação de equipes multidisciplinares, de descentralização do cuidado e de promoção de saúde, fontes de elementos encontrados nas políticas públicas brasileiras até os dias de hoje, foram se fortalecendo enquanto oposição ao modelo de assistência à loucura vigente até então.

Dentre as diversas correntes críticas, a experiência italiana, por representar uma proposta de rompimento com a lógica manicomial, embasa movimentos na saúde mental brasileira até os dias de hoje, contando principalmente com as contribuições teóricas e críticas de Basaglia e mais contemporaneamente de Rotelli.

A Psiquiatria Democrática, como foi conhecida a corrente italiana, se diferencia das demais não simplesmente pelos recursos empregados, mas pela crítica teórico-conceitual em relação à psiquiatria tradicional. (AMARANTE, 2007)

Ela considera que não é possível reformar uma instituição como o manicômio a partir de medidas administrativas e humanitárias, pois ele se funda na exclusão e opressão de uma parcela de sujeitos que, segregados da sociedade por não se enquadrarem em determinados padrões culturais, são violentados desde o momento em que perdem o status de cidadãos de direitos. Considera-se que o manicômio em si, não é o cerne da questão, mas que ele se configura como um instrumento utilizado para manter a loucura aprisionada, longe dos olhos da cidade.

Sobre a Clínica Psiquiátrica Tradicional:

O olhar médico não encontra o doente, mas a sua doença, e em seu corpo não lê uma biografia, mas uma patologia.(...) Mas quando os sintomas, de expressões de uma dificuldade e de um desequilíbrio nas condições de vida, se tornam simples sinais de uma doença que, ao invés de se inscrever no mundo social, se inscreve no mundo patológico. (ROTELLI, 1990, pg. 90)

A partir dessa premissa, entende-se que humanizar ou mesmo des-hospitalizar, não é o suficiente. Pois o manicômio se configura como um sintoma da relação estabelecida entre sociedade e loucura, a partir da dinâmica da exclusão. O manicômio enquanto estrutura física concretiza as contradições de uma sociedade que se pretende democrática, igualitária e libertária, mas que exclui e aprisiona quem não se adéqua a ela.

Machado e Lavrador (2001) falam em “desejos de maninômio”, se referindo ao movimento de dominar, classificar, oprimir e controlar os sujeitos. Somando-se a isso temos o conceito apresentado por Foucault de “poder disciplinador”, que se refere ao poder que atua no interior e através das instituições, difundindo-se no campo social e que se configuraria como uma forma de agir direcionada ao controle. Esses desejos e poderes podem estar presentes nos novos serviços de saúde mental, se atualizando em práticas e discursos que produzam posturas rigidamente hierárquicas, concentração de poderes, super medicalização, objetivação do sujeito, etc. (ALVERGA E DIMENSTEIN, 2006)

Então, o movimento que surge dessa conjuntura é o da desinstitucionalização, conceito que pretende abarcar a complexidade dessa relação sociedade/loucura em seus diferentes atores. Movimento que propõe o repensar da função da psiquiatria tradicional não somente no hospital psiquiátrico, mas na sociedade. Para além dos prédios, em direção às concepções e práticas. (COSTA-ROSA, LUZIO E YASUI, 2003)

O avanço que se pretende a partir desse processo é a construção de um novo lugar social da loucura. Lugar que se diferencie da noção de periculosidade e de doença mental que historicamente se associa, e que produz um tratamento pautado no controle social por meio do sistema hospitalocêntrico. (SILVEIRA, JUNIOR E MACEDO, 2011)

Foi baseado na idéia de periculosidade e na noção de irracionalidade do louco, que seu isolamento do convívio social se fortaleceu como um recurso, tanto na suposta proteção do sujeito, quanto da sociedade. (JARDIM E DIMENSTEIN, 2007)

A mudança de concepção é necessária, porque é a partir dela que as práticas se estruturam. Nesse processo não se desconstrói somente o conceito de loucura, mas também a forma de relacionamento entre as pessoas e o modo de cuidado também se transformam. (AMARANTE, 2009)

Posteriormente, a idéia de irracionalidade associada ao perigo, foi se transformando na noção de doença. O louco seria então portador de uma patologia, com algo estranho a seu ser que invade o corpo. Nesse sentido, comparável com “outras doenças” e passível de tratamento e cura.

Nessa transformação de compreensão, os violentos opressores de antigamente, que “guardavam” os loucos, dão lugar à benevolente equipe de saúde do hospital psiquiátrico, que enclausura a partir do imperativo terapêutico.

Basaglia (1985) afirma que a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para cuidar da doença, isolando-a assim para investigá-la de forma mais pura e sob a prerrogativa de que o próprio isolamento do doente já era terapêutico em si.

A mudança epistêmica que Basaglia propõe é colocar a doença entre parênteses, para podermos assim olhar para o sujeito. Essa atitude implica suspender o conceito de doença mental para que novos encontros com o fenômeno experimentado pelo sujeito possam surgir, produzindo conseqüentemente novas compreensões. Essa operação objetiva produzir um movimento de negação da instituição. Não somente da instituição “hospital psiquiátrico”, mas a negação do mandato social que foi delegado pela sociedade à psiquiatria, para isolar e anular os sujeitos. Propõe um reposicionamento do objeto de trabalho, que se desloca da doença para o sujeito. Movimento que visa ao aumento do poder de contratualidade e da capacidade do sujeito de lidar com as problemáticas a sua volta. (BASAGLIA, 1985; FIGUEIREDO E FRARE, 2008)

Isso não implica o não reconhecimento do sofrimento psíquico apresentado pelos sujeitos, mas significa avançar do conceito de doença mental para a idéia de “existência-sofrimento do sujeito em relação com o corpo social”. Já que, como crítica Rotelli, a psiquiatria teria separado a doença da existência global e concreta do sujeito social. (AMARANTE, 2009; 1997)

A desconstrução do paradigma “doença-cura”, e o conseqüente fortalecimento da idéia de “existência-sofrimento” pressupõe dispositivos que dêem conta desse novo objeto de trabalho, bem como de legislação que promova recuperação de direitos desses sujeitos, e uma postura ético-política das equipes, fazendo necessária a construção de uma nova clínica em consonância com esse novo paradigma. A desinstitucionalização reordena as ações no campo da saúde mental a outro objeto. (SILVEIRA, JUNIOR E MACEDO, 2011)

Baseado nessa nova compreensão da loucura, o objetivo do trabalho com o sujeito deixa de ser a cura, para se transformar na produção de novas formas de vida, de sociabilidade e de subjetivação. O objeto de conhecimento deixa de ser a loucura como categoria nosográfica, para que os saberes e fazeres se constituam a partir das demandas do sujeito, que lhe configuram sentido e significado.

No Brasil, as idéias referentes à desinstitucionalização ganham força a partir da década de 70 com o processo de redemocratização do país, compondo um movimento que se denomina Reforma Psiquiátrica. (TENÓRIO, 2002)

A Reforma Psiquiátrica se caracteriza como a tentativa de propor uma outra resposta social à questão da loucura. É um processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. (AMARANTE, 2007)

No início, o principal grupo impulsionador do movimento foi o dos trabalhadores em saúde mental, em 1987 acontece o II Encontro Nacional dos Trabalhadores da Saúde Mental e a partir desse momento, houve uma crescente busca por maior participação popular. O movimento foi se expandindo e ganhando maior mobilização social, adotando o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. (AMARANTE, 1997)

Experiências inovadoras foram surgindo mesmo antes de uma regulação formal, como em Santos, Campinas e São Paulo por exemplo. No cenário legislativo, a Lei de Saúde Mental (10.216) só foi sancionada em abril de 2001, depois de 12 anos da apresentação de seu projeto original elaborado pelo deputado Paulo Delgado. Uma vez aprovada, para que se efetive, depende de dois movimentos paralelos, a desconstrução do manicômio, e a criação de dispositivos alternativos. (TENÓRIO, 2002)

Atualmente, no final de 2014, temos o lançamento da portaria nº 2840, que cria o Programa de Desinstitucionalização que vai compor as Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial. Essa portaria aponta para a necessidade do trabalho ser pautado no cuidado integral por meio de estratégias *substitutivas*, que busquem a garantia de direitos dos sujeitos, a partir de ações voltadas ao *território*, promovendo *autonomia* e contratualidade social, fortalecendo a RAPS. Com destaque para o cuidado do sujeito em situação de internação de longa permanência e a garantia da inserção nos SRTs e dos projetos terapêuticos singulares que articulem os recursos da RAPS para o acolhimento, cuidado e inclusão social desse sujeito. (BRASIL, 2014)

As legislações vão redirecionando o campo teórico-prático e aponta as mudanças que podemos vislumbrar no cuidado em saúde mental. Porém, não é possível garantir através de leis, as mudanças sociais necessárias. Tenório (2002) aponta para os dois planos que se apresentam na efetivação de uma prática anti-manicomial em saúde, um de caráter mais técnico, referente à rede de serviços e às ações de cuidado, e outro cultural, que dialoga com as formas de socialização e apropriação da vida na cidade.

3. Contexto da experiência

Para apresentar o contexto da experiência, proponho pensar os serviços substitutivos a partir da diferenciação que Onocko-Campos (2012) aponta entre a noção de equipamento e dispositivo. Tomando equipamento como equivale à simples denominação do serviço, criado a partir da lógica social vigente, enquanto dispositivo se refere a algo que trabalha com o objetivo de subverter as linhas de poder.

Nesse sentido, apresento a rede de serviços substitutivos como potenciais dispositivos da reforma psiquiátrica brasileira. Potenciais porque são criados com o objetivo de produzir fluxos contrários aos estabelecidos pelo pensamento manicomial, mas como tudo que se institui, podem ser cooptados pela lógica dominante.

Nesse trabalho, destaco um dispositivo que fez parte da minha trajetória nesse segundo ano enquanto residente de saúde mental, que serviu de local para as experiências que embasaram essa reflexão; o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), especificamente nas moradias tipo I, sem acompanhamento 24h.

A partir da publicação da Lei 10.216, entram em vigor as diretrizes e normas para a assistência em saúde mental, reafirmando os princípios do SUS e regulamentando a estrutura dos novos serviços substitutivos. (BRASIL, 2001).

As residências terapêuticas vêm sendo implementadas desde a década de 90, e a partir da portaria 106/2000, elas passaram oficialmente a fazer parte do SUS. Constituindo importante parte da Rede de Atenção Psicossocial nas Estratégias de Desinstitucionalização.

O SRT caracteriza-se por moradias inseridas na comunidade, destinadas a receber pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. O número de moradores pode variar de 1 a 8 pessoas, que contam com o suporte profissional, seja do CAPS, de uma equipe de referência ou da atenção básica, que têm a função de pensar cada morador individualmente, além do coletivo de cada casa. (BRASIL, 2004)

As moradias podem ser de tipo I, onde é previsto o auxílio apenas de um cuidador, no trabalho de inserção em uma rede social já existente, partindo do acompanhamento dos CAPS ou de agentes da Estratégia de Saúde da Família. Ou do tipo II, onde geralmente os moradores estão idosos, ou doentes, ou dependentes de cuidados físicos, contando com suporte profissional para cuidados intensivos 24h, podendo cumprir a função de um lar de cuidados substitutivos muitas vezes por uma vida toda. (BRASIL, 2004)

O trabalho nas moradias deve se pautar no direcionamento das ações territoriais, estimulando a inserção do morador na rede de serviços, organizações e relações sociais na comunidade. De forma que, a inserção de alguém em uma moradia, é o início do trabalho, através do resgate de histórias, vínculos, desejos, construindo-se um projeto terapêutico singularizado de cada morador, visto que são demandas e trajetórias distintas. (BRASIL, 2004)

Com a ressalva de que as casas não são apenas serviços de saúde, mas sim espaços de morar, onde os profissionais devem sempre “dosar” o quanto de cuidado deverá ser oferecido para auxiliar na aquisição de autonomia pelo usuário, sem descobri-lo de cuidados, mas sem causar dependência deste em relação aos profissionais. (BRASIL, 2004)

A presente reflexão se deu a partir da experiência como residente multiprofissional em saúde mental na cidade de Campinas – SP. O município de Campinas, desde a década de 70 participa de movimentos em prol da construção de uma rede de saúde mental comprometida com o SUS e com a luta anti-manicomial.

Com as mudanças que ocorreram principalmente na década de 90, a rede básica viu-se responsabilizada a receber os egressos de hospitais psiquiátricos no território. Foi se estabelecendo uma rede de serviços com o objetivo de substituir o manicômio no cuidado à saúde mental. (LUZIO E L'ABBATE, 2006)

As equipes foram se constituindo no sentido de priorizar a responsabilização pelo cuidado e ampliação da prática clínica, abrangendo tanto a dimensão subjetiva quanto social dos processos de saúde e doença. (LUZIO E L'ABBATE, 2006)

Atualmente Campinas conta com Enfermaria em Hospital Geral, CAPS III, CAPS AD, CAPS Infantil, Equipe de Consultório na Rua, Unidade de Internação dentro do hospital psiquiátrico, Serviço Residencial Terapêutico, Núcleo de Oficinas de Trabalho, Centro de Convivência, além de equipes de saúde mental na atenção básica.

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) em Campinas é dividido em dois distritos, sendo um o SRT Sul, composto por 8 moradias, sendo que 4 contam com auxílio 24h. E um SRT Leste, composto por 12 moradias, sendo 4 delas 24h. Cada SRT conta com uma equipe que lida exclusivamente com cada serviço, não estando essas equipes alocadas em nenhum CAPS ou CS, o que configura as moradias em Campinas, até os dias de hoje, como um dispositivo independente, com equipe, gestão e funcionamento próprio.

Digo até os dias de hoje, pois no momento em que esse trabalho está sendo escrito, um cenário de mudanças tem se configurado. As casas que hoje se encontram concentradas e

desvinculadas dos CAPS, irão se dividir entre os territórios da cidade, e serão referenciadas pelos respectivos dispositivos de cada território.

Atualmente os Caps assumem referências individuais não do conjunto de uma casa, então alguns moradores fazem tratamento em alguns serviços da cidade, mas outros não têm contato cotidiano com outros dispositivos, a não ser em momentos pontuais, como em uma consulta médica no CS ou em uma internação psiquiátrica na Unidade de Internação.

A transição de modelos provoca muito mais do que uma mudança na organização dos serviços. Mas envolve uma nova relação da rede de atenção à saúde com esse dispositivo tão caro à desinstitucionalização que são as moradias, com todas as implicações que esse movimento produz, mudança dos moradores de território, de desmembramento das equipes SRTs para os Caps, da responsabilização da rede em relação a esses moradores. O que configura um momento de crise, no sentido da desestabilização dos referenciais, produtor de muita angústia, mas também de muita riqueza, pela possibilidade de repensarmos nossas práticas enquanto rede de serviços, na avaliação de nossas fraquezas e potencialidades.

4. Objetivo

O objetivo deste trabalho consiste em, a partir de um relato de experiência como residente multiprofissional em SRT, refletir sobre os movimentos de institucionalização circulantes nesse dispositivo e sobre as potencialidades de produção de novas formas de subjetivação do sujeito em sofrimento mental.

5. Relato de experiência

Alguns recortes da experiência no SRT exemplificam como cotidianamente, alguns movimentos institucionais ou organizações de trabalho podem explicitar através das práticas a contradição inerente às moradias, de encarnar ao mesmo tempo o papel do morar e do cuidar em um mesmo dispositivo. Revelando a complexidade de se habitar uma casa chamada “serviço”. Os movimentos apontados não são de forma alguma exclusivos desse serviço, ou mesmo exclusivos dos SRTs. São familiares aos diferentes dispositivos da rede, justamente por se configurarem como fluxos de forças presentes em todos os âmbitos da sociedade, materializados nos serviços de saúde mental. (FURTADO E BRAGA-CAMPOS, 2011)

Proponho pensar esses movimentos a luz de alguns temas caros para a Reforma Psiquiátrica, e que perpassam os diferentes dispositivos da rede de atenção à saúde. Temas cotidianos, porém de forma alguma banais, que nos ajudam a nos interrogar sobre o que produzimos e o que queremos produzir a partir de nossas ações.

Potencialização da rede e centralização do cotidiano: Quando casa e dispositivo se combinam em um mesmo local, se configura um projeto de casa que tem presente além de seus moradores, uma equipe, diretrizes federais, políticas regionais, concepções teórico-técnica, tudo isso circunscrito por um território e seus agentes. (FURTADO E BRAGA-CAMPOS, 2011)

A contradição desse contexto, é que ao mesmo tempo em que o SRT pode assumir o papel de articulador de rede, no sentido de pulverizar as ações dos moradores em diferentes locais, de forma que ele possa habitar e circular pelo território e diversificar suas inserções sociais. Também pode centralizar os momentos de socialização e cuidado na própria moradia, de forma que tanto as ações cotidianas, de cuidado de si, de lazer e de atenção a saúde física ou mental, correm o risco de se circunscreverem no espaço da casa, ou de dependerem exclusivamente da equipe de referência.

Esse aspecto expressa o caráter integrador do território que a moradia pode ter, no sentido de aproximar as pessoas da comunidade a qual pertencem, da rotina da cidade e dos serviços de saúde que devem compartilhar o cuidado com a equipe do SRT.

A centralização das ações nas casas provoca uma super-responsabilização das equipes, já que todas as esferas da vida dos sujeitos dependem dos profissionais, isso acarreta em sobrecarga e estresse da equipe e desresponsabilização de outros dispositivos da rede sobre o cuidado integral dos moradores.

Frichembruder e Souza (2011) dizem do risco de tomarmos a função dos SRTs como a de atender a totalidade das necessidades de um ser, compreendendo a vida do sujeito como objeto do cuidado em saúde, ao invés de atuarmos na potencialização dos graus de autonomia de cada sujeito, a partir de suas histórias.

Co-produção de autonomia e organização da rotina: Onocko-Campos e Campos (2006), falam dos serviços de saúde como dispositivos que têm, além do objetivo de produzir saúde, a missão de co-construção de autonomia dos sujeitos.

Compreendendo autonomia não como independência ou individualidade, mas como a capacidade de cada pessoa de lidar com sua rede de dependência. De forma que quanto maior

essa rede e maior a possibilidade do sujeito de compreender e agir sobre si e sobre seu entorno, mais autônomo ele é considerado. Os autores consideram também, que a autonomia acontece sempre em níveis variáveis, como “coeficientes relativos a um padrão do próprio sujeito”. (ONOCKO-CAMPOS E CAMPOS, 2006, pg 670).

Os moradores dos SRTs, principalmente aqueles longamente institucionalizados pelo Hospital Psiquiátrico, podem se apresentar muito inseguros na relação com a cidade e dependentes de uma rotina pré-estabelecida, onde eles passivamente seguem e são cuidados. De forma que a autonomia não pode se configurar como condição do trabalho, mas como alvo e meio das intervenções.

A contradição nesse contexto, é que podemos enquanto equipes de cuidado, em nome da proteção dos sujeitos, assumir a totalidade das funções diárias da vida de cada um, controlando as ações e homogeneizando a rotina dos moradores. Com práticas que parecem banais, como controlar o uso do cigarro, do dinheiro, do acesso a comida, ou propondo mudanças na casa ou na organização dos sujeitos alheias a estes, que perdem de vista a singularidade e a missão de desinstitucionalização do dispositivo.

Muitas vezes podemos entender que o sujeito “pede” por esse contorno, já que demanda que façamos coisas e escolhas por eles. Mas não podemos deixar de contextualizar esses pedidos, que são muitas vezes o reflexo dos aspectos iatrogênicos do próprio modo manicomial de tratamento. A forma objetivadora do ser e massificadora desse tipo de abordagem produz efeitos de dependência e cronificação nos sujeitos, que perduram mesmo fora da instituição de tratamento.

Não é possível prever os graus de autonomia e inserção possíveis de serem atingidos para cada morador, mas é somente a partir da escutar singular dos desejos, potencialidades e medos de cada um, que esse caminho pode ser traçado, não pelo outro mas, sobretudo com ele e a partir dele. De forma que não são nossos processos de trabalho que devem ditar os modos de viver dos moradores, mas sim a partir da singularidade das demandas (muitas vezes ainda não explícitas) de cada um que nossas práticas devem se constituir.

6. Discussão

Movimentos de institucionalização no âmbito da saúde mental podem ser entendidos como processos em que as instituições, através de sua forma de funcionamento vão se

fechando em seus muros, de forma que o cuidado ao sujeito em sofrimento mental vai se restringindo tanto ao espaço físico, quanto simbólico do serviço de saúde. Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) apontam para o fato de que esse processo não é uma particularidade do Hospital Psiquiátrico, indo além da dimensão dos estabelecimentos.

Nesse sentido, compreende-se que mesmo serviços substitutivos não estão salvos de produzir processos de centralização institucional do tratamento dos usuários. São processos revestidos de cuidado e tomam formas mais sutis do que nas instituições fechadas, mas também produzem subjetividades atreladas a uma única vivência institucional do sujeito, no caso do presente trabalho o SRT. (ALVERGA E DIMENSTEIN, 2006)

Chamo de subjetivação atrelada à instituição processos que se caracterizam pela centralização da vida do sujeito nas próprias atividades do serviço, de forma que as trocas sociais ficam circunscritas nos limites do serviço e dos papéis institucionais estabelecidos. (GOULART, 2013)

Arthur Hyppolito Moura (2003) quando fala dos processos institucionais, traz conceitos que auxiliam na reflexão acerca dos dispositivos da saúde mental. Resume *instituído* como algo do campo do universal, da norma, que age no sentido de reforçar o estado vigente das coisas, negando possíveis movimentos de mudança. Já ao *instituinte* é atribuída a característica de particularidade, que coloca em cheque a naturalização das forças instituídas, produzindo capacidade de mudança e criação.

No caso dos serviços de saúde mental, entendendo a Psiquiatria Tradicional e seu aparato como uma instituição, a Reforma Psiquiátrica, enquanto movimento instituinte, provoca reflexões e mudanças. E a partir do momento em que essas mudanças ganham força, vão elas próprias na forma de leis, serviços ou ações profissionais, se instituindo.

A concretização dos ideais anti-manicomiais através de dispositivos e práticas, pagam o preço de terem que se manter em eterno movimento de reflexão, sob o risco de sucumbir ao processo inercial, perder o caráter transformador e serem cooptados pela lógica normativa e excludente. (MOURA, 2003)

O trabalho com o sujeito em sofrimento mental atribuído às equipes de saúde implica em buscar a inclusão destes em um contexto social que já é altamente excludente para diversos segmentos da população. De forma que o objeto de trabalho dessas equipes não pode ser somente com o indivíduo, mas sim com sua relação com seu território existencial. (GOULART, 2013)

Para isso, o trabalho não pode se restringir ao espaço físico e simbólico do dispositivo, mas deve ter como alvo o território vivo e existencial das pessoas, de forma que o tratamento se dê simultaneamente dentro e fora da instituição, com sujeitos com transtorno mental ou não.

A palavra “território” significa “terra pertencente a alguém”, não necessariamente no sentido de propriedade, mas também no sentido de apropriação, pertencimento. Compreendendo o território a partir de três dimensões: a do espaço físico, constituído pela sua estrutura de casas, serviços, etc; a dimensão simbólica, constituída por aspectos sociais, econômicos, culturais, etc; e a dimensão existencial, que tem a ver com os modos pelos quais esse território ganha sentido a partir da história de cada um. (ALARCON et.al., s/d)

O território é portanto uma construção subjetiva, que reúne um conjunto de referências sócio-culturais, econômicas e afetivas que vão ganhando sentido a partir do habitar cotidiano desse espaço. (MILAGRES, 2003)

Essas dimensões expressam o conceito de *território vivo*, que corresponde ao espaço, tempo e afeto com que se produz subjetividades. Para compreender e acessar o território vivo, ou existencial de cada sujeito, não é possível apenas traçar um mapa, é necessário uma escuta do sujeito a partir de sua complexidade.

Essa mudança de olhar implica em uma mudança de postura dos profissionais da saúde mental, pois essa desconstrução cotidiana das relações manicomial, de dominação e objetivação é um processo a ser pensado junto com o sujeito. E isso demanda o reconhecimento por parte das equipes de um sujeito ativo e implicado, capaz de novas formas de subjetivação, dono de saberes sobre si e sobre sua experiência que irão balizar qualquer intervenção de cuidado.

O reposicionamento dos profissionais em relação ao usuário parte da compreensão de que “nossas praticas não operam apenas na dimensão técnica, senão somente a partir dela” (ONOCKO-CAMPOS E CAMPOS, 2006, pg 681). De forma que os saberes unilaterais dos especialistas vão dando lugar a um saber co-construído a partir das escutas e trocas dos atores envolvidos nas ações, no caso equipe/usuário. (FRICHEMBRUDER E SOUZA, 2003)

Quando se julga o transtorno mental como desvio da norma, ele é tratado como fenômeno individual perdendo a dimensão social, econômica e cultural de vista, individualizando o problema e restringindo também a compreensão de tratamento. Agora

quando se pensa o sujeito a partir de seu território existencial, complexifica-se também a idéia de cuidado e desenvolvimento desse sujeito. (GOULART, 2013)

As ações no território visando à transformação social, bem como a transformação do sujeito, não é algo que está dado pelo processo e nem que se garante simplesmente a partir da lei, mas que deve ser buscada cotidianamente.

Pelo fato de que a própria casa é, ao mesmo tempo, moradia e serviço, as sutilezas das relações institucionais nesse local ganham muito mais força. A característica dos próprios moradores, em sua maioria egressos de hospitais psiquiátricos, já marcados pela objetivação massacrante produzida pelo hospital, também marca a dificuldade de produzir mudanças no sentido do desenvolvimento da autonomia.

Pode-se dizer que a autonomia do sujeito está relacionada com o número de instituições e recursos dos quais ele pode usufruir. Que na maioria desses moradores, por muito tempo esteve restrito a uma única instituição, o manicômio. Dessa forma, um serviço substitutivo que trabalha pela autonomia do sujeito deve reconhecer sua própria multiplicidade interdependente, e proporcionar ou potencializar o contato do sujeito com essa pluralidade de recursos.

No encontro com os sujeitos, em sua maioria idosos, a sensação é de que “perdemos o tempo” da possibilidade de mudanças, e que agora eles já são “pacientes crônicos”, “dependentes de cuidado”, aos quais devemos proporcionar uma “vida saudável” e humanizada dentro de suas “condições limitadas” de existência.

As aspas se referem aos discursos que já foram e são ainda muitas vezes proferidos quando se fala de sujeitos longamente institucionalizados, ou de idosos com sofrimentos mentais. Fala-se de uma perda de habilidades e capacidades, como se todas elas se atribuíssem a um curso natural do transtorno mental.

Podemos pensar no desenvolvimento do sujeito como um processo não linear, com rupturas e aquisições em diversos momentos da vida, de forma que a produção da subjetividade implique em uma constante construção em permanente potencial de transformação. Configurando-se como um processo singular, mas que se dá no contato com o outro, com um corpo social. Nesse sentido, as intervenções não devem se restringir a responder a demandas dos usuários, mas sim construir conjuntamente com eles formas de estar no mundo e de lidar com suas questões. (ALARCON et.al., s/d; GOULART, 2013)

Basaglia afirma que “a objetivação não é uma condição objetiva do doente, mas se localiza no interior da relação entre doente e terapeuta, no interior da relação entre doente e a sociedade que delega ao médico sua curta e tutela” (BASAGLIA, 1985, p. 109) . O tratamento muitas vezes ao invés de ser concebido como forma de desenvolvimento, burocratiza os processos humanos e se reduz a procedimentos padronizados e normatizadores.

Se pretendemos de fato dizer que estamos tirando os sujeitos do hospital para morar em uma casa, uma moradia, alguns processos não podem ser banalizados. É claro que não se trata de uma simples casa, mas tampouco simplesmente de um serviço. “Assim, entre a casa e o dispositivo, vai sendo traçada a teia em que o serviço se enreda”. (FIGUEIREDO E FRARE, 2008)

Para Saraceno moradia não inclui apenas a estrutura física, mas também implica um espaço simbólico do morar, investido de sentidos, afetos e de modos de habitá-lo. (FURTADO, 2013)

O morar produz uma relação de pertencimento do indivíduo em relação a casa, através de um processo que é construído de forma objetiva e subjetiva, a partir da presença cotidiana no espaço, preenchida por tarefas, relações e afetos. Milagres (2003) fala da construção dialética que se dá entre casa e sujeito, conforme cada um vai agindo e construindo de modo subjetivo o espaço a sua volta, também se dá início a um processo de reconstrução de subjetividade.

Esta reorganização pessoal é fundamental para a construção subjetiva do novo espaço de moradia, pois possibilita aos indivíduos moldarem a sua relação com o ambiente, além de experimentarem e estabelecerem o seu “campo de manobra” no território.(...) Em suma, eles redimensionam o seu papel no meio social (...) ao mesmo tempo em que reconhecem suas novas possibilidades no lidar cotidiano, podem elaborar novos projetos de vida. (MILAGRES, 2003, pag 123)

O SRT se apresenta enquanto oposição à cronificação e a exclusão, e aborda uma importante questão da Reforma Psiquiátrica, o habitar um lugar inserido na sociedade. Muito mais do que estar em uma casa, o terapêutico se refere ao fato de ela estar localizada na “própria vida na cidade”. (FIGUEIREDO, 2008) Missão da qual nos desviamos quando centralizamos e restringimos a vida do usuário aos muros da casa.

Frichembruder e Souza (2003) dizem que os que carregam as marcas da loucura tornam-se excluídos não somente no hospital, mas também no cotidiano do SRT. Mesmo na moradia poder haver perda do poder contratual, material e simbólico, às vezes sob o

argumento da proteção dos sujeitos e da equipe “vão se criando modos de viver que esboçam nas entrelinhas a periculosidade e a incapacidade dessas pessoas de gerirem suas vidas.”

Lancetti (2006) diz, que com a reforma, os manicômios assumiram características tentaculares, de forma que o controle e a exclusão hoje são menos produzidos em instituições fechadas, e mais praticados ao ar livre.

Muitas vezes, nosso próprio modo de funcionamento enquanto equipe reflete esse “controle ao ar livre” apontado por Lacetti, produzindo processos de institucionalização. A forma como privilegiamos muitas vezes as urgências, os cuidados corporais, as crises em detrimento de atividades que visem mais a produção de vida. É claro que modificar isso implica em quadro de funcionários, recursos financeiros, e existência de outros dispositivos comunitários, que variam conforme serviço, território e gestão municipal, mas penso que entre as posições extremas de centralização e dispersão total, restam possibilidades de ações.

No caso dos SRTs o movimento instituinte da desinstitucionalização se faz presente no reconhecimento do lugar do outro como sujeito de escolhas e desejos. A equipe deve cuidar cotidianamente para não trabalhar a serviço da tutela, da disciplina e da adequação, mas sim a serviço do sujeito. Como morador de uma casa, inserida em uma comunidade, ele está sujeito às regras que regem o coletivo, mas “As normas só interessam se subjetivadas, (...) O limite se impõe de um outro lugar que não a tutela.” (FIGUEIREDO e FRARE, 2008, pg 88)

Segundo Figueiredo (2008), o trabalho nas moradias seria buscar com o sujeito uma possibilidade de orientação na ordem do simbólico, afim de que ele construa seus próprios meios de inserção social. Suportando uma posição de não saber ao encontro do saber do sujeito.

Com a suspensão do conceito de doença, desconstrói-se também o que se compreende por clínica. A clínica possível na saúde mental no SUS deve ser comprometida com o sujeito da experiência. A proposta é que se abandone a clínica degradada da “queixa-conduta”, e a clínica tradicional focada na cura da doença, em direção a uma clínica ampliada, que considere o sofrimento mental como parte da vida de um sujeito que é dotado de subjetividade, ator de uma história, parte de uma sociedade e dono de um corpo biológico. (ONOCKO-CAMPOS, 2012; AMARANTE, 2009)

Essa clínica cobra uma reconstrução da postura de quem acolhe esse sujeito em sofrimento, que deve partir do vínculo e da horizontalização das relações. Não no sentido de igualar os papéis que profissionais e usuários desempenham, mas de romper com uma

hierarquia técnica que desconsidera o outro enquanto agente de seu cuidado. Co-construção de autonomia também implica na capacidade do sujeito lidar com as relações de poderes, dentro e fora da instituição. Para isso, o trabalho não pode servir como meio de adaptação do sujeito à uma condição de objeto, mas sim de seu empoderamento enquanto sujeito de direitos e saberes. (ONOCKO-CAMPOS E CAMPOS, 2006; COSTA-ROSA, LUZIO E YASUI, 2003)

Se há uma dimensão produtora de autonomia para a clínica é aquela em que por meio do vínculo- pode-se desenhar um campo de propostas terapêuticas que recolocam o sujeito no trilho da responsabilização pela própria vida. (ONOCKO-CAMPOS E CAMPOS, 2006, pg 683)

Destaco também um processo presente nos diversos dispositivos e que atravessa e complexifica a temática da autonomia, o discurso do *risco*. Mesmo em uma moradia, pode haver uma perda do poder contratual e da autonomia do sujeito. Às vezes, baseado no discurso do risco e da proteção, vão se criando modos de viver que esboçam nas entrelinhas a idéia de periculosidade e de incapacidade dos sujeitos de gerirem suas vidas.

Antes a idéia da periculosidade do doente mental estava vinculada a possibilidade de auto ou hetero-agressão, e assim se justificavam isolamentos e retiradas de direitos dos sujeitos. Hoje o que vivenciamos é o discurso do risco iminente de algo: de uma crise, de um adoecimento, de um acidente, de uso de substância, dentre outros. O risco motivando internações, restrições, super-medicalização e quando não punições ao sujeito, institucionalizações ao invés de autonomia, em nome de uma suposta proteção. (JARDIM E DIMENSTEIN, 2007)

A equipe assume responsabilidades sobre a totalidade da vida do sujeito, e com isso se justifica o controle sobre a vida do outro. Produzindo processos de trabalho que se baseiam em uma relação equipe/usuário mediada pelo controle do risco. Sob a égide da proteção, seja do outro, ou do próprio profissional de saúde, posturas conservadoras e restritivas vão sendo assumidas. O que provoca uma questão: nossa preocupação principal é de proteção ou de inserção?"(MILAGRES, 2003)

Para fugir dessa lógica é necessário pensar uma clínica comprometida não somente com os riscos do adoecer ou morrer, mas também com os riscos subjetivos e sociais das intervenções que realizamos junto aos sujeitos. Riscos de burocratizarmos nosso trabalho, anulando os sujeitos e cronificando configurações de poderes. (ONOCKO-CAMPOS, 2012)

7. Conclusão

“Talvez alguém tivesse se iludido que a lei 180 poderia ser o encerramento de um discurso”. (ROTELLI, 1986)

Essa frase de Rotelli parte de uma conferência que ele deu em 1986 em Trieste, se refere à crítica de que mesmo com a aprovação da lei 180 na Itália, referente à extinção dos manicômios, ainda havia muitas contradições e questões para serem trabalhadas.

Ele vai dizer do movimento contínuo de luta e trabalho na efetivação da reforma, apontando que a lei não garante que os manicômios serão automaticamente fechados, e tampouco que os serviços substitutivos não sejam permeados pela lógica da normatização, exclusão social e patologização da loucura.

A desinstitucionalização se configura como desmontagem do processo manicomial, implica em retornar a origem e compreender a partir de qual lógica os saberes e práticas foram construídos, pois sem entender como o processo se constrói, arriscamos reproduzi-los novamente. Uma mudança que se fixe apenas na estrutura dos serviços, não atingindo sua essência, pode esvaziar-se internamente dos pressupostos desinstitucionalizantes, conservando apenas uma “carcaça” revolucionária, que não produz por si só novos modos de tratamento, e tampouco novos modos de vida. (ALVERGA E DIMENSTEIN, 2006)

Mais do que outros dispositivos talvez, o SRT é o serviço em que mais a tensão do pensamento desinstitucional deve estar presente. Pois o risco da tutela sob o pretexto da proteção é cotidiano, e pode ser avassalador, no sentido de produzir novas cronicidades e perpetuar a objetivação e dependência do sujeito em relação ao serviço.

A instituição deve ter um caráter dinâmico e dialético, já que é a constante tensão entre instituinte e instituído que permite que ela continue em movimento, e conserve seu papel chave no processo de desinstitucionalização, garantindo condições de habitação para os sujeitos. Habitação esta, que vai além do plano terapêutico, mas que se localiza no campo da cidadania. Que se reconheça enquanto dispositivo, mas sem banalizar essa contradição inerente de nomear uma casa como “serviço” (MILAGRES, 2003; MOURA, 2003)

Retirar as pessoas do hospital, não garante libertá-las de outros processos de institucionalização, devemos estar atentos às produções subjetivas que emergem na relação do morador com seu entorno. Deslocando a desinstitucionalização para além do hospital, em

direção aos dispositivos substitutivos, colocando no centro das práticas a escuta e a fala do sujeito.

Os SRTs têm a potência de abrir caminho para outros modos de vida possíveis, mas a sustentação dessa prática se configura como um movimento contra-hegemônico, no sentido de que desestabiliza um modo de organização estabelecido socialmente. E que para se fortalecer demanda um exercício constante de reflexão e problematização das práticas, afim de estar sempre se reinventando conforme o surgimento de novas questões.

Se o serviço residencial terapêutico existe a priori como um dispositivo da rede de atenção em saúde mental, a **CASA**, como apropriação subjetiva, é construída nas ações cotidianas e na releitura das histórias de vida, no contato direto do indivíduo com o território. (MILAGRES, 2003, pg 139)

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In P. Amarante (Org.), *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU. Vol. 2, 2005, p. 45-66.
- JARDIM, K; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicologia em revista*. Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-190, 2007
- GOULART, D. M. *Institucionalização, subjetividade e desenvolvimento humano: abrindo caminhos entre educação e saúde mental*. 2013. Dissertação Mestrado em Educação – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de Brasília, DF. 2013
- BRASIL. *Residências Terapêuticas: o que são, para que servem*. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004.
- LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.10, n.20, p.281-98, 2006.
- FIGUEIREDO, A.C.; FRARE, A.P. A função da psicanálise e o trabalho do psicanalista nos Serviços Residenciais Terapêuticos. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 82-96, 2008
- AMARANTE, P. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. In: CADERNO BRASILEIRO SAÚDE MENTAL, vol. 1, nº 1, 2009. CD-ROM
- TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, 2002.
- AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: S. Fleury, (Org.) *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial. 1997.
- FURTADO, J.P. Subsídios para a diversificação de moradias destinadas a pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma revisão. *Interface (Botucatu)*, v.17, n.46, p.635-47, 2013.
- ALARCON, S.; LANCETTI, A.; RAMÔA, M.; PETUCO, D.; PEKELMAN, R. Território, Território Existencial e Cartografia. Disponível em: < <http://comunidades.otics.org/caminhos-do-cuidado/tutores-rj-grupo-sonia-maria/acervo/territorio-territorio-existencial-cartografia>>. Acesso em 10 de março de 2015.
- LANCETTI, A. (2006). *Clínica Peripatética*. 6ª edição. São Paulo: Hucitec, 2012.
- AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- BONDÍA, J.L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, n. 19, p. 20-28, jan/fev/mar/abr. 2002.
- BASAGLIA, F. (1985). As instituições da violência. In: Franco Basaglia (Coord.). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Edições Graal. Edição 2001, p 99-134
- ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana; RISIO, C. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p.89-99.

- ROTELLI, F. Conferência organizada pelo Clube Cultural “Che Guevara”. [Fevereiro, 1986]. Trieste.
- ONOCKO-CAMPOS, R. *Psicanálise e Saúde Coletiva: interfaces*. São Paulo: Hucitec. 2012
- ONOCKO-CAMPOS, R.; CAMPOS, G.W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos, GWS; Minayo, MCS; Akerman, M; Drumond Junior, M; Carvalho, YM (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Editora: Hucitec/Fiocruz;– 2006
- MOURA, A. H. de. *A psicoterapia institucional e o clube dos saberes*. São Paulo: Editora Hucitec. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.840/14. Cria o Programa de Desinstitucionalização. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001
- COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.A.; YASUI. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: Paulo Amarante (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU. 2003, p. 13-44
- MILAGRES, A.L.D. Eu moro, tu moras, ele mora: cinco histórias diferentes em serviços residenciais terapêuticos em saúde mental. In: Paulo Amarante (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU. 2003, p. 121-148.
- SILVEIRA, M.F.A.; SANTOS JUNIOR, H.P.O.; MACEDO, J.Q. A casa é o habitat humano. In: Silveira, MFA, Santos Junior, HPO. (Org.) *Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização*. Campina Grande: EDUEPB. 2011, p. 17-48
- FURTADO, J.P.; BRAGA-CAMPOS, F. Problemas de uma casa chamada serviço: buscando novas perspectivas de moradia para portadores de transtorno mental grave. In: Silveira, MFA, Santos Junior, HPO. (Org.) *Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização*. Campina Grande: EDUEPB. 2011, p. 49-64.
- FRICHEMBRUDER, S.C.; SOUZA, N.G. A Utopia da Constituição do “Mapa” da Reforma Brasileira. In: Silveira, MFA, Santos Junior, HPO. (Org.) *Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização*. Campina Grande: EDUEPB. 2011, p.65-94.