

---

## **A Loucura na Cidade: Conhecendo os Espaços de Trocas Sociais na Cidade**

Renata Bedran<sup>1</sup>; Maria Inês Badaró<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psicóloga; <sup>2</sup>Psicóloga, Mestre em Psicologia – Faculdades Integradas São Pedro - FAESA

---

**ISSUE DOI: 10.5008/1809.7367.001**

---

### **RESUMO**

Relato de pesquisa com o objetivo de conhecer e analisar os espaços de trocas sociais dos moradores de um serviço residencial terapêutico. Revela parte do cotidiano na apropriação de novos lugares sociais, a partir de uma residência. Analisa os benefícios observados ao se apropriarem da liberdade para frequentar outros lugares, além de sua moradia, para explorar outras dimensões de sua vida, estabelecer novas relações e multiplicar as trocas sociais. Os dados revelaram alguns desafios iniciais como o convívio no bairro, na própria casa, a dificuldade em deixar de se ter o hospital psiquiátrico com referência e o descuido com a higiene. Com o exercício cotidiano de viver na cidade, constata o aparecimento da vaidade, o restabelecimento da autonomia, a retomada do poder de decisão e escolha, além da criação de laços sociais. Conclui que essas casas têm se constituído como dispositivo importante para romper com o modelo hospitalocêntrico e contribuir para a desinstitucionalização da loucura, na medida em que reintegra o morador à cidade, aumenta a sua rede social assim como sua qualidade de vida, proposta que, a um só tempo, resgata a liberdade e a cidadania para quem um dia as teve interrompidas e negadas.

Palavras-chave: Saúde mental. Residência terapêutica. Desinstitucionalização.

### **ABSTRACT**

This research has the purpose of knowing and analysing the spaces of social changing of the people that live in therapeutic houses. It reveals part of their routine in the appropriation of new social places. It analyses the benefits observed on those who used their freedom to be in different places besides their own homes; to explore other dimensions of their lives; to establish new relationships and to multiply their social circles. Some facts reveal difficulties in the beginning, like the daily social routine in their neighborhood and in their own homes, the difficulty to break away from the hospital that they were interned at and the lack of hygiene habits. Living in the city allowed them to get back their autonomy and their power to choose and decide for themselves, and also the creation of a new social circle. We conclude that those therapeutic houses have worked as important tools to end traditional mental health treatments in psychiatric hospitals and to contribute for the desinstitutionalization. These houses allow people to live in a community, increasing their social circles and their quality of life.

Keywords: Mental health. Therapeutic homes. Deinstitutionalization.

### **INTRODUÇÃO**

A partir da segunda metade do século XX, iniciou-se no mundo um processo de questionamento sobre a eficácia do modelo psiquiátrico asilar. As críticas ao modelo manicomial, denunciado como excludente e ineficaz, tiveram como consequência o

surgimento de mudanças nas políticas de saúde mental. Em cada país, esse processo assumiu características singulares, mas, essencialmente, todos se basearam em duas grandes dimensões: diminuição de leitos nos hospitais psiquiátricos e uma rede de serviços psiquiátricos na comunidade (ARAÚJO; DEL PRETTE, 2003).

O processo da reforma psiquiátrica brasileira vem se intensificando a partir do final dos anos 70, tendo como meta garantir cuidado e serviços comunitários para qualquer cidadão. Essa reforma é um movimento histórico de caráter político, social e econômico, baseado na desinstitucionalização com conseqüente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam (GONÇALVES; SENA, 2001). Para tanto, diversos serviços, com vistas a substituir o modelo hospitalocêntrico, foram criados nas últimas décadas. Dentre estes, em busca de solucionar os desafios vividos pelas pessoas que tiveram vários anos de internação manicomial, foram criadas iniciativas de estruturas residenciais extra-hospitalares denominadas Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) (FURTADO, 2006).

Na década de 1990, vários serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos foram criados em alguns municípios brasileiros para substituir o modelo manicomial. Segundo Nicácio (1989, p. 93) o manicômio “[...] se fundamenta nos processos de exclusão social e na periculosidade: lugar de loucos, de miséria, de improdutivos, daquilo que se ‘desencaixa’ da ordem da razão e da produção”. Em um balanço realizado pelo Ministério da Saúde, até dezembro de 2006, existiam 1.011 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em todo o País e 475 SRTs em funcionamento com aproximadamente 2.500 moradores (BRASIL, 2007). Além disso, várias cidades implantaram serviços ambulatoriais com equipes matriciais.

Em 6 de abril de 2001, foi aprovada a Lei nº 10.216 estabelecendo que a reinserção social do indivíduo em seu meio teria lugar privilegiado, e a internação só seria indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrassem insuficientes (art. 4º, § 1º). Essa mesma lei proíbe a internação em “[...] instituições com características asilares” (art. 4º, § 3º) e determina que o cidadão deve ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (art. 2º, IX) (BRASIL, 2004b). De acordo com Gonçalves e Sena (2000), o que se espera da reforma psiquiátrica é o resgate ou estabelecimento da autonomia desse cidadão, o respeito à sua singularidade e sua reintegração na sociedade.

A Portaria nº 106/2000 institui os SRTs, que são moradias na comunidade, destinadas aos egressos de hospitais psiquiátricos com longa internação. Esses serviços têm o intuito de

viabilizar a reinserção social das pessoas que, por terem vivido anos internadas, acabaram se tornando moradores de hospital e perderam seus laços sociais e familiares (BRASIL, 2004a). É necessário entender que a questão central da residência terapêutica é a moradia, o morar, o viver na cidade, ou seja, as residências não são serviços de saúde, mas locais de moradia, de viver que estão articulados à rede de atenção psicossocial de cada município. Ressalta-se a importância da inserção em uma rede de serviços e relações sociais da comunidade, buscando a progressiva inclusão social do morador (BRASIL, 2004a).

As residências terapêuticas, ou simplesmente “casas”, são moradias mantidas com os recursos federais, localizadas no espaço urbano e respondem às necessidades de habitação e o viver na cidade. Visam a resolver um dos problemas da desinstitucionalização no Brasil, com as pessoas que deveriam sair dos hospitais psiquiátricos, mas que não contavam com apoio familiar ou de qualquer outra natureza (BRASIL, 2004a). O morador recebe suporte de caráter interdisciplinar em serviços de referência na comunidade, como CAPS e Unidades Básicas de Saúde, como qualquer outro cidadão. Cada morador recebe, por um período de um ano, o benefício do Governo Federal por meio do “Programa de Volta Para Casa”, que ele utiliza para suas necessidades pessoais.

No Espírito Santo, foram inauguradas duas residências terapêuticas no ano de 2004 e, em 2006, foram inauguradas mais três. Assim, atualmente, estão em funcionamento cinco residências terapêuticas, localizadas no município de Cariacica - ES. O Centro de Atenção Psicossocial de Referência é o CAPS Moxuara, localizado na mesma cidade.

Esta pesquisa foi delineada com o objetivo de conhecer e analisar os espaços de trocas sociais dos moradores de um Serviço Residencial Terapêutico de Cariacica – ES. Em busca de atingir tais objetivos, foram definidas como objetivos específicos: conhecer as possibilidades de participação dos moradores na sua comunidade; analisar a relação dos moradores com os demais usuários no CAPS de referência; compreender a maneira como as ações do CAPS ampliam as estratégias de inclusão social do usuário; conhecer e analisar as múltiplas trocas sociais; identificar as práticas que facilitam os moradores a retomar o espaço da cidade e lidar com as pequenas e grandes dificuldades do dia-a-dia; conhecer os recursos da comunidade (lazer, comércio, unidades básicas de saúde) que possam vir a compor um projeto terapêutico amplo na cidade.

## **METODOLOGIA**

A pesquisa aqui apresentada foi baseada num estudo qualitativo que, conforme Minayo (1994), responde a questões muito particulares que não podem ser quantificadas, por estudar o mundo dos significados das ações e das relações humanas. Inicialmente, procurou-se criar vínculos com os moradores e, a partir disso, seguiu-se para o acompanhamento de situações cotidianas registradas em um diário de campo.

O primeiro momento consistiu na construção de vínculos com os moradores e conhecimento da comunidade em que estavam inseridos. Num segundo momento, foi realizada a análise da rede de sociabilidade dos moradores como: interações e trocas sociais com a comunidade; visitas e integração com os moradores das outras residências terapêuticas existentes em Cariacica – ES. O terceiro momento envolveu o mapeamento de relações com a comunidade, conversas informais com os moradores para melhor compreender o universo desse cotidiano, assim como vislumbrar de que maneira o viver na cidade teria facilitado ou não a sua inserção nos espaços da comunidade.

A técnica utilizada para o registro de dados foi o diário de campo, construído ao longo do trabalho e durante o acompanhamento das atividades com os moradores. Segundo Cruz Neto (1994), o diário é como um “amigo silencioso” no qual diariamente colocam-se as percepções, angústias, questionamentos e informações que não são alcançados pela utilização de outras técnicas. Quanto mais rico em anotações for o diário, maior ajuda apresentará à descrição e análise do objeto estudado.

Participaram deste estudo dez moradores de uma residência terapêutica, inaugurada em fevereiro de 2006, no município de Cariacica, no Estado do Espírito Santo, durante o período de agosto de 2006 até abril de 2007. A faixa etária dos participantes é de 36 a 78 anos, sendo todos do sexo masculino. Os nomes foram substituídos para resguardar o sigilo de suas histórias.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Trata-se de dados referentes ao período inicial da implementação de tal residência, portanto evidenciam-se os primeiros desafios de (re)apropriação dos espaços da cidade de ex-moradores de um hospital psiquiátrico estadual. Para iniciar o trabalho, inserimo-nos no ambiente doméstico a fim de acompanhar o cotidiano da casa, assim como nos espaços da comunidade. Nas primeiras semanas, objetivou-se a criação de um vínculo com os moradores e a saída com eles nos arredores do bairro. O fato de sair de casa revelou-se importante para o conhecimento dos espaços. No período inicial, verificou-se que os moradores não sabiam se localizar no próprio bairro. Percebeu-se também que não lhes era muito prazeroso estar fora de casa. Depois de certo tempo fora de casa, eles pediam para voltar. CÍCERO dizia que preferia o hospital a casa onde estava morando. ABEL afirmava que estava passando mal e que ia morrer de câncer por causa do fumo e que deveria ir ao médico do hospital para pegar um remédio. Esses acontecimentos revelam que os moradores ainda não haviam perdido o vínculo com a instituição onde estiveram internados.

Na casa, era comum ficarem sentados ou deitados no chão. Às vezes pediam fumo e café. Recusavam sair para conhecer o bairro, visitar as outras residências ou mesmo para regar a horta que existia na casa. Quando era sugerido um passeio, solicitavam que os levasse ao hospital, que ainda era uma referência muito forte, ou mesmo a única referência para aqueles moradores.

O CAPS de referência dos moradores da residência terapêutica da pesquisa é o CAPS MOXUARA, que é anexo ao Hospital Adauto Botelho. De certa maneira, isso gerava uma confusão nos usuários do CAPS que já freqüentaram o hospital. Com freqüência, eles chamavam o CAPS de hospital; não entendiam que são espaços diferentes. Alguns moradores, ao chegarem no CAPS, queriam entrar no hospital. Na primeira ida ao CAPS, ABEL ficou aborrecido, pois achou que iria para o hospital. Ele foi apresentado a vários usuários, que tentaram uma aproximação, mas não se mostrou nem um pouco receptivo. Um usuário do CAPS explicou que essa atitude era normal no começo, mas que, com o tempo, ele interagiria mais. Em um determinado momento, ABEL percebeu que estava ao lado da portaria do hospital e seguiu em passos rápidos para lá. De volta ao CAPS, ABEL não participou de nenhuma oficina/atividade do CAPS. Em um determinado momento, ele se levantou e foi até a sala da oficina de tapetes. Ao ver um quadro de fotos, mostrou interesse em participar dos passeios promovidos pelo CAPS.

Todas as vezes que HÉLIO ia ao CAPS para participar das atividades pedia que o levasse para tomar café no hospital, apesar de saber que o café também era servido no CAPS. ABEL, que esteve internado no hospital desde a infância, ao entrar, ia direto para a cozinha para encontrar-se com as funcionárias de lá. Todas o recebiam com muito carinho, abraços e gracejos. Ele sempre ganhava um copo de café. De lá, ele partia para a lavanderia, onde também era recebido de forma afetiva pelos funcionários daquele setor. Sempre saía de lá com algum doce ou fumo. Depois dessas visitas, ele voltava para as atividades do CAPS. A história deles revela o porquê desse vínculo ainda forte com essa instituição: HÉLIO, por exemplo, ficou 12 anos internado no hospital. ABEL ali chegou criança e é tratado como um bebê por todos os servidores. A única referência desses moradores, até pouco tempo, era somente o hospital.

Durante a coleta de dados, algumas estratégias foram acompanhadas e analisadas, como idas ao CAPS, passeios pelo bairro para que eles se localizassem; visitas às outras residências para integração dos moradores e realização de atividades que lhe gerassem prazer, como uma roda de violão, um lanche comunitário, uma comemoração de um aniversário e até mesmo uma atividade de geração de renda.

A doação de um violão promoveu uma integração entre os moradores das diversas residências: lanches foram feitos ao som do instrumento. Notou-se que eles ampliaram suas trocas sociais, pois a maioria deles dançou, cantou e se divertiu bastante. Algumas conversas ao som do violão diziam respeito à convivência com os vizinhos. O viver em comunidade remete ao respeito de algumas regras para o bem-estar comum. No hospital, algumas regras de convívio não têm destaque, agora isso se tornava importante, pois alguns vizinhos precisam acordar cedo na manhã seguinte e não querem ser importunados com o som do violão e da cantoria.

Era comum a ida até um hipermercado, onde, além de compras de produtos, podia-se lanchar ou fazer comprar nas lojinhas lá existentes. ELTON foi ao supermercado, pois queria comprar um caderno com seu próprio dinheiro. Era uma oportunidade para ele aprender as várias formas de lidar com o dinheiro, ou seja, entender que um mesmo produto (caderno, no caso) pode ser mais caro ou mais barato devido à qualidade ou à marca. Percebeu também que, depois de escolher o produto, ele teria que pagá-lo na caixa registradora e teria que prestar atenção se haveria troco ou não.

Em algumas situações, os funcionários dos estabelecimentos comerciais se dirigiam ao acompanhante ao invés de falar com os moradores: “É você que vai pagar isso, ou ele?”, como se o morador não pudesse responder. Algumas pessoas se referiam aos acompanhados, estimulando sua participação. Durante caminhadas pelo bairro, era freqüente o contato com as pessoas da comunidade, como comerciantes, moradores e crianças. Era comum ouvirmos comentários e questionamentos sobre os moradores e sobre o nosso trabalho. Com freqüência, perguntavam: “Você não tem medo?” Em seguida, completavam: “Eles devem tomar muito calmante, né!”.

Por outro lado, os vizinhos também se colocavam de forma amistosa na interação com os moradores, mas “[...] [era] notável também a falta de naturalidade; o aparecimento de sentimentos caritativos e a infantilização no momento da interação” (ARAÚJO; DELPRETE, 2003, p.112). Por exemplo, no passeio dos moradores pelo bairro, as vizinhas espiavam pelo muro e diziam em voz alta: “Olha só, o BERNARDO vai passear, que legal!”, ou “Olha lá, o ABEL sabe abrir a porta do carro. Vai andar de carro, hein... que chique”.

Esses comentários demonstravam que, para elas, assim como para a maioria das pessoas, uma atividade que é considerada normal no dia-a-dia de qualquer cidadão era vista por elas como uma coisa extraordinária quando feita pelos moradores.

Em uma ocasião, quatro crianças estavam brincando perto do portão da casa quando um dos moradores veio abrir o portão. Assim que ele abriu o portão, as meninas se dirigiram ao acompanhante e perguntaram: “O que eles têm? Todo mundo fala que quem mora aí é doido”. Então foi perguntado se elas achavam que eles eram doidos, e elas responderam que não. Uma das crianças perguntou ao ABEL se ele era doente. Compreende-se que a pergunta da criança “Você é doente?” é feita por ela não entender como aquelas pessoas de aparência saudável podiam ser chamadas de “doentes”. ABEL respondeu à criança que não estava doente.

A integração dos moradores das residências era feita durante as festas, churrasco de confraternização e visitas de cortesia. Nessas atividades, eles lanchavam juntos, conversavam e pareciam felizes. Para Kinoshita (2001), no universo social, as relações de trocas são realizadas a partir de um valor que é atribuído a cada um dentro do seu campo social. Esse valor seria o que chamamos de valor contratual de um indivíduo no campo social. Para ele, a pessoa que viveu internada num manicômio tem anulado o seu poder de contrato e é praticamente impossível qualquer possibilidade de trocas. O autor sugere aumentar o poder

contratual dos egressos de longa internação, criando condições para que participem de trocas sociais, com vistas a ampliar sua autonomia. O cotidiano revela que os moradores vêm restabelecendo sua autonomia. De acordo com Moreira e Andrade (2003), a produção de autonomia representa o processo em que o sujeito passa a se relacionar e interagir com a comunidade de maneira que necessite menos de dispositivos assistenciais, como o serviço substitutivo, ou de sua família, mantendo numa rede de relações sociais que lhe possibilitem viver em comunidade.

O trabalho de aumentar o nível contratual dessas pessoas vai além de somente retirá-los do internamento hospitalar. Atualmente, prioriza-se a idéia de que os serviços de saúde devem integrar a rede social das comunidades em que se inserem. Essas práticas territoriais têm ajudado na atenção psicossocial, na medida em que surgem os serviços de atenção em saúde mental, como os CAPS, que deveriam estar inseridos nas comunidades, dispondo de atenção diária com uma equipe de profissionais (PITTA, 2001). Torna-se, então, importante a participação no CAPS, assim como a integração da vida cotidiana da comunidade.

A participação dos contratos sociais é fundamental para o resgate da autonomia desses moradores, de seu direito de ir e vir, de poder usufruir de sua vida e ter os mesmos direitos que qualquer cidadão. É visível que o nível contratual do indivíduo aumenta na medida em que ele sai do enquadre hospitalar e vai para as instalações comunitárias, onde encontra novas possibilidades do que fazer no seu dia-a-dia. Passados alguns meses, ABEL, por exemplo, não pediu para entrar no hospital em suas idas ao CAPS (anexo ao hospital), como fazia inicialmente.

No caso dos moradores das residências, é importante que eles tenham o CAPS da sua região como referência de atenção psicossocial, como HÉLIO e FÁBIO, que venderem um tapete feito por eles. Além disso, ao freqüentarem o CAPS e os espaços da comunidade criam novas relações, conhecem novas pessoas e melhoram seu nível de contratualidade.

A ampliação das atividades sociais e o acompanhamento terapêutico permitiram uma retomada do poder de decisão e escolha nos moradores. A apatia e a indiferença, em relação ao mundo exterior, começam a desaparecer. É visível o benefício naqueles que vão ao CAPS ou saem nas ruas com freqüência. Se antes eles não mostravam nenhum interesse em participar das atividades, agora já participam dos bingos, das oficinas de música e geração de



renda. Ficou visível também que, com o tempo, os moradores foram se tornando mais autônomos.

Os moradores, em janeiro de 2007, começaram a se servir sozinhos. O pão, a margarina e a faca estavam na mesa e cada um se serviu. ABEL saiu de casa para comprar fumo sozinho e voltou sem se perder.

Com o tempo, os moradores foram se aproximando das noções de higiene. Antes de sair de casa, não era mais preciso perguntar se os moradores queriam trocar de roupa, se arrumar, pentear o cabelo, tomar banho, etc. HÉLIO tomava banho, penteava o cabelo e escovava os dentes. ELTON trocava de roupa, passava perfume e só aceitava sair se estivesse com a barba feita. BERNARDO colocava uma calça comprida para ir ao supermercado.

## **CONCLUSÃO**

É válido ressaltar que os Serviços Residenciais Terapêuticos vêm se consolidando como estratégia eficaz para desinstitucionalizar egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos (FURTADO, 2006). Observa-se que a residência terapêutica por si só não garante a reintegração dessas pessoas, pois, muitas vezes, a dinâmica da residência solicita outras formas de serviços em rede. A experiência mostra que a transição do hospital para a comunidade é uma tarefa complexa, pois os moradores agora têm experiências novas e diferentes daquelas vivenciadas nos hospitais psiquiátricos.

Ressalta-se a importância da criação de estratégias que evitem a manutenção de comportamentos que lembrem aqueles vividos no manicômio. É necessário que a casa crie seu próprio ritmo de moradia, sem horários específicos para fumar, comer, tomar banho e dormir, etc. É fundamental que esses moradores se apropriem dos espaços sociais da cidade, ou seja, saiam do limitado circuito SRT-CAPS, tornando-se efetivos moradores do bairro. Percebe-se que os moradores que têm uma maior participação na comunidade apresentam mais autonomia e são capazes de realizar atividades mais elaboradas.

Há também o perigo de os moradores ficarem reclusos em sua residência ou nos serviços de saúde mental, não se inserindo, assim, nos espaços sociais da comunidade. É importante essa inserção para que sua dinâmica de vida seja ampliada e não se limite a um circuito fechado e

limitado. O nível contratual, na maioria dos casos, aumenta na medida em que ele sai do enquadre hospitalar e vai para as instalações comunitárias, onde encontra novas possibilidades do que fazer no seu dia-a-dia. Na comunidade existe a possibilidade de trocas sociais e criação de novos vínculos, já que os moradores que usufruem a vida fora da residência são beneficiados em vários sentidos.

Atualmente, prioriza-se a discussão de territórios como estratégia na saúde pública. A idéia é que os serviços públicos de saúde estejam presentes na rede social das comunidades em que se inserem com a participação ativa da comunidade nas questões de políticas públicas. Os Serviços Residenciais Terapêuticos, assim como outros dispositivos em saúde, como CAPS, Unidades de Saúde, Programas de Saúde da Família, substituem a forma manicomial de assistência à saúde mental. No entanto é necessário o estabelecimento de redes, de entrelaçamentos entre os serviços de saúde.

Com a pesquisa realizada, pode-se observar que a maioria dos moradores pouco a pouco passou a aproveitar os espaços da comunidade, beneficiando-se dos processos do resgate da autonomia, da criação de novos laços sociais e, principalmente, do exercício de sua cidadania. Este trabalho também contribuiu para a compreensão do sofrimento psíquico como condição humana, proporcionou o desapego às categorizações e rótulos, percebendo e valorizando o sujeito e não o seu diagnóstico. Cada morador constituiu uma forma singular de relacionar-se com a cidade e com as pessoas a partir da oportunidade de construir, como cidadão, uma nova história.

Esta pesquisa foi uma experiência prática ímpar no âmbito do serviço de saúde mental, a romper, de um lado, com o modelo hospitalocêntrico e contribuir, de outro, para o processo de desinstitucionalização da loucura, com proposta inovadora, a um só tempo, de liberdade e cidadania para quem um dia as teve interrompidas e negadas.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, A.; DEL PRETTE, A. Acompanhamento terapêutico e reabilitação psicossocial: resultados de uma pesquisa-intervenção. In: TRINDADE, Z. A.; ANDRADE, Â. N. (Org.). **Psicologia e saúde: um campo em construção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Residências terapêuticas: o que são. Para que servem?** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006**. Brasília, 2007.
- BRASIL. Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. **Legislação em saúde mental 1990 – 2004**. 5. ed. Brasília, 2004a.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Legislação em saúde mental 1990 – 2004**, 5. ed. Brasília, 2004b.
- CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 51-66.
- FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 785-795, 2006.
- GONCALVES, A. M.; SENA, R. R. de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.
- KINOSHITA, R.T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.
- MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- MOREIRA, M. I. B.; ANDRADE, A. N. Ouvindo loucos: construindo possibilidades de viver com autonomia. **Revista Psicologia Saúde e Doença**, v. 4. n. 2, p. 13 a 44, nov. 2003.
- NICÁCIO, M. F. Da instituição negada à instituição inventada. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde e loucura**.n. 1. São Paulo: Hucitec, 1989.
- PITTA, A. Tecendo uma teia de cuidados em saúde mental. In: VENANCIO, A.T; CAVALCANTI, M.T. (Org.). **Saúde mental: campo, saberes e discursos**. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001.