

CIDADE MÚLTIPLA, VIDAS SINGULARES: ANÁLISE DE NARRATIVAS DO COTIDIANO DE USUÁRIOS DE SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Multiple city, single lives: everyday narrative analysis of users of substitute services to psychiatric hospitalization

Lucas Henrique Braga¹

Artigo encaminhado: 30/03/2016

Aceito para publicação: 06/09/2016

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica preconiza a construção de um trabalho que possibilite cada vez mais a circulação e a autonomia do sujeito usuário de serviços substitutivos à internação. O sujeito é considerado dentro de um contexto singular, que leva em conta os diferentes espaços de sociabilidade e a interação com o território. A partir dessas premissas e visando uma melhor compreensão da realidade dessa nova modalidade de trabalho, desenvolveu-se uma pesquisa empírica junto a usuários de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico que compõem a Rede de Atenção Psicossocial do município de Belo Horizonte. Participaram da pesquisa cinco sujeitos, entre moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos e usuários do Centro de Convivência de uma das regionais do município. Foram realizadas observações participantes do cotidiano desses sujeitos, buscando identificar como se estabelecem as suas relações com o território e com os serviços que os assistem. A partir dos dados obtidos, foi feita uma análise crítica dos pontos observados, buscando contribuir com as novas práticas em saúde mental preconizadas pela Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chave: Saúde Mental. Território. Subjetividade. Serviços substitutivos.

ABSTRACT

The Psychiatric Reform demands the construction of a labor that prioritizes the circulation and autonomy of the user of substitutive services. The subject is considered within a singular context, that takes into account the different socialization spaces and the contact with territory. From these premises and aiming for a better comprehension of the reality of this new labor modality, an empirical research was accomplished with the users of substitute services to the psychiatric hospital, which compose the Belo Horizonte's Psychosocial Attention Network. Five subjects, among the Therapeutic Residential Services's residents and

¹ Psicólogo, Mestre em Psicologia Social pela UFMG. Programa de pós-graduação em Psicologia da UFMG. lucashbraga@yahoo.com.br

Companionship Center's users of a municipality's regional, participated in the research. Participating observations of the subjects' everyday were achieved, trying to identify how their relationships with the territory and the services which assist them are established. Through the acquired data, a critical analysis of the observed points was made, seeking to contribute with the new practices in mental health preconized by the Psychiatric Reform.

Keywords : Mental Health. Territory. Subjectivity. Substitute Services.

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, conforme aponta Amarante (1995), tem se instituído como um movimento que pretende muito mais que a mera redução dos leitos em hospitais psiquiátricos. Pretende operar uma mudança na forma como a sociedade enxerga e lida com a loucura no cotidiano das relações entre esses sujeitos e os territórios por onde circulam. Segundo (Amorim & Dimenstein, 2009), a ênfase dos novos dispositivos de saúde mental deixa de incidir sobre a cura a partir de parâmetros biomédicos e se coloca sobre os modos de vida possíveis para cada sujeito, levando em conta suas particularidades nos diferentes espaços sociais onde eles se inserem. Desse modo, a concepção de espaço, território e de como se dá sua apropriação pelos sujeitos² são noções caras à Reforma Psiquiátrica, além de fundamentais para a reflexão acerca do trabalho em saúde mental dentro do paradigma da reabilitação psicossocial (Saraceno, 1999). A proposta inspirada pela Reforma Psiquiátrica italiana nos encoraja a promover o encontro entre a loucura e território (Amarante, 1995), gerando invenção de saúde. A dinâmica das relações dos sujeitos entre si, com os objetos e com a cultura é ilimitada e está em constante transformação, o que faz da *práxis* em saúde mental um trabalho permeável a essas características.

² Tema abordado em artigo anterior dos autores, intitulado *Território, espaço e cidade: análise de conceitos-chave para o trabalho em saúde mental sob a perspectiva da Reforma Psiquiátrica* e em processo de submissão a periódico científico.

Ao mesmo tempo em que tem buscado trazer essas discussões para o trabalho em saúde mental e promover o desmonte das instituições psiquiátricas, a Reforma tem observado, de forma concomitante, um processo de diluição dos “muros” manicomial para o cerne das relações presentes no cotidiano dos sujeitos. Amorim & Dimenstein (2009) apontam que a prática nos serviços substitutivos não necessariamente está em consonância com o novo paradigma, e, em alguns casos, reproduz os mecanismos de controle e poder sobre a vida das pessoas em sofrimento mental. Além disso, a dinâmica relacional no âmbito da vida nos espaços é mediada pelo dissenso, os sujeitos não existem como entidades estáveis e estão constantemente protagonizando trocas e conflitos (Rancière, 1996), gerando uma desigualdade que cerceia o uso dos espaços. A alteridade se torna ameaçadora e aglutina as pessoas que tentam se proteger do risco que ela representa (Nunes, 2007). Dessa forma, a circulação dos loucos no cotidiano urbano enfrenta uma série de percalços, desafiando o trabalho das políticas públicas a lidar com a linha tênue que separa a liberdade do aprisionamento, e o movimento da estagnação.

Apesar de encontrarmos na cidade um campo fértil para os estudos da psicologia, existe uma distância histórica entre estes e a temática urbana (Ferreira Neto, 2004). É interessante, portanto, compreender melhor como se constituem as interações da pessoa em sofrimento mental dentro desse espaço cada vez mais utilizado por eles, tornando-nos, com isso, capazes de propor novas práticas e estratégias para sua inserção. É a partir de uma melhor compreensão e maior inserção da psicologia nas discussões sobre espaço, território e cidades que se torna possível um novo olhar sobre as políticas públicas de saúde mental. Entende-se que o processo de formulação de uma política pública não termina com o início de sua implementação, faz-se necessário um diálogo constante a partir do que aparece quando ela é colocada em prática. A produção de saúde deve ser considerada como campo que extrapola a medicina e alcança a política, afetando as pessoas em sofrimento mental no cerne de sua existência social. A apropriação do cotidiano dos serviços substitutivos passa, necessariamente, pela compreensão da cultura local dos usuários e da forma como fazem uso dessas instituições e dos espaços pelos quais circulam. O presente trabalho tem como foco a aproximação

dessa realidade, tendo sido apresentado como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e escrito sob orientação da segunda autora.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa qualitativa possibilita o questionamento das práticas desenvolvidas dentro dos serviços de saúde mental, integrando no discurso social as singularidades de cada sujeito e a dinâmica das relações. A compreensão desses fatores amplia o universo de intervenções e a atuação da política com seu público alvo. O presente estudo buscou compreender através desta modalidade de pesquisa a relação dos sujeitos com o meio socioespacial por onde circulam, com os serviços dos quais são usuários e, além disso, qual a vivência de cada um deles no dissenso que marca o cotidiano das cidades. Como resultado da pesquisa, esperamos contribuir para as discussões trazidas pela Reforma Psiquiátrica e para os trabalhadores dos serviços substitutivos, bem como compreender se de fato há uma nova lógica de uso dos espaços urbanos pelos usuários dessas políticas públicas, como é preconizado pelo paradigma da Atenção Psicossocial na saúde coletiva, foco do trabalho de pesquisadores, gestores públicos e profissionais da saúde mental (Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2003). Para responder a esses questionamentos, o presente artigo apresentará o conteúdo das narrativas e observações levantadas pela pesquisa junto a alguns usuários de serviços, entrelaçando-os com a discussão de aspectos teóricos importantes, abordados em artigo anterior da pesquisa.

O universo pesquisado consistiu na escolha de algumas pessoas que se encontram inseridas na rede de saúde mental de Belo Horizonte/MG, seja como

moradores de Residências Terapêuticas³ ou usuários de Centros de Convivência⁴. A partir da perspectiva dos sujeitos, buscou-se ter acesso a pontos de vista que vão além daqueles institucionais e profissionais, e colocam em evidência pré-conceitos invisíveis, censurados ou simplesmente silenciados (Groulx, 2008).

A pesquisa foi apresentada durante uma assembleia do Centro de Convivência, na qual houve o recrutamento de dois sujeitos por adesão espontânea, e em conversas individuais com outros três, selecionados conjuntamente com os profissionais da Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte. Optou-se, em primeiro lugar, por se recrutar os sujeitos participantes em dispositivos de somente uma das regionais do município, formando uma amostra não probabilística. Tal recorte possibilitou a observação de diferentes realidades em um mesmo contexto espacial. O diagnóstico psiquiátrico dos participantes não foi considerado, em função de sua baixa confiabilidade e pouca influência na determinação, reabilitação ou prognóstico da chamada doença mental crônica (Amorim, 2008), além do fato de que, em cenários diferentes, há maior diversidade na manifestação de comportamentos e sintomas cuja heterogeneidade não pode ser apreendida pela categorização diagnóstica (Saraceno, 1999).

O presente trabalho é uma pesquisa qualitativa que lança mão da observação participante como método. Tal técnica é geralmente utilizada para coleta de dados em situações em que as pessoas se encontram desenvolvendo atividades em seus cenários naturais, permitindo examinar a realidade social e situações às quais não se teria acesso somente por meio de perguntas estruturadas feitas aos sujeitos (Lima, 1999). O emprego da observação participante em meios institucionais se revelou produtivo na compreensão da rede de comunicação estabelecida entre os usuários e o meio em que se inserem, além de possibilitar a análise comparativa

³ Também conhecidos como Serviços Residenciais Terapêuticos, são locais de moradia destinados a pessoas em sofrimento mental que permaneceram em longas internações psiquiátricas e se encontram impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem. O serviço foi instituído pela Portaria/GM n. 106 de fevereiro de 2000, sendo parte integrante da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde. É um dispositivo inserido no SUS, sendo considerado central no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos de hospitais psiquiátricos.

⁴ Unidade pública, articulada à Rede de Atenção Psicossocial, composta por equipe de oficinairos e gerenciada por um profissional da saúde. Visa promover a inclusão das pessoas com transtornos mentais por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade. São oferecidos aos usuários espaços de produção, arte, intervenção na cultura e na cidade através da realização de oficinas e eventos comunitários.

entre a dimensão do discurso terapêutico mantido na instituição e o que é vivido pelos seus usuários (Groulx, 2008).

A partir do consentimento livre e esclarecido dos participantes, a coleta de dados se deu através de observações de recortes do cotidiano dessas pessoas em diversos momentos da rotina de cada um. A escolha de quais seriam essas ocasiões foi feita pelos próprios sujeitos participantes e cada um dos encontros teve duração variável. A coleta dos dados teve duração total de três meses, entre setembro e dezembro de 2012, sendo que o número e a frequência de observações participantes dependeram da disponibilidade de cada sujeito e a coleta foi encerrada segundo o critério de saturação de dados, obtendo-se uma média de cinco observações com cada um dos cinco participantes da pesquisa. Após cada encontro, o seu conteúdo foi redigido em um diário de campo para posterior análise.

A escolha dos sujeitos participantes da pesquisa, como mencionado, ocorreu de forma conjunta entre o pesquisador, representantes da Coordenação de Saúde Mental de Belo Horizonte, gerência do Centro de Convivência e supervisoras⁵ dos SRTs, bem como, adesão espontânea. Após apresentação do projeto à Coordenação de Saúde Mental, foram realizados dois encontros com os profissionais. O primeiro deles na reunião que ocorre mensalmente entre as supervisoras dos SRTs e a coordenadora desses serviços e, posteriormente, uma reunião com a gerência do Centro de Convivência da regional pesquisada. Durante esses encontros foi apresentada a pesquisa e se discutiram a forma de recrutamento dos sujeitos e algumas particularidades dos serviços.

Os SRTs são classificados pelo Ministério da Saúde em dois tipos, 1 e 2 (Portaria n. 106), tendo em vista o grau de autonomia dos moradores que abriga. A partir dessa classificação, há uma diferenciação no repasse de recursos e quantidade de profissionais atuantes no serviço. Os participantes da pesquisa que são moradores de SRT estão em serviços em que apenas um cuidador trabalha em cada turno, tendo em vista a maior independência dos moradores. A seguir, serão apresentados os relatos de alguns momentos das observações considerados mais

⁵ É interessante notar que a portaria que institui os SRTs não inclui o profissional supervisor para as residências, mencionando o encaminhamento dos serviços a um equipamento de saúde (CERSAM ou Centro de Saúde) e à presença de cuidadores nas casas, sendo a existência de supervisores uma especificidade de Belo Horizonte.

significativos, seguidos da análise crítica do autor que se baseia na literatura nacional recente sobre o tema.

3 OUVINDO VOZES: APROXIMAÇÃO DOS ATORES SOCIAIS ATRAVÉS DA PESQUISA QUALITATIVA

3.1 As marcas da exclusão em Ana

Ana⁶ mora sozinha e frequenta o Centro de Convivência diariamente. Pela manhã, vai às aulas do Educação de Jovens e Adultos (EJA) no próprio Centro e, na parte da tarde, participa das oficinas de artesanato. Ela se oferece como voluntária e, quando proponho a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido, demonstra resistência: “*Não precisa, não me custa nada ajudar*”. Inicialmente tem dificuldades em decidir quando poderá ocorrer a pesquisa, insistindo para que o pesquisador decida, mas escolhendo em seguida.

Em nossa primeira conversa, diz: “*Deixa eu te contar minha história, já participei de outras pesquisas e sei que é isso que tenho que fazer*”. Relata que foi abandonada “na linha do trem” aos três anos de idade e levada para a Fundação Estadual para o Bem-Estar do Menor (FEBEM); não conheceu os pais e não tem sobrenome, mostrando-me o documento de identidade onde só consta o primeiro nome. Ficou na FEBEM até os nove anos de idade e, depois de adulta, foi morar “*com irmãs de caridade*”, sofrendo maus tratos. Aos 16 anos, passou a trabalhar como empregada doméstica e morar na casa dos patrões; as vivências difíceis continuaram até fugir, aos 19 anos. Nessa época, começou a trabalhar na casa de uma senhora, com quem viveu por quase trinta anos, sem receber salário. Após o adoecimento da senhora, seus familiares passam a temer que Ana tentasse judicialmente receber indenização pelo salário nunca pago. Nessa época, Ana teve também um problema de saúde e ficou um mês hospitalizada, não recebendo nenhuma visita. Quando saiu do hospital, descobriu que os patrões esperavam que ela morresse. “*É assim que diziam que gostavam de mim, eu que criei os filhos e os netos dela*”. Após a morte da patroa, Ana relata que a deixaram morar sozinha em

⁶ Todos os nomes usados nos relatos são fictícios, com a finalidade de proteger a identidade dos participantes.

um dos barracões da família, onde vive há sete anos. Atualmente, recebe um benefício e diz comprar compulsivamente: *“Porque nunca tive meu próprio dinheiro”*. Há pouco mais de um ano, precisou de ajuda para retirar o excesso de objetos que acumulava em casa.

Ana relata que no passado tinha medo de sair de casa e não gostava de contato com as pessoas, melhorando depois que começou a frequentar o Centro de Convivência, há seis anos. *“Hoje abraço todo mundo e não tenho mais preconceito comigo mesma”*. Também relata ter gostado muito do CERSAM, e costuma fazer visitas aos profissionais na instituição. Brinca que outros usuários gostam de *“filar almoço” no CERSAM*, pois no Centro de Convivência não tem, mas lá ela pode comer pão ou biscoitos quando está sem dinheiro para almoçar. Conta de um passeio a Brumadinho em que foram a um museu: *“Comi todos os tipos de carne, a prefeitura que pagou”*.

Durante as atividades do Centro de Convivência, Ana é participativa e é tratada carinhosamente pelos profissionais. Vai a todos os passeios propostos pela instituição, juntando dinheiro com a venda de latinhas que cata nas ruas e sendo por isso usada como exemplo pela gerente do serviço, em uma das assembleias de usuários. O professor do EJA também a usa como exemplo para a turma, devido a sua habilidade com artesanato. Quando não pode conversar comigo ou deseja desmarcar alguma observação previamente agendada, Ana pede a algum profissional da instituição que passe o recado. Em outros momentos, justifica às outras pessoas que *“o pesquisador está com pressa”* e ela precisa se apressar. Revela o uso dessa estratégia também *“quando não quero gastar dinheiro, combino com a oficineira, aí ela não deixa os vendedores me convencerem”*.

Em seu bairro, Ana diz que viu muitas *“crianças virarem adultos formados”*. Me apresenta como pesquisador nos lugares que frequenta: um pequeno mercado, uma padaria, uma papelaria e uma loja de roupas. Ana conta que cuida de uma senhora, tia de sua vizinha, todos os dias antes de ir ao Centro de Convivência e ao retornar da instituição.

Grande parte da história de Ana foi marcada pela institucionalização, desamparo, exploração e exclusão sociais. São vivências que ultrapassam a

questão da saúde mental, ilustrando, também, as crianças em situação de abandono, para quem faltam oportunidades de estudo, lazer e convivência familiar. Também exemplifica a falta de amparo legal da situação da empregada doméstica, que foi, e ainda é, uma profissão que enfrenta preconceito e exploração abjeta no Brasil, herança de séculos de escravidão, e que luta ainda hoje pela garantia dos direitos trabalhistas. Enfim, a história de Ana é a da mulher, negra e de origem humilde, assim como de muitas outras que enfrentam situações semelhantes.

Ela fala de um distanciamento das pessoas, após todos os seus relatos de abuso e exploração, além de um descaso por parte de pessoas que fizeram parte de sua vida por anos. Um isolamento que o seu encontro com os serviços substitutivos foi capaz de modificar. Com isso, Ana se vê colocada em lugar de destaque em vários momentos, ilustrando um modelo de usuário para o qual os profissionais dos serviços apontam. Ela participa das oficinas, engloba os serviços dentro de sua rotina e encontra no contato com os profissionais uma relação “*protegida*” com o outro. Ana faz “*visitas*” ao serviço de urgência em saúde mental e o Centro de Convivência, em vários momentos, permeia suas relações e suas incursões na cidade, mas Ana traça, de forma concomitante, outros encontros com o território. Quando iniciou a experiência de morar sozinha e administrar seu próprio dinheiro, ela recorre diversas vezes ao serviço, que ainda a auxilia na gestão de sua vida, intermediando as relações de Ana com o outro, auxiliando nos cuidados com a casa. Ela própria revela essa estratégia, e é interessante notar que, quando depara com o dissenso inerente da vida em comum, Ana ainda encontra dificuldades em se posicionar de acordo com seu desejo, submetendo-se (Rancière, 1996). A potencialidade do conflito é, então, anulada, e este perde a sua condição de recurso transformador na vida de Ana, que a possibilitaria fazer um movimento para fora das instituições (Saraceno, 1999). O cuidado com a vizinha idosa mostra que Ana se coloca à disposição do outro, o que também fica evidente na disponibilidade que ela coloca para a pesquisa, nos fazendo questionar se ela de fato está fazendo uma escolha ou mantendo uma postura de submissão.

O relato de Ana chama a atenção para a necessidade de reflexão sobre a produção de estratégias que, muito além de permitir o contato acolhedor com os

sujeitos, possam oferecer a eles a possibilidade de estabelecerem relações afirmativas com o território, evitando o uso dos serviços de saúde mental segundo a lógica da biopolítica (Foucault, 2008). Observa-se, segundo essa lógica dos serviços, a tentativa de alcançar o controle sobre todos os aspectos da vida e do corpo do sujeito, ocupando seu cotidiano com intervenções padronizadas que abafam a singularidade dos usuários. Já Ana mostra que é capaz de catar latinhas para complementar sua renda e ter acesso ao que nunca teve, movendo-se, nesse momento, para fora de seu assujeitamento (Rancière, 1996) .

3.2 O canto abafado de Carmem

Carmem mora no entorno do Centro de Convivência, com a mãe e uma filha, há cinco anos. Frequenta o serviço diariamente; é uma das primeiras a chegar e últimas a sair. No entanto, não participa de nenhuma oficina ou atividade realizada no local. Ela conta que foi tida como esquizofrênica, mas na verdade é *“médium desde nascença, eu vejo e ouço espíritos”*. Iniciou o contato com o espiritismo após o início dessas manifestações, mas acabou sendo afastada da função de médium pelos colegas, quando, segundo ela, *“começou a adoecer”*. Diz que a sua mãe não acredita e faz de tudo para interná-la em hospitais psiquiátricos ou lares de idosos, o que nunca ocorreu por falta de indicação médica. Fala da mãe como uma pessoa agressiva, intolerante, que a impede de conviver com os outros e a faz ir ao Centro de Convivência para *“se ver livre”*. Em determinada ocasião, Carmem recebe o convite para visitar a casa de outra usuária, mas na semana seguinte diz que sua mãe não permitiu: *“Falou que nesse lugar tem muita prostituição”*. Diz que a mãe quer ter a sua curatela e teme que, caso isso ocorra, *“viro objeto nas mãos dela”*. Demonstra desejo de sair da casa da mãe e morar em uma pensão, com alguém que cuide dela. Em muitos momentos em que fala da mãe, Carmem chora e se sente fraca, irritando-se com uma usuária que diz: *“Ela faz cena para receber ajuda”*.

Carmem diz que trabalhou por muito tempo como cantora e foi casada por oito anos com um músico. As pessoas no Centro de Convivência cobram que Carmem cante e ela se sente lisonjeada, mas não retorna para a oficina, falando que precisa

fazer uma cirurgia na boca ou que *“está muito deprimida para participar”*. Em outro momento, revela que, quando participou pela primeira vez, achou todos muito amadores: *“Eu cheguei cantando Mercedes Sosa, Geraldo Azevedo, Rita Lee e ninguém sabia cantar; os outros alunos não tinham um bom nível”*. Me diz: *“Você vai morrer de rir, mas sou insegura até para fazer o que faço melhor, que é cantar”*. Em outro momento da observação, Carmem surpreende o pesquisador, quando, sentados em um banco afastado do Centro de Convivência, ela canta uma música em espanhol.

Em uma das observações, uma das profissionais brinca com ela, mas Carmem fica imóvel e a ignora. Posteriormente, me diz: *“Ela só conversou comigo porque você estava aqui, por isso fiquei com raiva e não respondi”*. Em vários momentos durante as observações, quando algum outro usuário nos interrompe, Carmem reage da mesma maneira, ficando em silêncio.

Carmem sabe de toda a rotina do Centro de Convivência e, mesmo nos dias em que não há atividades, ela comparece ao serviço e fica aguardando a hora de ir embora. Sente-se segura dentro da instituição, pelo fato de haver profissionais trabalhando na portaria que *“não deixam qualquer um entrar”*. Em outro momento, diz que preferiria ficar em casa em vez de ir ao Centro de Convivência *“apesar de tudo que vivo com minha mãe, porque aqui não há respeito humano, um rouba comida do outro, um tranca o outro no banheiro”*. Nos finais de semana, Carmem relata que fica em casa a maior parte do tempo, apesar do desejo de retomar o contato com alguns dos antigos amigos. Diz que tem diagnóstico de Doença de Parkinson e não gosta de dar trabalho para as pessoas; teme não saber andar sozinha de ônibus ou sofrer um acidente.

Carmem reencontrou um usuário de outro Centro de Convivência durante um evento de competições esportivas, pegando seu telefone. Os dois já haviam se conhecido em outras festividades da instituição e ela diz que já não o via há algum tempo. Demonstra vontade de se relacionar amorosamente com alguém, mas teme a interferência da mãe.

No caminho de casa, Carmem cumprimenta algumas pessoas, que a chamam pelo nome, mas ela diz que as conhece *“só de vista”*. Diz acreditar que o fato de

estar participando da pesquisa despertou a curiosidade das pessoas, pois ela sempre foi discreta e agora percebe que é alvo de comentários. Segundo ela, é também reconhecida por anônimos nas ruas por causa de seu trabalho como cantora.

A lógica manicomial é algo que atravessa as mais diversas realidades no campo da saúde mental. Conforme apontam autores como Furtado e Onocko Campos (2005); Amorim e Dimenstein (2009), a implantação de serviços substitutivos não significa a superação automática do modelo segregativo e estigmatizante. Os novos serviços tornam-se pontos centrais em torno dos quais se organiza a vida dos sujeitos. É o que se observa com certa clareza na vida de Carmem, que, retirada de seus lugares de convívio após o adoecimento e deslocada de sua posição familiar, encontra no Centro de Convivência um lugar de refúgio. É interessante observar que ela nunca teve uma vivência de internação psiquiátrica, mas atualmente seu cotidiano se instaurou sob a “proteção” dos muros de um serviço substitutivo. A cidade é para ela uma ameaça que se contrapõe à segurança que é oferecida pelo serviço, e ela não é capaz de negociar uma troca possível. A proposta de permeabilidade do Centro de Convivência (Novaes, Zacché & Soares, 2008) não consegue retirá-la dessa posição estática e há uma inversão da lógica proposta pela instituição, pois, apesar de manifestar o desejo de visitar lugares e pessoas que remetem às suas experiências do passado, Carmem não abre mão da segurança e do cuidado que são oferecidos. A suposta permeabilidade do serviço, nesse caso, falha em atender a demanda da usuária de envolver-se novamente em um diálogo com a cidade, nos espaços que ela própria aponta como lugares onde possui vínculo.

A identificação do sujeito no lugar do adoecimento, como evidenciado por estes relatos, contribui para uma forma de cuidado que cerceia o sujeito dos contatos com o território, e, com isso, não possibilita a produção de vida. Por vezes, outros usuários apontam essa dependência de Carmem, atingindo-a. Os contatos que ela estabelece, em sua maioria, nascem e morrem dentro da instituição, à medida que sua vida vai se costurando à rotina do Centro de Convivência. É interessante a maneira como Carmem usa seu silêncio, em alguns momentos, como protesto,

revelando que por trás da aparente inércia há o movimento de um sujeito que se incomoda com a invisibilidade. Carmem demonstra que o desejo de cantar e voltar a ocupar o lugar de destaque dificilmente poderá ser alcançado dentro da instituição, apontando desejos de incursões maiores pela cidade.

3.4 O cotidiano institucional de Antônio

Antônio é apontado por várias profissionais como uma indicação para a pesquisa, por ter alcançado maior independência após a saída do hospital psiquiátrico, já lidando inclusive com o próprio dinheiro. Antônio é morador do SRT há oito anos, egresso de uma internação de cinco anos em um hospital psiquiátrico. Quando questionado sobre sua rotina, relata que, às segundas-feiras pela manhã, auxilia a cuidadora do SRT nas compras, aos domingos, vai à missa, às quintas, na parte da tarde, vai ao forró e, na maioria dos dias, vai ao Centro de Convivência *“depois do horário do remédio”*. Conta que *“aos sábados não vou ao Centro de Convivência porque não abre”*. Explica também que o Centro de Convivência é *“para passar o dia e se distrair”*, enquanto o CERSAM é lugar para *“passar o dia quando a pessoa está mais agitada”*.

Durante as compras, Antônio faz o que é solicitado de forma cuidadosa, dando sugestões do que gostaria que a cuidadora cozinhasse. Ela relata que deixa que os moradores façam o que têm vontade e não os obriga a trabalhar. Antônio revela que gosta mais dessa cuidadora, novata, pois no *“outro plantão tem que trabalhar muito mais”*. Conta que os moradores estavam conversando sobre isso e a outra cuidadora ouviu e ficou nervosa. Antônio reclama dos profissionais do supermercado com a cuidadora, e ela diz que isso ocorre sempre, mas ele não chega a dizer nada para as pessoas diretamente.

Para ir ao *“bailinho”*, Antônio coloca roupa social e sapato, saindo pontualmente. A cuidadora observa que é a única ocasião em que ele se arruma e, por algumas vezes, voltou depois de ter anoitecido. Antônio diz que conheceu o evento através da visita de uma profissional que trabalha no local. Ele diz: *“É um lugar mais pra gente velha mesmo, só para divertir”*. No baile, algumas pessoas o

cumprimentam, mas não conversam. Ele me diz que não conhece muita gente que está ali, porque sempre aparecem pessoas novas. Antônio se ocupa em convidar diferentes mulheres para dançar, e, nos momentos em que não está dançando, fica sozinho. Vai embora antes do fim do evento e diz que costuma ficar até mais tarde quando alguma mulher quer dançar mais com ele.

Antônio sempre vai ao Centro de Convivência com dois outros moradores, esperando quando algum deles fica para trás e decidindo a hora de ir embora. A cuidadora diz que ele *“cuida”* dos dois. Antônio participa da oficina de cinema, mas não sabe explicar bem o que acontece. Durante a tarde, ele anda pelo local, cumprimentando e conversando brevemente com outros usuários. Conversa em segredo com uma usuária, se distanciam e se beijam, enquanto outros olham e reclamam: *“Nós não podemos dar beijinho aqui, mas eles podem?”*.

Em outra ocasião, ocorre o evento *“Tá doído”* no Centro de Convivência. A ideia, segundo a gerente, é apresentar à população do bairro o que ocorre dentro da instituição e reduzir os estigmas da loucura na sociedade. O evento não teve grande participação da comunidade, a maioria dos presentes era usuário ou trabalhador da instituição. Durante o evento, os usuários assistem à apresentação de um dosicineiros, que lê uma passagem da bíblia. Após algum tempo de leitura, os usuários se queixam da monotonia.

Antônio conta que foi *“para a casinha da prefeitura para continuar o tratamento, porque não podia mais ficar no hospital”*. Segundo ele, vivia em um espaço amplo e teve de se acostumar a ficar em uma casa pequena. Contrapõe isso com a possibilidade de poder sair para a rua, enquanto no hospital ficava preso e não conhecia a cidade. Diz que morar no SRT *“é muito triste”*, e que em sua casa *“já teve quatro moradores que morreram de tristeza”*. Relata que tem vontade de sair, *“mas não tem jeito porque estou muito velho para me casar”*. Antônio me conta que recebe os benefícios mas não conseguiu a aposentadoria pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), pois o médico avaliou que ele é apto para o trabalho. Ele diz que não tem mais como trabalhar na roça e agora recebe menos dinheiro do que os outros moradores. Está tentando entrar na justiça, com auxílio da equipe, para conseguir se aposentar.

A supervisora do SRT comenta que, quando foram abertas as primeiras Residências, tinha-se a ideia de que os familiares iriam progressivamente acolher os moradores. No entanto, o que acabou ocorrendo foi uma acomodação, e as pessoas preferiam manter seus familiares nos SRTs quando finalmente compreendiam como o trabalho funcionava. Conta que há familiares muito invasivos, como uma que quer dar comida na boca do morador e entrar com ele no banheiro. Relata, ainda, que já houve ocasiões em que outro morador do SRT se perdeu, mas foi identificado por vizinhos e trazido para casa. Diz que a relação com os vizinhos é muito importante para o serviço e dá o exemplo de outro SRT, que foi filmado pelos vizinhos e o vídeo foi publicado em uma matéria sobre “*a casa dos horrores*”.

Para Antônio, os serviços substitutivos têm funcionado, por vezes, como pontes que permeiam o seu contato com o território. Os lugares que frequenta passaram a fazer parte da sua rotina após certa intermediação por parte dos profissionais. É possível perceber, entretanto, nuances nas apropriações que ele faz. O forró, apesar do público de idade diferenciada, como ele mesmo marca, é o lugar onde ocorre o lazer e o contato com outro universo. Antônio se preocupa com as roupas e, quando tem a possibilidade de maior contato com as pessoas, fica até mais tarde. O Centro de Convivência, no entanto, preenche outros momentos da rotina de Antônio, que participa das oficinas, mas demonstra não se apropriar dos objetivos e atividades.

Nos relatos, é evidenciada mais uma vez a necessidade de inovação da proposta dos serviços substitutivos, para que possam propiciar aos usuários outros encontros, não apenas circunscritos ao interior dos serviços. É possível perceber, nesse caso, uma falta de intimidade nos encontros e uma itinerância no comportamento de Antônio, que conversa com todos mas diz não conhecer as pessoas. Sua rotina, como visto, gira em torno da sua relação com as instituições, que muitas vezes acabam por sufocar as outras relações do sujeito. O tempo que ele acaba “*passando*” nas instituições, por vezes é sem sentido e não vai ao encontro de seus desejos. A dimensão social do território escapa em alguns pontos da história de Antônio, pois ele não tem a oportunidade de exercer sua influência sobre o espaço, que resta como algo sem sentido para ele (Santos, 1996).

A iniciativa dos profissionais, na medida em que repetem rotineiramente atividades, ou cumprem protocolos de realização de eventos, tem efeitos nulos ou contrários aos ideais da Reforma Psiquiátrica, pois os sujeitos permanecem, de certa forma, estanques. Há a presença, em alguns momentos, do olhar manicomial (Lobosque, 1997), e uma rotina que gira em torno da medicação. A compreensão dos serviços da rede, por parte de Antônio e mesmo da cuidadora, é o de um local de tratamento e repouso, e a necessidade de maior envolvimento dos moradores com seu cotidiano é visto como cobrança desnecessária. Um ponto interessante no relato do cotidiano de Antônio é a intervenção feita pelo serviço a partir da constatação de que ele é o único morador apto ao trabalho, uma vez que tem menos de 50 anos e não foi diagnosticado com nenhuma debilidade física ou mental importante. Há um reforço por parte da equipe da ideia que Antônio deveria ser aposentado e não mais trabalhar, o que direciona as intervenções do serviço. Por conta disso, fica excluída a chance de tentar a promoção de outras relações com o território, via inclusão em uma atividade laboral remunerada e, em um horizonte ainda mais distante, a possibilidade de que Antônio possa prescindir do serviço e ter a própria casa, desejo que ele aponta.

3.5 Alberto e suas redes múltiplas

Alberto ficou 16 anos internado em um hospital psiquiátrico e mora em um SRT há dez anos. Sua mãe atualmente é sua curadora, mas ele está buscando reverter a situação judicialmente. Fala que nunca se deu bem com ela e agora está buscando, judicialmente, receber o dinheiro de um terreno que foi vendido pela própria mãe com a falsificação de sua assinatura há mais de 20 anos. Diz que, com esse dinheiro, espera comprar uma casa em Betim ou Santa Luzia. Já morou em outro SRT, mas não se deu bem com a cuidadora, preferindo o SRT atual pelo fato de já conhecer dois moradores da época em que estavam internados. Ele relata que já entrou com processos na justiça outras duas vezes e ganhou, por questões relacionadas a relações de consumo. A gerente do Centro de Convivência o está orientando nessa situação. Diz não depender do SRT para nada: “Sou

independente, eles é que precisam de mim". Solicita que o contato para a pesquisa seja feito diretamente com ele e não envolva a equipe do SRT.

Mora em um quarto nos fundos da casa, onde instalou toda a fiação e os vários aparelhos eletrônicos que possui; deseja comprar um televisor ainda maior e colocar um espelho cobrindo a parede atrás do aparelho, para poder assistir e, ao mesmo tempo, ver quem está vindo. Em outro momento, diz que quer instalar um interfone com câmera para saber quem entra em sua casa. Na cama, há um cobertor velho com o nome de Alberto e de um hospital psiquiátrico, indicando a procedência. Diz trabalhar em vários lugares, toma conta de suas lojas, ajuda os profissionais quando o Centro de Saúde está muito cheio e trabalha como eletricista, distribuindo cartões com seu telefone nas casas dos vizinhos. Diz que evita dar o telefone do SRT *"porque eles nunca me passam os recados"*.

A supervisora do SRT diz se preocupar com o fato de Alberto nunca dizer para onde vai e não gostar que as cuidadoras entrem em seu quarto. Segundo ela, ele não participa das atividades propostas aos outros moradores da casa e fala mal do serviço e da Rede de Saúde Mental. Alberto não almoça no SRT, preferindo ir a um restaurante todos os dias. Diz que a estagiária da casa leva os outros moradores nos lugares, mas ele prefere ser independente. A gerente do Centro de Convivência brinca com a situação: *"Eles soltaram o passarinho da gaiola e agora querem prender de novo"*.

Alberto tem o hábito passar o dia todo dando voltas pela cidade de ônibus, trocando de veículo nas estações de integração sem precisar pagar outra passagem. Pediu à gerente do Centro de Convivência duas entradas para o cinema e pensou em convidar uma profissional do Centro de Saúde, que recusou. Ele, então, resolveu ir assistir a dois filmes seguidos com as entradas, comentando que já não ia ao cinema há mais de dois anos. Vai novamente ao Centro de Convivência, solicitar vale-transporte. No caminho, toma café em uma padaria e avisa à atendente que pagará depois. Ao sair, diz que *"isso é a melhor coisa, ser conhecido nos lugares e ter a confiança das pessoas"*. Comenta que no centro da cidade faz o mesmo em outros locais. Quando anda nas ruas, muitas pessoas o cumprimentam pelo nome. Chegando ao cinema, Alberto escolhe o filme pelo horário mais próximo e tem

dificuldade ao tentar trocar seu bilhete pelo ingresso, sendo auxiliado pela atendente.

Conta que é sócio de uma papelaria, pois emprestou seu nome para a dona, “*que tinha o nome sujo*”, vender Avon. A vendedora da loja é receptiva com ele e o pede que faça pequenos serviços, elogiando como “*ele faz as coisas direitinho*”. Alberto colocou um cartaz na loja, anunciando a venda de sua televisão, relata que a gerente do Centro de Convivência o ajudou a confeccionar o anúncio. Não conseguiu pagar as prestações e seu nome está no Serviço de Proteção ao Crédito (SPC), impedindo a compra de outros aparelhos eletrônicos. Fala que tem vontade de comprar uma impressora multifuncional para a loja, pois é um serviço muito demandado.

Alberto, assim como Ana, apesar de receberem benefícios governamentais, encontram outras formas de trabalho e, principalmente no caso do primeiro, usam o dinheiro como forma de manterem um grau importante de autonomia e independência das políticas públicas. Apesar de ainda utilizarem dos recursos de forma ampla, há uma diferença entre eles dois e Antônio, que, apesar de ser considerado apto para o trabalho, não conseguiu se inserir em uma atividade laboral. A atuação da equipe, no caso de Antônio, reforça a dependência das polícias de assistência e bloqueia, de certa forma, sua entrada no mercado de trabalho. Alberto, por outro lado, faz muitos movimentos buscando distanciar-se do SRT onde mora, e seu contato com os serviços da Rede de Atenção Psicossocial se dá nos termos de uma contratualidade que ele é capaz de estabelecer.

A história de Alberto, e os vínculos que ele fez com a cidade, evidenciam a possibilidade que o sujeito tem de se inscrever no território (Abrão, 2010) e, assim, ampliar a sua rede de relações muito além dos serviços de saúde mental, que não comportam a totalidade da vida desses sujeitos. A rede, ao trabalhar de forma ampliada, deve permitir e potencializar essas incursões do sujeito, atentando para a singularidade de cada um, que vai exigir uma postura diferenciada dos profissionais e dos serviços (Saraceno, 1999). No caso de Alberto, a rede se coloca pontualmente, já que ele barra as invasões em sua privacidade e intimidade, e se

autodeclara independente da maioria das ofertas do serviço residencial do qual é usuário.

Santos (1996) define a territorialidade como essa interação, que podemos ver nas narrativas de Alberto, que ultrapassa a dimensão meramente espacial e se coloca na beleza e singularidade das interações que ele, com sua loucura, vai estabelecendo com os diversos atores sociais. Mesmo os percalços e o dissenso, quando colocados para Alberto, são potências que propiciam também a emergência do sujeito, que se vê às voltas com problemas financeiros e judiciais, precisando encontrar suas saídas frente a eles.

3.6 Luísa e a delicadeza dos primeiros passos

A saída de Luísa de uma instituição psiquiátrica, onde ficou por quase 17 anos, deu-se há menos de três meses. Foi tentado inicialmente que sua família a recebesse, mas não se adaptaram. A supervisora do SRT relata uma movimentação da rotina da casa após a chegada de Luísa, pois ela passou a consumir toda a comida que era disponibilizada livremente aos moradores, *“quando não comia, dava uma mordida e escondia o resto debaixo da cama ou nos bolsos da roupa”*. O alimento teve de ser trancado. Luísa fala pouco, não gosta de ser tocada e incomoda alguns moradores com seu olhar sempre atento e constante.

Em um primeiro momento, conversei com a irmã de Luísa, que a visita no SRT aos finais de semana. Quando a encontro, entretanto, está sozinha na varanda e Luísa está dentro de casa. A irmã diz que, no hospital onde Luísa esteve internada, eles tinham um espaço muito grande, enquanto no SRT ficam praticamente presos, saindo somente quando precisam resolver alguma coisa na cidade. Acha que Luísa está estranhando porque nenhuma das pessoas com quem ela convivia no hospital foi para a mesma casa que ela. Após a explicação sobre a pesquisa, a irmã questiona se precisa participar também: *“Eu não posso, meu tempo é muito corrido”*.

O SRT fica em uma rua bastante movimentada e a equipe se preocupa pela segurança dos moradores. Apenas um deles tem a chave do portão. A supervisora relata que Luísa já soltou a mão da estagiária durante uma travessia. Em seus

primeiros meses no SRT, a supervisora conta que Luísa comia somente carne nas refeições. Segundo a estagiária, tal fato começou a mudar a partir da observação da cuidadora, que viu Luísa comendo outras coisas durante uma festa em outro SRT. A partir daí, a cuidadora foi mudando o cardápio do almoço e observando o que a moradora comia. Atualmente, Luísa começou a comer arroz e feijão, o que impressionou suas irmãs, que afirmaram que *“ela sempre foi assim”*.

Em outra ocasião a estagiária vai com Luísa e outro morador comprar roupas. Segundo ela, há uma cobrança da família, pois até o momento a moradora usa roupas do hospital psiquiátrico. A estagiária observa que algumas vezes as irmãs trouxeram roupas que deixaram Luísa com uma aparência infantilizada. Antes de sair, de táxi, a estagiária combina com os moradores a programação e recomendações de segurança, como cuidado ao atravessar as ruas. A estagiária relata que, na primeira vez em que saiu de ônibus com Luísa, ela não quis descer. Também nesse dia, Luísa parou em uma lixeira e começou a comer o lixo. Já há um taxista que costuma transportar os moradores do SRT. A estagiária relata que os familiares dos moradores são acostumados com a *“estrutura assistencial do hospital, diferente da vida real, em que o morador precisa ir até o Centro de Saúde para se consultar”*. Diz, também, que os familiares cobram que os moradores sejam tratados com carinho, mas se esquecem de que *“carinho de família só eles podem dar, não podem ficar apenas no lugar de provedores”*.

Ao chegar à loja, a estagiária conta que, pelo fato de Luísa falar muito pouco, é difícil saber o que ela quer. Enquanto escolhe as roupas junto com Luísa, há uma preocupação da profissional em evitar roupas curtas ou saias, porque acredita que Luísa *“não se sentará comportadamente”*. Ao final, quem lida com o pagamento e o dinheiro é a estagiária. Ela conta que sempre dá a ideia de comprar itens de higiene corporal de presente para os moradores, para incentivá-los a tomar banho.

Quando leva os moradores ao Centro de Convivência, a cuidadora reveza quem irá, pois diz que *“não cabe mais gente no carro”*. Quando o táxi chega, ela tem dificuldades em convencer Luísa, que se recusa a entrar e acaba sendo conduzida. Na instituição, a cuidadora manifesta temor de que Luísa se perca na rua porque, no momento, o lugar estava sem porteiro.

Luísa foi inscrita na oficina de música, mas só vai para a sala quando é convidada por um profissional. Após algum tempo, Luísa conta que não gosta de música, e sim de brincar de boneca com a colega de quarto do SRT. Diz que não quer entrar na sala porque tem vergonha do oficineiro. Fala que gostava do hospital onde esteve internada, porque *“a enfermeira me dava café”*, mas não gosta da *“casa de convivência, porque não me dão sossego”*, se referido ao SRT. Diz, porém, que *“a enfermeira de lá é legal”*.

Luísa inicia seus primeiros passos após um longo período de internação, tendo ainda pouca compreensão dos serviços substitutivos, que ela ainda associa a elementos de sua rotina hospitalar. Ela coloca em uma posição delicada os profissionais envolvidos com o trabalho em saúde mental, pois personificam o desafio da complexificação da vida dos sujeitos. Enquanto são compelidos a manter uma postura de cuidado, devem atentar para a mera reprodução de práticas que acabam conduzindo a todos, profissionais e usuários, a uma cegueira em relação aos aspectos inéditos do cenário que se coloca para aqueles sujeitos (Saraceno, 1999).

Muitas vezes, a organização dos recursos disponibilizados pelos serviços manifesta uma reprodução de respostas, que não se adaptam à singularidade dos sujeitos que se inserem. A identidade do serviço é definida por essas atividades e os trabalhadores se organizam em torno dela, oferecendo uma gama limitada de recursos que não atende a todos os sujeitos. As saídas que as profissionais encontraram para a alimentação de Luísa e os cuidados com a higiene dos moradores mostram ideias interessantes, que fogem ao modelo de intervenção tradicional e homogeneizante da psiquiatria ou da psicologia (Amorim & Dimenstein, 2009), sendo capazes de uma modificação efetiva da realidade, na medida em que permitiram a emergência do sujeito, por exemplo, na escolha dos alimentos. Essa é a ideia de serviço que Saraceno (1999) considera como o conjunto de lugares comunicantes e recursos intercambiáveis, e a próprias ideias de permeabilidade e intervenção ampla contidas na proposta dos Centros de Convivência (Novaes, Zacché & Soares, 2008).

É interessante como há uma visão do espaço circunscrita ao SRT, para os familiares e alguns usuários, tanto no caso daqueles que iniciam agora sua experiência com os serviços substitutivos, quanto para os que já a vivenciam há muito tempo. O hospital psiquiátrico é visto como lugar amplo, que oferece maior possibilidade de circulação, enquanto a dimensão do espaço urbano oferecido pela vivência no SRT é ignorada em alguns momentos, e o foco se concentra apenas no espaço da casa. No caso de Luísa, o risco real representado pelo intenso movimento de carros na frente da casa e a opção pelo táxi como meio de transporte se colocam como barreiras entre o contato da moradora com o território, visto através do portão da casa ou da janela do automóvel. É possível observar como a prática dos trabalhadores tende a essa simplificação da vida dos sujeitos (Saraceno, 1999), e a escolha pela opção que traz mais praticidade e segurança é comum em diversas situações.

Os familiares, conforme observado, apresentam também grande dificuldade de compreensão do trabalho segundo essa outra lógica. A gratidão dos familiares aos hospitais psiquiátricos, por terem a possibilidade de se eximirem do cuidado com o louco, atinge na forma de críticas e desconfiança os serviços substitutivos (Saraceno, 1999). Por isso, é importante atentar para a pressão exercida por essas pessoas, que ainda não compreenderam por completo o trabalho segundo o paradigma da Atenção Psicossocial, e exigem dos novos serviços um cuidado integral, que aprisiona a vida dos sujeitos. Principalmente no caso dos SRTs, que têm como uma das premissas a interação com os familiares, e podem acabar, no fim das contas, tendo seu trabalho confundido com a desassistência.

4 DISCUSSÃO

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa, notou-se que, por diversas vezes, o lugar do pesquisador na observação era usado como ponto de denúncia ou desabafo, diferenciado dos técnicos dos serviços e que, por essa mesma razão,

possibilitou uma análise crítica das situações vivenciadas pelos sujeitos (Jaccoud & Mayer, 2008).

A escolha de participantes que se encontram inseridos em serviços substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial permitiu maior contato com o trabalho proposto e desenvolvido nesses locais, principalmente no que diz respeito à promoção de relações com o território e com a produção de modos singulares de vida para cada usuário. Foi possível perceber a existência de uma visão de rede que ainda permanece limitada aos serviços de saúde mental e, conseqüentemente, impõe certos limites à circulação dos sujeitos (Amorim & Dimenstein, 2009). Técnicos e familiares, em muitos momentos, fazem escolhas que refletem a resolução mais prática de determinada situação, e não a que promoveria maior autonomia do sujeito. Há uma dificuldade na compreensão do trabalho nesse sentido, e a prática que ainda tem sentido é a tutela exercida pela instituição psiquiátrica e reforçada pelo Estado (Foucault, 2008).

Por outro lado, vislumbrou-se a possibilidade de circulação pela cidade apontada em diversos momentos da observação, havendo, em alguns casos, diálogos não mediados por instituições públicas. Essa visão ampliada das relações sociais, que produzem novos *settings* para produção de subjetividade e cidadania, passa por uma desconstrução da formação dos técnicos e, por conseguinte, da mudança de paradigma dentro da saúde mental, que precisa levar mais em consideração a cidade que permeia os serviços e contém espaços que vão além da rede socioassistencial (Lancetti, 2008). Conforme observado, essa visão limitada do espaço social desses sujeitos permeia o universo tanto de familiares como de usuários, que surpreendentemente ainda apontam o hospital psiquiátrico como um local de maior possibilidade de circulação, enquanto os serviços são vistos como limitantes.

É essencial a continuidade dos estudos acerca dessa temática, que, como dito, é de grande importância para a continuidade do processo de reforma psiquiátrica. Seria interessante a compreensão das formas de apropriação do território de sujeitos que não estão inseridos em dispositivos como o Centro de Convivência e os SRTs, o

que não foi o alvo do presente estudo, mas contribuiria para melhor compreensão da temática.

REFERÊNCIAS

Abrão, J. A. A. (2010). Concepções de espaço geográfico e território. *Sociedade e Território*, (22)1, 46-64.

Amarante, P. (1995, jul./set.). *Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil*. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 11(3), 491-494.

Amorim, A. K. A. (2008). *O Serviço Residencial Terapêutico: cartografias de um híbrido no contexto da desinstitucionalização em saúde mental*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

Amorim, A. K. de M. A. & Dimenstein, M. (2009). Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 195-204. Recuperado em 06 de abril de 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100025&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1413-81232009000100025

Baptista, L. A. Dispositivo residencial e as máquinas do morar. (2005). In A. M. Jacó-Vilela, A. C. Cerezzo & H. B. C., Rodrigues (Orgs.). *4 Encontro Clio-Psyché – História e Memória*. Juiz de Fora, MG: Clioedel.

Costa-Rosa, A., Luzio, C. A. & Yasui, S. (2003). Atenção Psicossocial – rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In P. Amarante (Coord.). *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial* (pp. 13-44). Rio de Janeiro: Nau.

Ferreira Neto, J. L. (2004, jan./jun.). Processos de subjetivação e novos arranjos urbanos. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*, (16)1. Recuperado em 01º de setembro de 2010, de <http://www.uff.br/ichf/publicacoes/revista-psi-artigos/2004-1-Cap7.pdf>

Foucault, M. (2008). *Nascimento da biopolítica: curso dado no collège de France (1978-1979)*. (E. Brandão, trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Furtado, J. P. & Onocko Campos, R. (2005). A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Rev Latinoam. Psicopatol.* (8), 109-122.

Furtado, J. P. (2006, set.). Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Ciênc. Saúde Coletiva*, (11)3, 785-795.

Groulx, L.-H. (2008). Contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social. In Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R. & Pires, A. *A pesquisa qualitativa – enfoques epistemológicos e metodológicos* (pp. 95-127). Petrópolis, RJ: Vozes.

Lancetti, A. (2008). *Clínica peripatética* (3a ed.). São Paulo: HUCITEC

Lefebvre, H. (2006). *A produção do espaço* (D. B. Pereira & S. Martins, trad.). Paris: Éditions Anthropos.

Lima, M. A. D. S. (1999) A utilização d observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa em enfermagem. *R. Gaucha Enferm*, 20 (n. esp), 130-142.

Lobosque, A. M. (1997). *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: HUCITEC.

Novaes, A. P., Zacché, K. & Soares, Marta. (2008). Centros de Convivência: novos contornos na cidade. In: Nilo, K. et al. *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia* (pp. 161-167). Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde Mental.

Nilo, K. et al. (2008). *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde Mental.

Nunes, B. F. (2007). Notas sobre sociedades metropolitanas na era global. , *Cadernos PPg-FAU/FAUBA*, 5(1).

Jaccoud, M. & Mayer, R. (2008). A observação direta e a pesquisa qualitativa. In Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R. & Pires, A. *A pesquisa qualitativa – enfoques epistemológicos e metodológicos* (pp. 254-295). Petrópolis, RJ: Vozes.

Portaria n. 106. (2000, 11 de fevereiro). Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Recuperado em 16 de agosto, de http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=23119

Portaria n. 396. (2005, 7 de julho). Aprova as diretrizes gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS. Recuperado em 10 março de 2013, de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-396.htm>

Rancière, J. (1996). O dissenso. In A. Novaes (Org.). *A crise da razão* (pp. 367-382). São Paulo: Cia das Letras.

Romme, M. & Escher, S. (1997). *Na Companhia das Vozes. Para uma análise da experiência de ouvir vozes*. Editorial Estampa.

Santos, Milton. (1996). *A natureza do espaço. Técnica e tempo, razão e emoção*. Editora Hucitec, São Paulo.

Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial a cidadania possível*. Belo Horizonte: Te Cora.