

## HISTÓRIAS SOBRE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: A IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO EM SÃO PAULO NA PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

### *HISTORIES ABOUT DESINSTITUCIONALIZATION: THE IMPLEMENTATION OF A THERAPEUTIC RESIDENTIAL SERVICE IN SÃO PAULO FROM THE PERSPECTIVE OF HEALTH CARE PROFESSIONALS*

Noele Gonzaga de Souza<sup>1</sup> \* Paula Hayasi Pinho<sup>2</sup> \* Caroline Ballan<sup>3</sup>

#### RESUMO

Dentro da Rede de Atenção Psicossocial destaca-se o Serviço Residencial Terapêutico, uma das estratégias de desinstitucionalização para pessoas em longas internações psiquiátricas. **Objetivo:** Compreender a percepção dos profissionais de saúde acerca da implantação de um SRT em São Paulo. **Metodologia:** pesquisa descritiva e de abordagem qualitativa, realizada com nove sujeitos de quatro categorias profissionais inseridos no planejamento e implantação do SRT em estudo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e os dados foram analisados pela técnica de Análise Temática de Minayo. **Resultados:** O SRT é uma estratégia potente no que se refere à dignidade da pessoa humana, na devolução do direito básico à Liberdade, que permite o aparecimento da subjetividade do indivíduo no ambiente coletivo próprio, a troca de identidade, o aumento da autonomia e a ativação de desejos. Da análise emergiram as categorias empíricas: Processo de trabalho, Desinstitucionalização e Rede de Atenção Psicossocial. **Conclusão:** A partir do olhar das trabalhadoras e trabalhadores da saúde, para a implantação da SRT referida, a articulação e o fortalecimento do trabalho em Rede são primordiais no processo de desinstitucionalização. A instituição total está presente na vida desses sujeitos e é necessário que o funcionamento manicomial não ultrapasse os muros do hospital psiquiátrico.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Desinstitucionalização; Serviços Comunitários de Saúde Mental; Rede de Atenção Psicossocial; Liberdade.

#### ABSTRACT

Within the Psychosocial Care Network, the Residential Therapeutic Service was highlighted, which is a strategy of deinstitutionalizing graduates from long psychiatric hospitalizations. **Objective:** To understand the implementation of a Residential Therapeutic Service, in the city of São Paulo, from the perspective of professionals from the Health Care Network. **Methodology:** descriptive and qualitative approach, conducted with nine subjects from four professional categories inserted in the planning and implementation of the Therapeutic Residential Service under study. Semi-structured interviews were carried out. Data were analyzed using Minayo's Thematic Analysis technique. **Results:** Three empirical categories emerged: work process, deinstitutionalization and psychosocial care network. The Therapeutic Residential Service is powerful with regard to returning the basic right to a dignified life, which allows the appearance of the individual's subjectivity in the proper collective environment, the exchange of identity, the increase of autonomy and the activation of desires. **Conclusion:** From the perspective of the Network workers, the articulation and strengthening of the care network are essential in the deinstitutionalization process. The total institution is present in the lives of these subjects and it is necessary that the asylum functioning is not reproduced even outside the hospital walls.

**Keywords:** deinstitutionalization; residential therapeutic service; psychosocial care network; work process; liberty.

<sup>1</sup> Enfermeira Especialista em Saúde Mental pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil. Souza, N G. Email: noelegonzaga@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0632-4113>

<sup>2</sup> Doutora em Ciências e Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem da USP. Graduação em Psicologia pela Universidade Paulista. Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no Centro de Ciências da Saúde. Tem experiência na área de Psicologia Clínica, Gestão de Serviços de Saúde, Avaliação de Serviços de Saúde com ênfase em Reabilitação Psicossocial, Saúde Mental Comunitária, Desinstitucionalização e Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Pinho, P H. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8922-0699>

<sup>3</sup> Enfermeira; Doutoranda no Programa Interunidades em Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil. Ballan C.E-mail: [caroline.ballan@usp.br](mailto:caroline.ballan@usp.br) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8908-6669>

## INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica se iniciou no Brasil na década de 70, em conjunto com a Reforma Sanitária e com os movimentos sociais ligados à luta por Direitos Humanos. Referenciada principalmente pela Psiquiatria Democrática Italiana, pode ser caracterizada como um conjunto de ações coletivas e intersetoriais, que além de denunciar as violências e violações de direitos dentro dos manicômios, propõe a formulação do modelo de atenção à saúde mental de base territorial e comunitária. Movimento em busca da ruptura da assistência pautada no isolamento, na institucionalização e exclusão social para o paradigma ético, científico e político do cuidado em liberdade.<sup>(1)</sup>

A lei 10.216/2001 é o marco legal fundamental nesse processo, em seu Art. 5º, aponta para a definição de políticas específicas para desinstitucionalização, com alta planejada e reabilitação psicossocial assistida.<sup>(2)</sup>

Entendeu-se, que era necessária para a retomada da cidadania de direitos e reconstrução da singularidade e subjetividade das pessoas com problemas de saúde mental, uma rede de serviços substitutivos que possibilitasse o exercício da vida comunitária. Em 2011, através da Portaria GM/MS nº 3.088, é criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que estabelece pontos de atenção para o cuidado

de pessoas em sofrimento mental e em uso de crack e outras drogas.<sup>(3)</sup>

Sobre as estratégias de desinstitucionalização, que compõe a RAPS, no âmbito das políticas públicas, em 2003, com a Lei 10.708, foi instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas com transtornos mentais egressas de internações, parte integrante do programa “De Volta Para Casa”.<sup>(4)</sup> A portaria GM/MS nº 106/2000 institui os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Os SRT são caracterizados em duas modalidades, tipo I e tipo II e podem abrigar até 10 moradores, com a necessidade de profissional técnico de enfermagem na tipo II. Estes são “moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social”.<sup>(4)</sup> Têm como objetivo a moradia para resgate de autonomia, laços familiares, acesso a direitos, a partir do direito à cidade.<sup>(5)</sup>

Em 2012, foi firmado um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) – para garantir o direito sanitário da atenção em saúde mental de base territorial, em liberdade, para as pessoas moradoras das instituições asilares da região de Sorocaba,

considerado o maior polo manicomial do país. Esse TAC foi o primeiro tripartite no âmbito da saúde mental e abrange Sorocaba, Piedade e Salto de Pirapora, envolvendo sete hospitais no total. O termo define a finalização do repasse de verba do SUS para as instituições asilares particulares, e a responsabilização pelo resgate e construção da cidadania de direitos das pessoas então moradoras destes locais para os Pontos de atenção referenciados na RAPS. Devido aos anos de institucionalização, muitos haviam perdido o contato com a família ou não possuíam vínculo algum, para esses o Serviço Residencial Terapêutico foi a única chance de moradia e reinserção social.<sup>(6)</sup>

Porém, o SRT não é apenas uma solução de moradia, é um espaço de reconstrução e novas possibilidades: de laços, de afetos, de circulação e de poder de contratualidade. Muitos, devido aos anos de manicômio, perderam a essência/existência anterior à internação, as histórias de vida, os desejos, a subjetividade, a autonomia, as relações, os afetos, os vínculos e os papéis e lugares sociais, as identidades.<sup>(5)</sup>

Há consenso de que longas internações não têm função terapêutica e devem ser superadas com o cuidado em liberdade, com as Residências Terapêuticas, o Programa De Volta para Casa, entre outras estratégias de desinstitucionalização no SUS. A inclusão social é um processo complexo, deve ser protagonizado pelas pessoas, até

então excluídas e submetidas a tratamentos desumanos e degradantes por muitos anos, os profissionais da RAPS, a partir do apoio concreto e estruturado, pelo cuidado integral e em liberdade são co-responsáveis pelo processo de restituição e acesso a direitos.<sup>(5)</sup>

Até o final do ano de 2014, existiam 610 SRTs implantados no Brasil, sendo destes apenas 289 habilitados. Estimou-se um total de 3.475 pessoas em SRTs no país. No estado de São Paulo estavam habilitados 48 SRTs de um total de 179 em funcionamento, totalizando 331 moradores.<sup>(4)</sup> Um número de moradores pequenos, visto o número de leitos psiquiátricos em manicômios ainda existentes no Brasil, o que demonstra a necessidade de maiores investimentos para a continuação da ampliação desses serviços que compõem a RAPS. Este documento público de registro é o último Saúde Mental em Dados, publicado pelo Ministério da Saúde em 2015, que apontava a queda progressiva dos leitos psiquiátricos no Brasil.

São cerca de 19 mil leitos psiquiátricos no Brasil de 2019, comparados aos 100 mil leitos existentes na década de 1970 dimensiona um dos avanços da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A última atualização do dado nacional do número de pessoas em internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos é de 2011, com 9.947 pessoas institucionalizadas,

37% destas internadas há mais de um ano, 60% na região sudeste, região com maior concentração de leitos psiquiátricos do país. Dados que demonstram a necessidade de contínuo investimentos para a ampliação da estratégia de desinstitucionalização na RAPS.<sup>(7)</sup>

O capítulo dos retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental se instaura no Brasil a partir de 2016, a passos largos avança a partir de 2018, com o retorno ao paradigma psiquiátrico, do investimento na assistência de característica hospitalar/asilar, em contraposição aos serviços territoriais e a atenção psicossocial, na contramão de todas as recomendações internacionais sobre o direito das pessoas com problemas de saúde mental e do processo brasileiro de Desinstitucionalização.

Estudo recente mostra que o cuidado prestado pela enfermagem aos usuários com transtornos psíquicos, mesmo com a mudança de paradigma e redirecionamento para um cuidado biopsicossocial, é visto como algo bastante complexo, difícil e muitas vezes geradora de insegurança. Contudo, a enfermagem tem papel fundamental na construção do vínculo, investimento na autonomia, independência e singularidade dos sujeitos.<sup>(8)</sup>

Com isso, novas configurações de trabalho, propostas por profissionais implicados na luta pelos direitos das pessoas vulnerabilizadas, são necessárias para que

haja expansão de serviços como o SRT e ofertas de cuidado nessa perspectiva. Ainda, é observada escassez de produções científicas sobre o tema.<sup>(9)</sup>

Uma vez que profissionais de enfermagem atuam tanto na gestão, quanto na operacionalização do cuidado em SRTs, estudos e discussões como este são instrumentos fundamentais para a atualização e embasamento da assistência prestada.

Portanto, a partir dessa necessidade, este estudo teve como objetivo descrever e compreender a implantação de um SRT, pelo olhar dos gestores e trabalhadores dos Pontos de cuidado da RAPS, em uma Regional de Saúde do município de São Paulo.

## MÉTODO

Uma pesquisa descritiva com análise qualitativa dos dados coletados durante o ano de 2017. A escolha do SRT justifica-se pelo fato de ser uma estratégia de desinstitucionalização da RAPS e, ainda, devido a uma aproximação da pesquisadora, proporcionada pela prática no território da Residência Multiprofissional em Saúde Mental existente pelo “Termo de Cooperação Técnica, Didática e Científica” entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. As unidades de saúde da

Coordenadoria Regional de Saúde Oeste (CRSO) compõem o “Programa de Integração Ensino/Serviço”, contribuindo para a formação na graduação e pós-graduação.

Os participantes do estudo foram os trabalhadores dos serviços territoriais de referência envolvidos no processo de implantação do SRT, a saber: Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS), Unidade Básica de Saúde (UBS) e Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). Para um recorte amplo e diversificado, capaz de ser compreendido e responder aos objetivos da pesquisa, foram convidados para a entrevista, ao menos: 1 trabalhador da gestão direta, da CRSO, que tenha vivenciado o processo estudado; 1 trabalhador gestor do Centro de Atenção Psicossocial Adulto e 1 trabalhador gestor da Unidade Básica de Saúde; 2 trabalhadores técnicos do Centro de Atenção Psicossocial; 2 trabalhadores técnicos da Unidade Básica de Saúde; 2 trabalhadores residentes do programa de saúde mental da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Serão identificados como E1-E9.

Foram critérios de inclusão ter participado de alguma reunião técnica de planejamento da implantação do SRT e aceitar participar da pesquisa. As reuniões técnicas são consideradas essenciais para processos coletivos, pois determinam momentos de discussão, reflexão, articulação

e responsabilização acerca do objeto de estudo. O Serviço Residencial Terapêutico foi implantado em agosto de 2016 e o conteúdo das entrevistas são relacionadas ao período anterior a esta implantação, momento em que foram planejadas e executadas ações para que se efetivasse.

As entrevistas foram realizadas em seus locais de trabalho e gravadas em áudio digital pelo gravador IOS e, após a transcrição na íntegra pela pesquisadora foram apagadas. Ainda, os sujeitos do estudo, bem como o autor, assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como respaldos a eventuais situações.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada dividida em duas partes: Informações sociodemográficas/caracterização dos sujeitos e questões norteadoras referentes ao relato de participação no processo de implantação do SRT.

A análise dos dados foi realizada por meio da Análise Temática de Minayo, em três etapas: pré análise, exploração do material e tratamento dos resultados<sup>(10)</sup>. Da análise destes dados emergiram três categorias: processo de trabalho, desinstitucionalização e rede de atenção psicossocial. Para apresentação dos resultados, os entrevistados foram identificados pela letra E, seguidos do número correspondente à ordem da

entrevista. Em consonância com os pressupostos éticos, esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (CEP-EEUSP Parecer nº 2.340.077).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos entrevistados, haviam trabalhadores das categorias enfermeiro, médico, terapeuta ocupacional e psicólogo. Destes, 56% eram do sexo feminino. A média de idade foi de 39 anos. Para faixas etárias de 20-35 anos a representação foi de 44%, de 35-50 anos de 33%, enquanto para 50+ foi de 23%. Todos os entrevistados possuíam alguma especialização, porém apenas 44% em saúde mental ou psiquiatria. Ficou evidente na rotina as atribuições de cada entrevistado, sejam elas atividades de gestão ou de assistência, e que ao decorrer das entrevistas foi direcionado para suas participações no processo de implantação do SRT. O tratamento das entrevistas resultou em 3 categorias empíricas: Processo de trabalho, Desinstitucionalização e Rede de Atenção Psicossocial.

### *Processo de trabalho*

Pode ser chamado de processo de trabalho a forma como um indivíduo ou grupo realiza determinada tarefa. Ou seja, é um conjunto de ações, conduzidas por

agentes, de uma certa maneira sobre um objeto central, com determinados instrumentos tecnológicos e que visam um fim específico.<sup>(1)</sup> Neste caso, os agentes são os profissionais que trabalham na área da saúde, que utilizam as tecnologias em saúde mental, enquanto o objeto central é a institucionalização de moradores de dois hospitais psiquiátricos submetidos ao TAC, com a intenção final da implantação do SRT como processo de desinstitucionalização desses.

Dentre as estratégias de desinstitucionalização, componente VI da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), temos como alicerce os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta para Casa.<sup>(3)</sup> Entendemos que a RAPS deve funcionar de forma integrada e articulada entre os diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com problemas de saúde mental e/ou em uso de substâncias psicoativas. Partindo do pressuposto de que a rede funciona com base no trabalho das equipes/profissionais de saúde, entendemos que os trabalhadores são os operadores das políticas públicas.

Neste estudo, identificamos seis atores sociais no processo de implantação do SRT: trabalhadores da UBS, CAPS e Residência Multiprofissional, gestores da UBS, CAPS e Coordenadoria Regional de Saúde e a equipe de desinstitucionalização:

*“Participei como executor, naquele*

*momento de política pública, e outra como gestor do CAPS, que tinha como responsabilidade viabilizar, ajudar na organização da criação e desenvolvimento para ocupação da residência terapêutica” (E2)*

*“Fui para conhecer a demanda, como que estava... quanto tempo eles estavam lá... qual a necessidade principal deles para trazer para equipe, para gente se organizar e receber esses usuários” (E5)*

*“Eu participei de duas visitas específicas e de algumas reuniões de discussão de casos e de necessidades (...) a gente fez essa avaliação de prontuário, de ver o caso, de ver quem tinha família, quem tinha benefício, quem era curador.” (E7)*

*“Essa equipe (de desinstitucionalização) foi montada, e não tinha dinheiro para contratar, segundo o que a gente sabia. Por que que foi contratada? Não sei. A gente estava na gestão, mas a gente também não sabia de nada.” (E4)*

Pode-se observar que no processo de trabalho dos entrevistados há a descrição de atividades que se referem às rotinas desenvolvidas no cotidiano laboral como: atividades de gestão, de assistência e atividades estratégicas de desinstitucionalização. Cada um destes atores dos serviços territoriais que compõem a RAPS desempenha um papel específico no momento que se reúnem para discutir e planejar o processo de implantação do SRT:

*“Essa equipe ficou lá no hospital e trabalhava lá. Era uma equipe de*

*desinstitucionalização (...) como eles conviviam mais com as pessoas e conheciam melhor separaram alguns por vínculo.” (E1)*

*“Tinha reunião regular, por exemplo, na coordenadoria, mas a gente tinha atividades regulares nas supervisões (...) ou mais administrativa, respondendo e-mail, organizando vaga para curso, escrevendo relatório.” (E4)*

*“Diariamente, tinha atividades administrativas, e-mail e acompanhamento de indicadores, de metas, de processos, enfim. Mas acho uma grande parte também era de mediação de conflito, questões de RH.” (E3)*

*“Fico na convivência, vou atendendo algumas demandas de enfermagem, de paciente, de reunião de mini equipe e casa de novo.” (E7)*

Além dos agentes e das tecnologias em saúde, o processo de trabalho depende dos meios e das condições ao qual é submetido. Desse modo, pensando no processo de implantação deste serviço residencial terapêutico, os recursos humanos e financeiros são essenciais, e sem esses não é possível atingir o objetivo final. Entretanto, a ausência desses recursos foram ressaltados pelos entrevistados:

*“A dificuldade maior tinha a ver com o recurso para a montagem desses serviços, tanto com um número de acompanhantes, como a carga horária dos coordenadores” (E4)*

*“A gente começou a discutir de qual forma a equipe multi poderia suprir algumas necessidades que uma SRT com pacientes com essa alta complexidade teria” (E6)*

*“Um das coisas que estava travando o processo é que eles não conseguiram achar casa (...) tinha que custar até 4 mil o aluguel, tinha que ter um tamanho gigantesco, tinha que ser ‘num lugar específico’, tinha que ter tantos quartos” (E9)*

Enfatizamos que para além das necessidades estruturais e de organização do processo de trabalho, os profissionais que participam do processo de implantação dos SRT, devem estar atentos pois: “O serviço de reabilitação deve ser um lugar de produção de recursos não somente numéricos, mas primordialmente afetivos, na rede de relações dos pacientes. Esses recursos seriam os profissionais, os familiares e a comunidade (...)”.<sup>(12)</sup> Porém, o estudo mostra que essa é uma dificuldade, pois a rotatividade de trabalhadores desde a implantação do SRT é grande e a rotina de trabalho é intensa e não facilita as trocas afetivas.

*“Mal eles dão conta do básico, mal dão conta de dar banho, fazer a comida e limpar aquela casa imensa (...) É muita coisa para dar conta e aí não sobra nada nem de tempo e nem de afeto, de estofa emocional para você poder conviver com essas pessoas” (E8)*

*“A gente precisava conhecer muito*

*mais esses pacientes para poder eleger um perfil adequado de cuidador. Aí a prova da rotatividade de funcionários que tem nessa residência” (E7)*

A produção de trabalho em saúde interage a todo momento com os instrumentos, objetos e normas do processo de trabalho, por isso é chamado de “trabalho vivo em ato” – trabalho humano que é determinante para a produção do cuidado no momento em que está sendo realizado. A produção do cuidado, por sua vez, é marcada por “relações intercessoras”, resultantes das diversas trocas entre os trabalhadores e suas tecnologias, bem como com a intencionalidade final de atender às necessidades de saúde de um determinado indivíduo ou grupo. Estas relações intercessoras podem ser usadas para que o processo de trabalho em saúde seja mais focado nas tecnologias leves, consequentemente, mais criativas e livres.<sup>(11)</sup>

Uma vez que o processo de trabalho em saúde é coletivo, em equipes multiprofissionais, o trabalho de um é fundamental para que o trabalho do outro tenha sentido, pois são portadores da tecnologia leve.<sup>(11)</sup> Com isso, observamos que embora as atividades realizadas, bem como a participação efetiva no processo de implantação do SRT dos sujeitos da pesquisa, tenham sido diferentes, elas são fundamentalmente complementares para que

a finalidade se concretizasse.

A portaria que instituiu a RAPS em 2011, prevê que as equipes de saúde sejam compostas por profissionais diversos, focado no trabalho multiprofissional e consequente cuidado integral.<sup>(3)</sup> Ainda, a portaria nº2.840/2014 “*cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da RAPS, no âmbito do SUS, e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal*”, ou seja, equipes de desinstitucionalização são formadas e dentro suas competências, uma delas é “*articular recursos, instituições e pontos de atenção da RAPS no território para acolhimento, cuidado e reabilitação psicossocial das pessoas com internação de longa permanência, visando à desinstitucionalização(...)*”, território este ao qual pertenciam anteriormente à institucionalização ou possuam algum tipo de vínculo familiar.<sup>(13)</sup> Porém, o dados sugerem que embora exista a equipe de desinstitucionalização formalizada, esta não era articulada com os pontos de atenção da RAPS onde o SRT seria implantado, e que os únicos contatos realizados entre elas foram durante as visitas aos hospitais:

*“A equipe de ‘desinsti’ que estava lá disse que a lista que eles tinham feito era outra, não era essa que a secretaria tinha mandado (...) Eles não vinham para São Paulo para*

*participar das reuniões” (E1)*

Em relação aos recursos humanos do SRT a portaria nº 106/2000 bem como a 3.090/2011 mostram que o SRT tipo I, categoria que este SRT foi implantado em 2016, “*conta com um cuidador de referência (...) mediante a necessidade de cuidados de cada grupo de moradores, levando-se em consideração o número e nível de autonomia dos moradores*”. Ainda, o custeio mensal destinado à essa categoria de SRT é de R\$10.000,00 (dez mil reais), direcionando R\$8.000,00 (oito mil reais) para a moradia e R\$2.000,00 (dois mil reais) para recursos humanos.<sup>(4)</sup>

A discussão em torno da precariedade do trabalho aparece no município de São Paulo desde o Plano de Atendimento à Saúde, em 1995, esta se intensifica com a entrada das Organizações Sociais (OSSs) através dos contratos de gestão dos serviços públicos de saúde a partir de 2006. O que traz a reflexão de que o funcionamento dos serviços públicos, sob o regime de contrato de trabalho CLT, sem padrão nacional de fiscalização instituído, está intimamente ligado às problemáticas do processo de trabalho.<sup>(14)</sup>

Com isso, quando aparece a questão da rotatividade de profissionais, fica sugestivo relacionar à precarização do trabalho como produto da terceirização no SUS, isso expõe a falta de condições de

trabalho, que podem gerar bem-estar, satisfação na execução de tarefas e saúde do trabalhador, *“comprometendo o desempenho e a qualidade na execução das tarefas, gerando alta rotatividade e absenteísmo.”*<sup>(15)</sup>. Portanto, quando se fala de qualidade do cuidado em saúde mental, vínculo, processos, estamos falando também de estofo afetivo, teórico e prático e não execuções fragmentadas e automatizadas de atividades do processo de trabalho no cotidiano.<sup>(12)</sup>

### ***Desinstitucionalização***

Neste estudo a desinstitucionalização emerge como uma categoria nos relatos das visitas nos hospitais psiquiátricos, situações de abandono e falta de autonomia das pessoas, nos critérios de escolha das pessoas que seriam as moradoras do SRT em questão e nos ganhos que essas tiveram após a saída do manicômio, fortalecendo a importância do cuidado em rede, territorial, em liberdade.

As visitas aos hospitais foram realizadas pelos trabalhadores para que se conhecessem e ajudasse as pessoas a irem para o SRT que seria implantado no território. Além disso, durante as reuniões nos hospitais foram discutidos critérios de escolha dessas pessoas, baseados no pertencimento ao território anteriormente ou por vínculo familiar; bem como por vínculo entre eles - que em sua maioria eram

vínculos por sexo, porque os hospitais possuíam alas divididas entre femininas e masculinas; e pelo grau de dependência física e cognitiva desses sujeitos, e pela diversidade, para que a casa fizesse sentido para quem fosse morar lá.

*“Tinha sempre o prontuário da pessoa, com foto, com a história, o que ela conseguia fazer, tipo, no que ela era autônoma ou não. E aí a gente foi dividindo as pessoas desse jeito.”* (E1)

*“Esse era um critério. Pessoas que nos registros elas eram tidas como moradores ou tendo familiares que moravam no território.”* (E2)

*“E aí conhecemos mais algumas pessoas e tentamos fechar um perfil, uma lista mais ou menos equilibrada.”* (E8)

O processo de desinstitucionalização das pessoas com história de longas internações psiquiátricas se fortalece a partir de 2002, através do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares - PNASH/Psiquiatria, estabelecido pela Portaria nº 251/GM, em 31 de janeiro de 2002, responsável pelo fechamento de dezenas de leitos inapropriados para o cuidado em saúde. Com isso, a implementação e o direcionamento de recursos financeiros para os Serviços Residenciais Terapêuticos são decisivos para efetividade da política nacional de saúde mental e a superação do modelo de cuidado

centrado o hospital psiquiátrico.<sup>(16)</sup>

As questões relacionadas à falta de autonomia foram bastante discutidas, pensando em um SRT tipo I isso apareceu como uma dificuldade no processo. Foram as últimas pessoas a saírem dos hospitais, a maioria institucionalizada há anos, desde a infância, as marcas do manicômio eram fortemente vividas.

*“Além dos problemas psiquiátricos, tinham alguns com problemas cognitivos e tinham uma certa dependência um pouco maior e que isso seria um grande complicador.”* (E6)

*“A maioria era com transtorno mental, social, e alguma coisa neurológica, bem comprometido, a maioria bem comprometida, alguns não falam e alguns são acamados.”* (E7)

*“Parece que foi tarde demais, que as pessoas não tinham mais a condição de ter esse núcleo que eles poderiam ter de convivência.”* (E3)

*“O manicômio é isso, é um lugar de abandono, é um lugar excludente, é um lugar de troca zero, é um lugar que mata as pessoas.”* (E4)

Além disso, o funcionamento manicomial aparece durante as visitas aos hospitais, seja pelo não acesso às pessoas ou aos seus documentos pessoais quando estes existiam, como também na falta de cuidado durante o planejamento da saída das pessoas do hospital. Conforme trechos abaixo:

*“A gente foi recebida, mas a gente não pode entrar, na real, a gente ficou em uma salinha na recepção. A recepção tinha uma salinha tipo de consultórios pequenininhos. (...) . A equipe não dava muitas informações, mostravam os prontuários que tinham poucas informações mesmo”* (E8)

*“Faltava muita informação e a gente não teve acesso ao local. A gente ficou em uma salinha e a gente não podia passar daquela salinha”* (E5)

*“A gente tem que tomar um cuidado com o distanciamento e com o conforto que fica às vezes quando a gente está fazendo um processo que deve ser mais urgente para a parte das pessoas envolvidas. Porque as pessoas estavam no hospital em uma situação muito ruim, e as equipes que estavam envolvidas com isso marcavam a reunião para daqui muito tempo e pareciam que estavam confortáveis com isso”* (E9)

*“Mas tem que fazer mais devagar por causa das pessoas, deixa elas virem conhecer a casa, deixa elas...’, não. Tem que vir em tal dia, vai ser tal dia, o carro já está marcado e elas vão vir (...) Podia ser mais cuidado. Mas vinham essas ordens meio que de cima que tinha que acatar (...) Não teve nenhuma transição em nenhum dos sentidos”* (E1)

Observou-se que as práticas de caráter asilar, que Goffman relaciona com a instituição total, neste caso, o hospital psiquiátrico, vai além dos muros, refletindo inclusive nas reuniões em que eram propostas para a implantação do SRT. Nas práticas asilares, o sujeito perde sua

identidade, sua particularidade, seu papel social, suprime a “concepção de si mesmo” – ocorre a “mortificação do eu”.<sup>(17)</sup>

A transição do espaço completamente fechado e tutelado, para o SRT, exige uma ética clínica que respeite a singularidade de cada pessoa, não podendo restringir-se ao burocrático autoritário. Trata-se de uma preparação longitudinal e gradual dessas pessoas para fora dos muros asilares.<sup>(5)</sup>

O poder contratual dos sujeitos em sofrimento psíquico, segundo Saraceno, tem potencial de fortalecimento sobre três eixos: habitat, rede social e trabalho. Tratamos o habitar não só como a moradia física e concreta, mas também como a apropriação do sujeito pelo espaço que agora é dele, das possibilidades de relações com o lugar, ativação de desejos, surgimento de afetos.<sup>(12)</sup>

O estudo mostra passagens que elucidam novas possibilidades, como as trocas de identidade, o surgimento de desejos e a crescente autonomia como superação dos anos de institucionalização e o resgate da cidadania de direitos como um objetivo principal:

*“É eles pensarem para ter autonomia para decidir o que quer fazer ou não, tanto que é quando a gente vai eles dizem “Ah, eu quero isso” e a gente acaba respeitando, porque é uma casa”* (E5)

*“Teve uma moradora especificamente que veio como*

*acamada, quando ela chegou, ela super rodava a casa inteira. Ela não subia escada, mas, do jeito dela, ela ia caminhando para onde podia”* (E1)

*“É bonito que nos últimos encontros do futebol, ele ficou parado, olhando o jogo acontecer encostado num canto da quadra com a mão na cabeça e parado assistindo. E no dia seguinte, paras estagiárias de TO que estavam na casa, ele falou ‘Carro, bola, bola, carro’, tipo ‘Quero ir para lá de novo’, entendeu?”* (E8)

*“Enfim, o lugar faz as pessoas. Se você pode oferecer uma outra coisa, outras coisas aparecem, se você pode oferecer oportunidade da pessoa se mexer, ela pode se mexer, andar, falar, sei lá.”* (E4)

Os Serviços Residenciais Terapêuticos possibilitam a moradia na comunidade. Estar na cidade, em um bairro, em uma casa, desafio para as pessoas moradoras do SRT e para as equipes de saúde mental, pois o desconhecimento da comunidade em relação aos objetivos e funcionamento do SRT, permeadas pelo estigma e preconceito que a loucura carrega, traz dificuldades para a inserção social e a vida comunitária. Ainda assim, a liberdade é terapêutica e o SRT, como estratégia de desinstitucionalização, “é lugar de produção de vida, de sentido, de sociabilidade, de convivência dispersa. E por isso, a festa, a comunidade difusa, a reconversão contínua dos recursos institucionais, e por isso a

solidariedade e afetividade se tornarão momentos e objetos centrais na economia terapêutica (que é economia política) que está inevitavelmente na articulação entre materialidade do espaço institucional e potencialidade dos recursos subjetivos”<sup>(18)</sup>

A Reforma Psiquiátrica brasileira, processo social complexo, é caracterizada por quatro dimensões: a jurídico-política, a epistemológica, a técnico-assistencial, e a sociocultural<sup>(1)</sup>. Entendemos que ao trabalhar no SRT, os profissionais da saúde precisam operar sobretudo na dimensão sociocultural, transformando o imaginário social sobre a loucura, por meio de ações culturais e artísticas produzidas pelos atores sociais do campo psicossocial e de redes intersetoriais.

Com isso, embora seja chamado de “serviço” residencial terapêutico, este deve funcionar como uma casa, com significado, afeto e sentido no habitar, em que se possa compartilhar vivências cotidianas, positivas e negativas. Um lugar que estimule o processo de reapropriação pessoal das dimensões real e simbólica, não só do espaço, mas também do corpo, do uso dos objetos e utensílios, da relação com a comida, lugar de produção da subjetividade e fortalecimento da rede social, onde se possa criar vínculos e afeto. Pois, é essa rede social, que conforme se estrutura, dá espaço para a existência identitária das pessoas.<sup>(19)</sup>

Ainda que não esteja institucionalizado, o sujeito em sofrimento

psíquico permanece excluído devido a lógica manicomial que ultrapassa os muros do manicômio, portanto estar na comunidade não é garantia de desinstitucionalização. A lógica manicomial atravessa o campo social e é reproduzida em toda e qualquer instituição social, sendo ela fechada ou não.<sup>(19)</sup>

*“Alguns moradores se comportavam de um jeito inadequado para a rua. É um enfrentamento, mas que eu acho que a gente ganha de enfrentar. Enfrentar, mesmo.”* (E4)

*“Quando some um da casa, eu fico pensando como que fica os vizinhos pensando ‘Meu Deus, esse louco está solto, e eu vou ficar aqui correndo risco’. Tem isso também.”* (E3)

*“Tem essa dificuldade do próprio profissional que está lá, de saber que aquilo é uma casa, não só um serviço que está um ali para cuidar.”* (E5)

*“Não basta você abrir uma residência terapêutica para desinstitucionalização acontecer. Tem todo um aparato montado, vários entraves, vários obstáculos, que a gente tem que, cotidianamente, tentar enfrentar”* (E8)

O preconceito relacionado ao estigma que as pessoas com problemas de saúde mental carregam, está internalizado em nossa cultura e no imaginário social. É uma tarefa de desconstrução da relação que a sociedade estabeleceu com a loucura, que está centralizada no modelo excludente e asilar como único lugar possível para o que é

considerado desvio e anormalidade.<sup>(19)</sup> “Os encontros com a cidade são potentes para a desconstrução da lógica manicomial, a partir das diversas formas de expressão de vida que o cotidiano permite desenvolver, espaços de solidariedade, sociabilidade e convívio com a diferença”.<sup>(19)</sup>

### **Rede de Atenção Psicossocial**

A RAPS, instituída pela portaria 3.088/2011, preenchida por seus equipamentos de saúde e respectivos trabalhadores, é afirmada neste estudo como a estrutura necessária para que o eixo da desinstitucionalização, na implantação dos SRTs, aconteça de maneira democrática. É fundamental a coresponsabilização dos trabalhadores da RAPS para a resistência da política nacional de saúde mental antimanicomial. O trabalho é enriquecido e torna-se mais complexo, a centralidade do trabalho no campo psicossocial é nas equipes multiprofissionais, o que reforça a necessidade da formação ancorada na reabilitação psicossocial para cidadania, condições como a educação permanente dos profissionais que integram a rede aparece como uma necessidade:

*“A própria constituição da rede de saúde com pessoas que, além da saúde mental, tem outros problemas de saúde, precisam de recursos de saúde, de várias ordens e tal, e*

*muitas vezes você tem dificuldade numa determinada região para mobilizar os recursos necessários para dar um acompanhamento integral para aquelas pessoas” (E2)*

*“Meu desejo, era de estruturar meu cuidado e que fosse complementar entre toda a rede, que a gente pudesse realmente cuidar dessas pessoas de fato” (E3)*

*“A gente esperava o quê? Que a UBS se envolvesse mais mesmo. E se envolveu. Que o CAPS também se apropriasse mais da residência como um projeto extensivo ao CAPS. Não é uma coisa que ‘Quando dá’. Não, não é quando dá” (E4)*

*“Normalmente, quando você vai numa reunião externa de rede, você fala “Ah, porque eu tenho uma SRT...” e todo mundo faz cara de interrogação, porque não entende, não sabe o que é, nunca viu, não sabe nem da existência” (E6)*

*“A rede deveria conseguir responder, ajudar. E é uma rede ainda frágil, que a gente vem tentando construir, vem tentando fortalecer, mas é muito frágil” (E8)*

Como dito anteriormente, a RAPS é formada por sete eixos, dentre eles, o eixo de desinstitucionalização composto pelo SRT, a Atenção Básica em Saúde e o Centro de Atenção Psicossocial, e é no território ocupado pela lógica do cuidado em liberdade, que se faz a produção coletiva da vida, na relação social. “O deslocamento da equipe de um serviço organizado e formalizado para o local de produção de saberes e práticas comunitárias promove a

*territorialização, importante no processo de inclusão social.*”<sup>(20)</sup>

Partindo do pressuposto que saúde vai além da ausência de doença, os autores ressaltam a necessidade do trabalho na perspectiva da intersetorialidade. É por meio da intersetorialidade que se tornam possíveis trocas e interações, bem como a tentativa de suprir as necessidades de saúde das pessoas. É necessária a responsabilidade e a organização dos serviços territoriais, sejam eles da saúde ou não, para interação e participação da vida da comunidade pelas pessoas moradoras no SRT.

Ressalta-se que é imprescindível o diálogo entre o eixo da atenção primária em saúde e da atenção estratégica, pois embora seja pressuposto que o SRT esteja em um território onde haja cobertura do CAPS, a atenção básica em saúde é a porta de entrada do SUS, reconhecida por sua capilaridade, em estar onde a vida acontece, muito possivelmente através da qual surgirão as demandas de saúde mental.<sup>(20)</sup>

As ações da estratégia de saúde da família (ESF) na atenção básica, vinculadas ao território e às demandas da comunidade em que se insere, promovem a percepção da integralidade dos indivíduos na busca de maior resolutividade para as demandas em saúde, constituindo a incorporação de determinantes sociais, políticos, econômicos, espirituais na complexidade das práticas de

saúde. No cotidiano dessas ações desenvolvidas na proximidade da população, emergem os problemas em saúde mental.<sup>(20)</sup>

Para a funcionalidade da rede, a parceria entre as equipes da atenção básica, da atenção estratégica e da desinstitucionalização precisa existir. Nessa parceria se torna possível a produção de trocas e saberes, pois é na experiência do trabalho conjunto, em reuniões de matriciamento, no cuidado compartilhado, que as equipes poderão promover equidade e integralidade na atenção em saúde.<sup>(20)</sup>

Com isso, para um cuidado humanizado é necessário acolher as pessoas, escuta-las, e construir junto o melhor encaminhamento possível, *“reconhecendo o papel que o seu território possui nesse processo, norteia uma relação importante e estratégica na articulação dessa rede, tanto no cumprimento do cuidado e da atenção em saúde mental, como na produção e regularização da rede de serviços de saúde”*.<sup>(19)</sup> Portanto, o trabalho em rede, entre os eixos da RAPS é necessário para que seja possível um caminho que visa o fortalecimento da rede social das pessoas moradoras do SRT na comunidade, bem como a autonomia nas práticas cotidianas.

O paradigma psicossocial tem como objetivo a inclusão social pelo acesso e garantia dos direitos humanos, que torna-se possibilidade com o trabalho em rede, na e

pela RAPS. O paradigma psicossocial pode ser entendido como oposto do paradigma psiquiátrico. Enquanto o segundo tem como seu foco a doença e objetiva a remissão dos sintomas, com espaço de atuação isolado no hospital psiquiátrico/manicômio, o primeiro tem como objeto as pessoas atravessadas pelos determinantes sociais de saúde e tem sua prática direcionada para o acompanhamento das necessidades de vida, em liberdade.<sup>(21)</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos relatos dos profissionais atuantes no processo de implantação deste SRT, é entendido que o Serviço Residencial Terapêutico é potente no que se refere à devolução do direito básico à dignidade, espaço que permite o aparecimento da subjetividade do indivíduo no ambiente coletivo e social, a troca de identidade, o aumento da autonomia e a ativação de desejos, na perspectiva da liberdade.

Com isso, este estudo identificou que a articulação e o fortalecimento da rede de cuidados são essenciais no processo de desinstitucionalização, uma vez que o processo de trabalho em saúde é vivo e a ação de um trabalhador só faz sentido em parceria com a ação de outro. A instituição total está presente na vida dessas pessoas e é necessário que o funcionamento manicomial não seja reproduzido fora dos muros

hospitalares. Estar na comunidade é enfrentar, e dever enfrentar, o preconceito sobre o estigma que a loucura carrega.

Este estudo afirma-se em defesa das redes substitutivas ao hospital psiquiátrico, no posicionamento ético, técnico e político de que as equipes de saúde mental devem atuar onde a vida acontece, os onde as pessoas moram e habitam, nos territórios de existência. E assim, se fazem necessários momentos de encontro e trocas de saberes entre a rede de cuidado e as pessoas com questões em saúde mental e moradoras dos SRTs.

O processo de implantação de um SRT ultrapassa reuniões técnicas de planejamento e visitas aos hospitais. Ele se dá conjuntamente entre todos envolvidos e responsáveis nos processos de desinstitucionalização.

## REFERÊNCIAS

1. Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
2. Lei n10.216 de 06 de abril de 2001 [acesso em 18 de janeiro de 2018] Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [portaria na internet]. Diário Oficial da União 21 de maio de 2013 [acesso em 18 de janeiro de 2018]; Seção 1:

- 37-8. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental em dados – 12 [informativo na internet]. Brasília (DF); outubro de 2015 [acesso em 11 de dezembro de 2017]; 10(12). Disponível em: [http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf)
5. Marcos CM. A reinvenção do cotidiano e a clínica possível nos "serviços residenciais terapêuticos" [artigo na internet]. Psyche; julho-dezembro de 2014 [acesso em 18 de março de 2018]; 8(14): 179-90. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-11382004000200012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382004000200012)
6. Ministério Público do Estado de São Paulo. Núcleo de Comunicação Social. MP e governos firmam TAC para garantir tratamento adequado a pacientes psiquiátricos da região de Sorocaba [notícia na internet]. São Paulo: [2012] [acesso em 09 de fevereiro de 2017]. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/publicacao\\_noticias/2012/dezembro\\_2012/MP%20e%20governos%20firmam%20TAC%20para%20garantir%20tratamento%20adequado%20a%20pacientes%20psiqui%C3%A1tricos%20da%20regi%C3%A3o%20de%20Sorocaba.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/publicacao_noticias/2012/dezembro_2012/MP%20e%20governos%20firmam%20TAC%20para%20garantir%20tratamento%20adequado%20a%20pacientes%20psiqui%C3%A1tricos%20da%20regi%C3%A3o%20de%20Sorocaba.pdf)
7. Conselho Federal de Psicologia (Brasil). Relatório de inspeções : 2018 / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. — 1. ed. — Brasília : CFP, 2019. [acesso em 28 de fevereiro de 2021] Disponível em [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/549.3\\_Iy\\_RelatorioInspecaoHospPsiq-ContraCapa-Final\\_v2Web.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/549.3_Iy_RelatorioInspecaoHospPsiq-ContraCapa-Final_v2Web.pdf)
8. Santos LR, Bezerra MLR, Araújo AHIM, Oliveira TMG, Leonhardt V. Percepções de enfermeiros no cuidado aos pacientes com transtornos psicóticos. Revista Enfermagem Atual In Derme, p. 195 - 205, 29 de junho de 2020. Acesso em 10 de junho de 2021. Disponível em <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/666/658>
9. Salado CJS, O Processo de Trabalho de Cuidadores em Serviços Residenciais Terapêuticos: Revisão de Escopo. Dissertação USP. São Paulo, 2019. [Acesso em 10 de junho de 2021] Disponível em: [https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-22022021-130442/publico/Carolina\\_JS\\_Salado.pdf](https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-22022021-130442/publico/Carolina_JS_Salado.pdf)
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010
11. Merhy EE, Franco TB. Trabalho em Saúde [publicação na internet]. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; [c2009] [acesso em 10 de junho de 2021]. <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/23/Trabalho-em-Saude-Merhy--Franco.pdf>
12. Lussi IAO, Pereira MAO, Pereira Junior A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? [artigo na internet]. Rev Latino-am Enfermagem; maio-junho de 2006 [acesso em 10 de março de 2018]; 14(3):448-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a21.pdf>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.840, de 29 de dezembro de 2014. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal [portaria na internet]. Diário Oficial da União 30 de dezembro 2014 [acesso em 19 de março de 2018]; Seção 1: 54. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840\\_29\\_12\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html)
14. Travagin LB. O avanço do capital na

saúde: um olhar crítico às Organizações Sociais de Saúde\*. *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, V. 41, N. 115, P. 995-1006, OUT-DEZ 2017. [acesso em 10 de março de 2021]. <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2017.v41n115/995-1006/pt>

15. Ferreira CAA, Vasconcelos FCW, Goulart IB, Ituassu CT. A qualidade de vida no trabalho: uma visão crítica dos trabalhadores da saúde mental [artigo na internet]. *Revista Eletrônica FAFIT/FACIC*; julho de 2015 [acesso em 18 de março de 2018]; 6(2):13-30. Disponível em: <http://www.fafit.com.br/revista/index.php/fafit/article/viewFile/134/75>

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil [documento na internet]. In: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas; 7-10 de novembro de 2005 [acesso em 18 de março de 2018]; Brasília (DF). Brasília: OPAS; 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)

17. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 7ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

18. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: Nicácio F (org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Editora Hucitec; 2001.

19. Argiles CTL, Kantorski LP, Willrich JQ, Antonacci MH, Coimbra VCC. Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico [artigo na internet]. *SciELO*; 16 de julho de 2012 [acesso em 18 de março de 2018]. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2013.v18n7/2049-2058/pt>

20. Schneider ARS. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre

a atenção primária e os serviços de saúde mental [artigo na internet]. *Revista Ciência e Saúde*; julho-dezembro de 2009 [acesso em 18 de março de 2018]; 2(2):78-84. Disponível em:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/4843>

21. Leão A, Barros S. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde Sociedade São Paulo*, v. 21, n. 3, p. 572-586, 2012.

**Submissão:** 2021-03-16

**Aprovado:** 2021-06-12