
**ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS
ESPECIALIZAÇÃO EM POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Tatiane Silva Ferreira

**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DE HÁBITOS E HABITAÇÕES: um desafio para
todos nós.**

Belo Horizonte

2025

F383d

Ferreira, Tatiane Silva.

Desinstitucionalização de hábitos e habitações: um desafio para todos nós.
/ Tatiane Silva Ferreira. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2025.

23 f.

Orientador(a): Rinaldo Conde Bueno.

Artigo Científico (Especialização) em Políticas de Saúde Mental e
Atenção Psicossocial.

Inclui bibliografia.

1. Desinstitucionalização. 2. Reforma Psiquiátrica. 3. Serviço Residencial
Terapêutico. 4. Rede e Saúde Mental. I. Bueno, Rinaldo Conde. II. Escola de
Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WM 30

**ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS
ESPECIALIZAÇÃO EM POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

TATIANE SILVA FERREIRA

**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DE HÁBITOS E HABITAÇÕES: um desafio para
todos nós.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Pós-graduação *lato sensu* – Especialização
em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial,
como requisito obrigatório e parcial para obtenção do
título de especialista.

Orientador: Dr. Rinaldo Conde Bueno

Belo Horizonte

2025

Tatiane Silva Ferreira

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DE HÁBITOS E HABITAÇÕES: um desafio para todos
nós.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Pós-graduação *lato sensu* –
Especialização em Políticas de Saúde Mental e
Atenção Psicossocial, como requisito
obrigatório e parcial para obtenção do título de
especialista.

Banca Examinadora

Me. Alessandra Rios de Faria
Escola de Saúde de Minas Gerais

Esp. Polliana A. Prandini de Assis
Especialista em Saúde Mental e Políticas Públicas - Centro Universitário UNIFAAT

Orientador: Dr. Rinaldo Conde Bueno
Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
Doutor em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte

2025

Dedico esse trabalho ao meu amigo,
companheiro e marido, Pedro Lucio, por
acreditar que tudo que seria possível, sempre
compreensivo e apoiador.
À minha amada Vó Celma (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus por me permitir concluir esta especialização.

À minha família (pai e mãe), a qual me ensinou a ser persistente em meus ideais e sempre fortaleceu a minha decisão.

Ao meu orientador Rinaldo Conde, por possibilitar que eu continuasse com esse tema, contribuindo com suporte literário, e sugestões a caminhos que deveria percorrer com a minha escrita.

Aos moradores da Residência de Peçanha que me ensinaram a ser empática e encontrar motivos para lutar por uma sociedade igualitária e antimanicomial, proporcionando diariamente aprendizados, trocas e confiabilidade.

Aos meus colegas de trabalho, Jeane e Marco Aurélio que me apoiaram e contribuíram diariamente para meu crescimento profissional, escutando e compreendo todos os ensinamentos que trazia de cada disciplina.

Não posso deixar de agradecer aos colegas da especialização, Dandara, Tatiane Marques e Leonardo que sempre compartilharam conhecimentos relacionados às demandas existentes no seu território e me deram grande suporte em cada experiência vivida, além de me suportar nesta aventura, ficando quase loucos quanto eu, mas me fizeram entender ainda mais o valor do caos e desordem.

Uma fábula oriental conta a história de um homem em cuja boca, enquanto ele dormia, entrou uma serpente. A serpente chegou ao seu estômago, onde se alojou e onde passou a impor ao homem a sua vontade, privando-o assim da liberdade. O homem estava à mercê da serpente: já não se pertencia. Até que uma manhã o homem sente que a serpente havia partido e que era livre de novo. Então dá-se conta de que não sabe o que fazer da sua liberdade: 'No longo período de domínio absoluto da serpente, ele se habituara de tal maneira a submeter à vontade dela a sua vontade, aos desejos dela os seus desejos e aos impulsos dela os seus impulsos, que havia perdido a capacidade de desejar, de tender para qualquer coisa e de agir autonomamente.' 'Em vez de liberdade ele encontrara o vazio', porque 'junto com a serpente saíra a sua nova essência, adquirida no cativeiro', e não lhe restava mais do que reconquistar pouco a pouco o antigo conteúdo humano de sua vida.

(Basaglia, 1985, p.132).

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica no Brasil visa a desinstitucionalização de pacientes em hospitais psiquiátricos para reabilitação psicossocial. A pesquisa busca problematizar o processo de desinstitucionalização de moradores de uma entidade que tem como pretensão servir de abrigo a pessoas com extrema vulnerabilidade psíquica e social. O estudo tem como objetivo apresentar os principais aspectos da desinstitucionalização ocorrida no Brasil, destacar a política de reinserção social dos pacientes, acesso a serviços de saúde mental e relatar o pretendido processo de desinstitucionalização ocorrido em Santa Maria do Suaçuí, Minas Gerais. Neste artigo é desenvolvida uma revisão bibliográfica, buscando embasamento teórico consistente sobre desinstitucionalização, rede de saúde mental e reinserção social. A maioria dos trabalhos pesquisados indicou que a institucionalização implica a existência de serviços comunitários com diversos níveis de atenção e requer a presença de profissionais qualificados e programas de reabilitação efetivos. Trata-se de abordar a Associação Beneficente Cônego Lafayette – ABCOL em Santa Maria do Suaçuí, cujas pessoas com transtorno mental eram mantidas em privação de liberdade, passando por diversas violações de direitos. Contudo, é possível verificar a necessidade de implantação de políticas públicas que possam contribuir para a continuidade da luta antimanicomial e para não comprometer a eficácia dos serviços e gerar insegurança tanto para os profissionais quanto para os usuários.

Palavras-chave: Desinstitucionalização; Reforma Psiquiátrica; Serviço Residencial Terapêutico, Rede e Saúde Mental.

ABSTRACT

The Psychiatric Reform in Brazil aims to deinstitutionalize patients in psychiatric hospitals for psychosocial rehabilitation. This research aims to problematize the process of deinstitutionalization of residents of an institution that aims to serve as a shelter for people with extreme psychological and social vulnerability. The study aims to present the main aspects of deinstitutionalization that occurred in Brazil, highlight the policy of social reintegration of patients, access to mental health services and report the intended process of deinstitutionalization that occurred in Santa Maria do Suaçuí, Minas Gerais. This article develops a literature review, seeking a consistent theoretical basis on deinstitutionalization, mental health network and social reintegration. Most of the researched works indicated that institutionalization implies the existence of community services with different levels of care and requires the presence of qualified professionals and effective rehabilitation programs. This involves addressing the Associação Beneficente Cônego Lafayette – ABCOL in Santa Maria do Suaçuí, where people with mental disorders were kept in deprivation of liberty, suffering several rights violations. However, it is necessary to implement public policies that can contribute to the continuity of the anti-asylum struggle and to avoid compromising the effectiveness of services and creating insecurity for both professionals and users.

Keywords: Deinstitutionalization; Psychiatric Reform; Therapeutic Residential Service; Mental Health Network.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ABCOL	Associação Beneficente Cônego Lafayette
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
MPMG	Ministério Público de Minas Gerais
PVC	Programa de Volta Para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAIPS	Sistema de Apoio à Implantação de Política em Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REFORMA PSIQUIATRICA BRASILEIRA E O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	11
3 REINSERÇÃO SOCIAL E ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE.....	13
4 PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO - TRANSIÇÃO DE SANTA MARIA DO SUAÇUÍ- MG PARA PEÇANHA	15
5 SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO	18
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DE HÁBITOS E HABITAÇÕES: UM DESAFIO PARA TODOS NÓS.

1. INTRODUÇÃO

A desinstitucionalização no Brasil é um processo que visa reformular a assistência a indivíduos com transtornos mentais, buscando substituir os manicômios por uma abordagem mais humanizada e centrada na comunidade. Esse movimento começou a se fortalecer na década de 1970, em consonância com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, que propunham o fechamento gradual dos manicômios, promovendo cuidados em liberdade, além de substituir internações compulsórias por cuidados com foco na reintegração social do paciente. Historicamente, os hospitais psiquiátricos eram vistos como locais de confinamento e maus-tratos, onde os pacientes eram tratados como “doentes” e frequentemente submetidos a práticas desumanizadoras. Como observado por Amarante (2007, p.22), “os hospitais foram inicialmente criados na Idade Média como instituições de caridade, destinadas a oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes”.

Importante ressaltar que a desinstitucionalização busca romper com esse paradigma, promovendo a transição do cuidado em saúde mental de instituições fechadas para serviços comunitários e territoriais. O que antes era posto em isolamento, de forma violenta e segregativa, passa a ser um cuidado específico nos momentos de crise e um processo de reinserção social visando três eixos fundamentais de existência do sujeito, como nos aponta Saraceno (1996): Morar, trabalhar e ter uma rede de relações sociais. Tudo isso de forma realista, formalmente acessível. Ou seja, acontecimentos que possam favorecer o acesso à cidadania e ao gozo pleno dos direitos civis destas pessoas. Neste ínterim, nos interessa aqui pautar mais especificamente sobre o “morar”, situação básica e indispensável para propormos o movimento de desinstitucionalização em pleno funcionamento. Este estudo visa compreender e analisar os impactos dessa transição, do isolamento/asilamento à moradia digna, considerando as experiências e dificuldades enfrentadas pelos institucionalizados da Associação Beneficente Cônego Lafayette (ABCOL). Além disso, a pesquisa contribuirá para o desenvolvimento de conhecimento e fundamentação teórica sobre o tema, preenchendo lacunas na literatura existente.

Nos municípios de pequeno porte onde os recursos são limitados e apresentam

negligências por falta de conhecimento técnico dos trabalhadores e gestores, a implementação desse modelo de serviço enfrenta desafios específicos.

A desinstitucionalização não deve ser encarada apenas como uma mudança estrutural nos serviços de saúde, mas sim como um compromisso contínuo com práticas inclusivas que garantam dignidade às pessoas com transtornos mentais. É crucial mobilizar esforços coletivos entre governo e sociedade civil para alcançar os objetivos desse tipo de serviço.

O artigo examina os aspectos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, abordando a desinstitucionalização após o fechamento de hospitais psiquiátricos e manicômios, discutindo a reinserção social e descrevendo o serviço implantado em Peçanha, Minas Gerais, o que se pretendia estruturar como um Serviço Residencial Terapêutico (SRT), para inserção dos institucionalizados em Santa Maria do Suaçuí.

2. REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Entre as décadas de 1980 e 1990, a Reforma Psiquiátrica Brasileira emergiu como um tema central, impulsionada pela 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987). A partir desse evento, a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica resultou na Declaração de Caracas, documento assinado em 1990 na Venezuela, que comprometeu os países a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, estabelecendo princípios para a atenção à saúde mental na América Latina.

De acordo com Bezerra:

Trata-se de não apenas de desfazer o aparato e a cultura manicomial ainda hegemônicas no cenário psiquiátrico, mas, sobretudo, construir uma nova maneira de a sociedade lidar com a loucura. A desconstrução do manicômio implica necessariamente reinventar não só a psiquiatria, mas – no limite – a própria sociedade em que vivemos (Bezerra, 1992, p.113).

Nesse sentido, o processo foi fortalecido pela 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) e culminou na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), ano em que foi promulgada a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, Lei Federal n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. Esta lei estabelece a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o modelo de assistência em saúde mental no Brasil.

Com essa legislação, a política de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS) busca implementar um modelo de assistência que favoreça a reinserção social e um tratamento humanizado, adaptado às necessidades e singularidades do usuário, além do cuidado em liberdade (Brasil, 2001).

A Lei 180, oriunda da Reforma Psiquiátrica Italiana, é um marco referencial da desinstitucionalização brasileira, demonstrando uma forte capacidade de mobilização social, política e cultural, valorizando os direitos de cidadania dos indivíduos com transtornos mentais e oferecendo alternativas de tratamento na comunidade (Rotelli, De Leonardis, Mauri, 1990; Neto, 1992).

Ainda para Rotelli et al. (1990), a desinstitucionalização é um processo social complexo que deve envolver todos os atores sociais, com o intuito de reformular a organização das instituições psiquiátricas e criar estruturas que as substituam.

Melman (2001) complementa:

Para a psiquiatria democrática italiana, o processo de desinstitucionalização não podia ser reduzido ao simples fechamento dos velhos, sujos e violentos hospícios. Mais do que derrubar paredes, muros e grades, desinstitucionalizar significava desmontar estruturas mentais (formas de olhar) que se coisificam e se transformam em instituições sociais (Melman, 2001, p.59).

Paralelamente, os serviços substitutivos aos manicômios são essenciais para que os usuários recebam atendimento em uma rede de serviços conectados, com uma lógica de cuidado em liberdade, participação social e busca de cidadania. A atual política nacional de saúde mental consiste na redução progressiva dos leitos psiquiátricos, ampliando e fortalecendo a rede extra-hospitalar, composta principalmente pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e pelos SRTs (Brasil, 2001; Vidal, Bandeira & Gontijo, 2008).

Segundo Amarante e Torre:

Na medida em que não se toma a desinstitucionalização como desconstrução do dispositivo e do paradigma psiquiátricos, há grande possibilidade de produzir a gestão da loucura em serviços sanitários que não desenvolvem o trabalho cultural, isto é, acaba-se com as “instituições da violência” para criar “instituições de tolerância” (Amarante; Torre, 2018, p.1097).

Hoje, o novo modelo assistencial em saúde mental prioriza o atendimento próximo ao usuário, estabelecendo que a internação, em qualquer modalidade, deve ser considerada apenas quando recursos extra-hospitalares forem insuficientes,

posicionando contra a lógica do encarceramento e da medicalização em massa imposta pelo capital.

As estratégias de desinstitucionalização visam promover a reconstrução de laços familiares e a reinserção social, fomentando a autonomia e a busca pela cidadania como processo efetivo de desconstrução de práticas manicomiais. Neste sentido, a “desinstitucionalização não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo completo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas e de estabelecer novas relações” (Amarante, 2007).

A Reforma Psiquiátrica e o movimento de desinstitucionalização marcam um importante avanço na política de assistência à saúde mental no Brasil. Mudanças significativas ocorreram, redirecionando o modelo de cuidado em saúde mental, com foco na reabilitação psicossocial e na reintegração social dos indivíduos. No entanto, ainda existem desafios a serem superados na rede de atenção psicossocial, a qual tem enfrentado cortes e desmantelamentos recentemente. O percurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira deve servir como um guia para as estratégias de resistência e enfrentamento dessas dificuldades.

3. REINSERÇÃO SOCIAL E ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE

Conforme fragmentos do relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) em seu I capítulo, sobre “Reorientação do Modelo Assistencial em Saúde Mental” é indicado que:

uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, que realize ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em saúde mental. É fundamental, também, que as novas modalidades assistenciais substitutivas desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a autoestima, a autonomia a cidadania e busquem superar a relação de tutela e as possibilidades de reprodução de institucionalização e/ou cronificação (SUS, 2002, p.23).

A reinserção social bem-sucedida dos pacientes que saem do hospital depende da existência de diversos serviços na comunidade, que apresentem diferentes níveis de atenção e complexidade, além de profissionais qualificados e dispositivos bem estruturados. A falta de acompanhamento intensivo, recursos insuficientes, escassez de

serviços, falta de integração entre eles, interrupção da medicação, déficit de habilidades sociais e cotidianas e ausência de equipes capacitadas para intervenções em crises são fatores que podem comprometer o processo de reinserção dos pacientes.

O tratamento de pacientes crônicos representa um dos maiores desafios para as reformas na saúde mental, exigindo intervenções contínuas para pessoas com transtornos, muitas vezes persistentes. A transferência do cuidado dos pacientes manicomializado para ambientes menos restritivos requer métodos mais eficazes para lidar com os sintomas psiquiátricos e gerenciar as demandas sociais e psicológicas da vida comunitária. A reinserção, portanto, envolve a superação das estruturas institucionais que simplificam e objetivam os indivíduos, permitindo que eles sejam reconhecidos em sua complexidade e subjetividade.

Saraceno (1996) descreve a reabilitação psicossocial como um exercício de cidadania e contratualidade social, em esferas distintas e complementares: habitação, rede de relações sociais e trabalho. Para Hirdes (2001), a reabilitação psicossocial deve ser direcionada para a redução de estigmas e preconceitos, promovendo equidade e oportunidades de inclusão na sociedade aos usuários de saúde mental, evidenciando a necessidade de transformação social e cultural, além da mudança individual.

Segundo (Amarante, 2007), é importante pensar a atenção psicossocial, não como um modelo fixo ou um sistema, mas como um processo em construção, disposto a romper barreiras e aprender a partir das mudanças que surgirão por tentativa e erro. A criação de dispositivos para iniciativas voltadas à saúde mental necessita de um diálogo ativo entre profissionais de diferentes níveis de atenção. Boarini (2009) aponta que os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) frequentemente optam pela medicalização como solução para apoiar indivíduos com transtornos mentais. Tal prática é devido à falta e às excessivas trocas de equipes que não passam por capacitação.

Uma gestão inadequada é evidenciada pela falta de uma atenção psicossocial que perpetua o modelo psiquiátrico tradicional, onde o médico é o profissional mais solicitado. Segundo os autores Silva, Martins, Maia, Oliveira & Souza (2014), isso resulta em uma atenção focada no cuidado biológico, enfraquecendo outras abordagens terapêuticas e a própria Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Diversos autores discutem a abordagem centrada na perspectiva médica, que se restringe à prescrição de medicamentos, uma postura que não contribui efetivamente para a autonomia dos usuários em seu cotidiano (Rosa & Zambenedetti, 2014). Portanto,

os serviços de atenção psicossocial precisam desenvolver no território suas peculiaridades e possibilitar o resgate de habilidades sociais juntamente com a construção de vínculos nos serviços da rede (Amarante, 2007).

Conforme afirmam Alvarenga e Garcia (2009), é essencial que os municípios não somente ampliem os serviços extra-hospitalares, mas também promovam campanhas na comunidade para desconstruir a visão de periculosidade associada à loucura. E transformar a ideia de exclusão como a única alternativa para tratar indivíduos considerados desviantes, mas também um produto de estruturas sociais e do saber psiquiátrico que rotulam e estigmatizam os indivíduos.

4. PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO - TRANSIÇÃO DE SANTA MARIA DO SUAÇUÍ- MG PARA PEÇANHA.

A criação da Associação Beneficente Cônego Lafayete (ABCOL) em Santa Maria do Suaçuí, localizada na macrorregião leste do estado de Minas Gerais, surge no intuito de retirar das ruas pessoas vulneráveis que apresentavam problemas como dependência de álcool e drogas, transtornos mentais graves e deficiência intelectual. Os familiares utilizavam do serviço como um local de “proteção” e de “cuidados” para com aqueles que consideravam “inadequados” para o convívio familiar e social.

Uma pesquisa rápida pelo CNPJ cadastrado revelou que a associação foi fundada em 19/11/1993 e em 03/11/2005, sua situação cadastral foi alterada para uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI). Em uma vistoria efetuada no local por Mello (2023):

Foi possível identificar inúmeras irregularidades e violações de direitos humanos, além de um espaço com características asilares que favorecia práticas manicomiais, tais como ambiente sem luminosidade; higienização precária; divisão em pavimentos: ala feminina e ala masculina; quartos com paredes com mofo, com 2 a 4 camas em cada um e apenas 1 banheiro em cada ala e de uso compartilhado; parte externa toda cimentada cercada por muros altos com pouco espaço no interior. Os materiais de uso pessoal (roupas, toalhas, roupas íntimas) eram todos compartilhados (não havia privacidade nem autonomia para uso das próprias roupas ou demais materiais). Não havia ambiente para atividades de socialização, oficinas terapêuticas e atividades socioculturais e esportivas. As pessoas não recebiam acompanhamentos terapêuticos por equipe multiprofissional e tinham a saúde tanto física como mental debilitada (Mello, 2023, p.15).

Dando sequência em sua vistoria, Mello (2023) afirma que:

Para além da violação de direitos que essas pessoas sofriam na (ABCOL), parte dos benefícios dos internos ficavam de posse do presidente da instituição; três municípios (Santa Maria do Suaçuí, São Sebastião do Maranhão e José Raydan) colaboraram com a prestação dos serviços da ABCOL, remunerando profissionais da instituição com recursos públicos (Mello, 2023, p.16).

As pessoas internadas apresentavam transtornos mentais e eram isoladas e afastadas da sociedade com o intuito de serem tratadas. Tratamento que se constituía somente no uso de medicamentos e na permanência em ambiente com condições insalubres. Nesse contexto, surgiam os seguintes problemas: abandono, perda da identidade, ausência de assistência por equipe multiprofissional especializada, cronificação dos casos, cuidado medicamentoso incipiente e nenhuma ação de reintegração contradizendo as normatizações da vigilância sanitária e principalmente do cuidado em saúde mental.

As microrregiões de Saúde de Santa Maria do Suaçuí e Peçanha tem em sua composição 4 municípios: Santa Maria do Suaçuí, Água Boa, Peçanha e São João Evangelista e cada um deles possui em sua Rede de Atenção Psicossocial 1(um) CAPS I implantado.

Assim sendo os municípios entraram no processo de ampliação da rede de atenção psicossocial para possibilitar a continuidade do processo de desinstitucionalização dos moradores da ABCOL, no qual é uma instituição interdita pela Vigilância Sanitária e tem características manicomiais.

O serviço iniciou no município de Peçanha em 2021, em meio à pandemia de COVID-19, o que impôs diversas dificuldades, entre elas a abertura do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) para inserção da documentação necessária à habilitação. Apesar de várias visitas técnicas da Referência Técnica Regional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas da Coordenação de Atenção à Saúde da Superintendência Regional de Saúde de Governador Valadares, não foi possível habilitar o serviço como SRT

No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da ABCOL, o local de origem dos moradores é classificado como asilar, e não como hospital psiquiátrico ou de custódia, o que tem motivado reiteradas negativas por parte do Estado.

Entre 2023 e 2024, o serviço foi custeado pelo Estado por meio de resoluções destinadas a serviços não habilitados. Contudo, esse financiamento é instável e não assegura a sustentabilidade necessária para atender adequadamente às demandas existentes.

É importante destacar que, enquanto alguns residentes apresentam transtornos mentais graves e persistentes, outros estão institucionalizados unicamente por serem abandonados por suas famílias. Essa realidade é agravada pela fragilidade da saúde clínica dos moradores que requer cuidados integrais e contínuos por parte do município. A mais recente atualização sobre o processo de habilitação indica que uma nova vistoria e análise documental só ocorrerá caso o serviço passe a acolher alguns residentes oriundos de hospital psiquiátrico ou de custódia. Isso poderá acarretar a remoção de alguns moradores de Peçanha para outro município, podendo também interferir diretamente em seu bem-estar físico e psíquico, causando instabilidade e a perda de vínculos afetivos adquiridos ao longo de todo esse tempo.

A desinstitucionalização, conforme abordada, não deve representar o “desamparo” dos pacientes, nem o simples “envio para fora do hospital sem que uma infraestrutura comunitária adequada para o cuidado seja estabelecida”, como afirmam Morgado & Lima (1994, p.21).

Os maiores desafios na execução do plano de ações para a implantação dos SRTs devido a resistência dos gestores municipais de saúde em implementarem os serviços sem previsão de habilitação (condição necessária para custeio financeiro mensal). Os gestores alegavam déficit financeiro dos municípios e a impossibilidade de manter tais serviços em funcionamento (Mello, 2023, p.30).

Segundo a portaria n.º 3588, de 21 de dezembro de 2017, cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial, ou seja, é necessário a vinculação do SRT a um CAPS como referência.

Partindo desse cenário a mudança de território dos pacientes foi efetivada a partir somente do critério de possuir CAPS nos municípios para inserção de SRTs.

Ademais, não foram analisadas as necessidades para habilitar o serviço conforme as diretrizes do Ministério da Saúde que consideram os Serviços Residenciais Terapêuticos como dispositivos estratégicos no processo de desinstitucionalização. Portanto, os moradores da ABCOL não são egressos de hospitais psiquiátricos ou de custódia, e sim de uma instituição com características similares a um manicômio.

5. SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO (SRT)

Atualmente, os serviços substitutivos da reforma psiquiátrica têm como principal objetivo a inserção dos usuários nos espaços sociais, embora os profissionais ainda enfrentem dificuldades para seu desenvolvimento (Azevedo e Ferreira Filha, 2012). Os desafios incluem romper com as práticas manicomiais e compreender que o lugar do sujeito é no território, junto à família.

Pode-se inferir, conforme o relatório da III CNSM (2002), que:

Os serviços substitutivos devem desenvolver atenção personalizada garantindo relações entre trabalhadores e usuários pautadas no acolhimento, no vínculo e na definição precisa da responsabilidade de cada membro da equipe. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania (SUS, 2002, p.38).

Assim sendo, foram instituídos, por meio da Portaria n.º 106/2000 do Ministério da Saúde, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os quais podem ser conceituados como:

Moradias ou casas inseridas, 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 (Brasil, 2000, p.1).

Seguindo ainda os apontamentos do relatório da III da CNSM:

é necessário viabilizar alternativas para a criação de Serviços Residenciais Terapêuticos que possam atender às necessidades de outros portadores de sofrimento psíquico e não apenas dos egressos de hospitais psiquiátricos, conforme define a Portaria/GM n.º 106/00. Com este objetivo, foram aprovadas duas propostas:

106. Criar Serviços Residenciais Terapêuticos para acolher todos os portadores de sofrimento mental, deficientes mentais, autistas, que requeiram este tipo de dispositivo como, por exemplo, aqueles que vivem nas ruas, os egressos dos manicômios judiciais e de outras instituições penais, bem como os egressos de demais estruturas asilares.

107. Suprimir a expressão “egressos de internação psiquiátrica de longa permanência” do texto da Portaria/GM n.º 106/00, visando possibilitar a criação de residências terapêuticas para pessoas com perfil adequado aos critérios estabelecidos pela Portaria, mas que não são oriundos de internação de longa permanência (SUS, 2002, p.43).

Nesse sentido, os SRT são dispositivos planejados para o processo de desinstitucionalização. Eles devem funcionar como moradias e espaços que garantam o convívio social, a reabilitação psicossocial e a recuperação da cidadania do indivíduo, promovendo laços afetivos, reinserção na comunidade e reconstrução das referências familiares.

O cuidado em Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) exige mais do que o cumprimento de protocolos assistenciais: trata-se de um processo contínuo de construção de vínculos, promoção de autonomia e respeito à singularidade dos sujeitos. Pode ser comparado ao acompanhamento de uma criança que aprende a andar — alguém que, gradualmente, deixa de precisar do apoio constante, mas ainda requer presença atenta e encorajadora.

Nesse contexto, é essencial compreender o sofrimento psíquico em sua dimensão histórica e social, como destaca Amarante (2007), e reconhecer que o cuidado deve se dar em espaços que favoreçam o protagonismo do sujeito, e não sua substituição. O cotidiano dos SRTs demanda escuta qualificada, sensibilidade para os tempos subjetivos e acolhimento das dores expressas em silêncios, olhares perdidos e na saudade de vínculos familiares rompidos.

A escuta qualificada, o respeito aos tempos subjetivos e o compromisso com a reinvenção de projetos de vida são pilares fundamentais para uma prática ética e transformadora no campo da saúde mental.

Como afirma Rotelli (2001), o cuidado em saúde mental não pode ser reduzido a uma técnica ou procedimento: ele é, antes de tudo, uma relação humana e política, situada em um território onde se constroem possibilidades de vida. Nesse sentido, os SRTs devem ser compreendidos como espaços de cidadania e reinvenção de trajetórias, e não apenas como dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Cuidar, portanto, é sustentar a presença, apoiar a autonomia e criar condições para os sujeitos poderem reescrever sua história em liberdade.

As instituições totais acolhiam indivíduos considerados incapazes de cuidar de si, que ameaçavam a comunidade, mesmo que de forma “não intencional” (Goffman, 1961). A relação entre os moradores tende a ser amistosa, embora possam ocorrer desentendimentos, como em qualquer casa. A constante necessidade de ressignificar seus traumas são evidentes, mas muitos ainda se encontram reféns de um passado que os prendeu em sua vivência.

Segundo Torre e Amarante (2001, p. 83), “um dos riscos de não haver clareza sobre a desinstitucionalização como desconstrução do dispositivo e do paradigma psiquiátrico é o de sair do manicômio e continuar reproduzindo os mecanismos do dispositivo psiquiátrico”.

Silvio Yasui nos indica que:

Conforme o artigo 196 da Constituição Federal, a saúde “é um direito de todos e dever do Estado”. A garantia desse direito se dá, de um lado, por meio da implementação de “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos” e, de outro, por meio do “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. A utilização do termo “acesso universal e igualitário” reconhece, constitucionalmente, a importância e a relevância das ações e serviços de saúde como bem público (Yasui, 2010, p. 134).

Retornando ao relatório da III CNSM no capítulo III, sobre o “Financiamento”, é proposto que:

os recursos financeiros devem acompanhar o usuário nos diferentes espaços de reprodução social e ser viabilizadores de processos emancipatórios. Assim, os recursos devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental, em especial a rede de serviços e a capacitação de recursos humanos (SUS, 2002, p. 84).

Desta maneira, os moradores pregressos da ABCOL enfrentam incertezas decorrentes da dificuldade de habilitação do serviço pelo Ministério da Saúde. Embora os municípios pactuados para criação de uma possível SRT tenham recebido apoio financeiro do Estado para sua implantação em 2019 (com previsão de custeio mensal para a manutenção) esse repasse contínuo não se concretizou até o momento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de desinstitucionalização dos moradores da ABCOL revela avanços significativos na promoção da saúde mental e no cuidado em liberdade, alinhando-se aos princípios da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial. Observa-se, no entanto, a necessidade de fortalecimento das redes de atenção psicossocial (RAPS), com foco na

ampliação do acesso, na integralidade e na coordenação do cuidado em liberdade com garantia de direitos a cada sujeito.

Apesar das melhorias observadas nos moradores, o processo exige apoio contínuo do Estado. A ausência de comprometimento pela Governo Federal, especialmente do Ministério da Saúde, compromete a sustentabilidade dos serviços e gera insegurança aos profissionais e usuários. É fundamental investir não apenas na criação de residências terapêuticas, mas também na qualificação e manutenção dos serviços já existentes, com capacitação técnica e aporte financeiro adequados.

Destaca-se a importância do “Programa de Volta para Casa” como instrumento de reabilitação psicossocial para auxiliar na adaptação e reinserção dessas pessoas na sociedade.

Apesar dos desafios em sua implementação, o modelo de tratamento de base comunitária consolidou-se como referência nos cuidados psiquiátricos. Para os pacientes anteriormente institucionalizados, as residências terapêuticas exercem papel fundamental no processo de reinserção social. No entanto, há preocupação com municípios que mantêm Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) não habilitados, como Peçanha, São João Evangelista, Água Boa e Santa Maria do Suaçuí, agravada pela ausência de regulação federal no financiamento desses serviços.

Conclui-se que o êxito da desinstitucionalização depende diretamente do comprometimento governamental, da regulamentação do financiamento e do fortalecimento das políticas públicas voltadas ao cuidado em liberdade, para garantir a reintegração social e a dignidade dos usuários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARENGA, M. S. & GARCIA, M. L. T. A implementação da política de saúde mental em município de pequeno porte: o caso de São José do Calçado/ ES - Brasil. **Emancipação**, Ponta Grossa, 9(2),181-195, 2009.

AMARANTE, P. **O Homem e a Serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P., & TORRE, E. H. G. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, 52(6), 1090–1107, 2018. <https://doi.org/10.1590/0034-761220170130>

AZEVEDO, E. B.; FILHA, M. O. F. Práticas inclusivas na rede de atenção à saúde mental: entre dificuldades e facilidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 60-70, jul./dez. 2012.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relatório de uma experiência no hospital psiquiátrico de Gorizia. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BEZERRA JR., B. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: BENILTON, B. & AMARANTE, P.(Orgs.) **Psiquiatria sem Hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

BOARINI, M. L. A (desconhecida) reforma psiquiátrica em municípios aquém de pequeno porte. **Psicologia em Revista**, 15(1),28-50. Belo Horizonte, 2009.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 nov. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3588**, de 21 de dezembro de 2017. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. 2017.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo. Editora Perspectiva. 1961.

HIRDES, A. **Reabilitação Psicossocial**: dimensões teórico-práticas do processo. Brasil: Edifapes, 2001.

MELLO, F. P. **Relato de experiência sobre o processo de desinstitucionalização no município de Santa Maria do Suaçuí – MG**. Belo Horizonte: ESP- MG, 2023.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, p. 59, 2001.

MORGADO, A.; LIMA, L. A Desinstitucionalização: suas bases e experiência internacional. **J. Bras. Psiquiatria**, v.1, n.43, p.19-28,1994.

NETO, A. A reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul: do direito ao tratamento aos direitos de cidadania do doente mental. **Saúde Debate**, n.37, p. 5-10, dez. 1992.

ROSA, M. P. & ZAMBENEDETTI, G. Descompassos da Reforma Psiquiátrica: A Saúde Mental em um município do Interior do Paraná. **Desafios: Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, 1(1),317-335, 2014.

ROTELLI, F. **A instituição inventada**: hospício e alternativa. São Paulo: Hucitec, 2001.

ROTELLI, F., DE LEONARDIS, O., MAURI, D., **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In A. M. Pitta (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil** (pp.13-18). São Paulo: Hucitec, 1996.

SILVA, L. I., MARTINS, Á. K. L., MAIA, K. K. O., OLIVEIRA, F. B. & SOUZA, Â. M. A. Experiências dos familiares de pessoas com transtorno mental. **Rev Rene**, 15(2),316-25, 2014.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2002.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2001, v. 6, n. 1. p. 73-85.

VIDAL, C. E. L., Bandeira, M. & Gontijo, E. D. (2008). Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 57(1), 70–79. <https://doi.org/10.1590/s0047-20852008000100013>

YASUI, S. **Rupturas e Encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.