

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

LAÍS SANTOS DA SILVA CHAGAS

**A POSSIBILIDADE DO FECHAMENTO DE UM  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: SEUS IMPASSES E  
IMPLICAÇÕES**

CAMPOS DOS GOYTACAZES  
2017

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

LAÍS SANTOS DA SILVA CHAGAS

**A POSSIBILIDADE DO FECHAMENTO DE UM  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: SEUS IMPASSES E  
IMPLICAÇÕES**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao departamento de psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF/Polo Campos dos Goytacazes), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Bruna Pinto Martins Brito

CAMPOS DOS GOYTACAZES  
2017

LAÍS SANTOS DA SILVA CHAGAS

# **A POSSIBILIDADE DO FECHAMENTO DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: SEUS IMPASSES E IMPLICAÇÕES**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao departamento de psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF/Polo Campos dos Goytacazes), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Bruna Pinto Martins Brito

Aprovado em

---

(Profa. Dra Bruna Pinto Martins Brito, UFF)

---

(Profa. Dra. Luana da Silveira, UFF)

---

(Profa. Dra. Bárbara Costa Burstyn, UFF)

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Bruna Brito por ter aceitado o desafio de me orientar nesse trabalho, mesmo com todas as dificuldades, por suas indicações e propostas para desenvolvê-lo da melhor forma e por compartilhar o seu conhecimento na área de Saúde Mental, enquanto minha supervisora de estágio, contribuindo de maneira primordial em minha formação.

Às professoras Luana e Daniela, por aceitarem o convite de participar da banca de defesa deste trabalho de conclusão de curso.

À minha mãe Mary Jane, pela paciência quando eu me desesperava, achando que tudo estava perdido, por ter me apoiado durante todo esse processo e por fazer parte desse trabalho, por ter passado várias madrugadas comigo procurando me auxiliar de alguma forma, por ter acreditado na minha capacidade quando eu duvidei.

Ao meu pai Amaro, que esteve sempre presente, preocupado e torcendo para que tudo desse certo.

Às minhas irmãs, Letícia e Luciana, pelo incentivo e apoio no processo de realização desse trabalho.

À amiga Marina, pela amizade e companheirismo, pelo incentivo, por ter se disponibilizado a me ajudar em todos os momentos em que necessitei de auxílio. Gratidão eterna.

À amiga Rosani, por se preocupar comigo e me auxiliar nos momentos em que precisei, durante a realização do trabalho.

À amiga Carolina, pelo apoio, torcida e incentivo para que eu não desistisse desse trabalho.

À amiga Kamilya, que com o seu bom humor e animação, me incentivou em todo esse processo.

À minha tia Selise, por fazer parte do meu interesse pela Saúde Mental.

A todos aqueles que se disponibilizaram de forma muito solícita a participar das entrevistas.

A todos os amigos que me apoiaram e me incentivaram durante a realização desse trabalho.

A todos os familiares que estiveram presentes, incentivando, apoiando e compreendendo as minhas ausências durante a realização desse trabalho.

## RESUMO

O presente trabalho apresenta uma análise referente aos efeitos decorrentes do fechamento do hospital psiquiátrico em uma cidade e dos discursos de um grupo de pessoas selecionado para a pesquisa qualitativa realizada para essa atividade. O fechamento em questão ocorre a partir da solicitação da direção do hospital e se concretiza com a ajuda de ações desenvolvidas pelas equipes da rede de saúde mental vigente em Campos dos Goytacazes, seguindo o que é proposto pela Política Nacional de Saúde Mental. A partir da nossa experiência de estágio no campo da saúde mental, mais especificamente no Hospital Psiquiátrico Espírita Dr. João Viana, verificou-se a existência de discursos variados por parte de internos, familiares e trabalhadores da instituição em relação à possibilidade do encerramento das atividades da mesma, destacando-se os que defendiam sua permanência. Dessa forma, nossa pesquisa tem como objetivo aprofundar o conhecimento sobre a percepção desse grupo em relação ao fim desse serviço de característica asilar, buscando elementos para esclarecer as razões dos discursos e posicionamentos contrários ao fechamento das instituições psiquiátricas. Para tal, será apresentado o percurso histórico da loucura, a partir da obra de Foucault, a fim de compreender o processo de exclusão e de encarceramento da loucura e do louco, e ainda, localizar e reforçar a importância do movimento da Reforma Psiquiátrica na luta contra essas práticas. Na segunda etapa de nossa pesquisa, realizamos o mapeamento das instituições psiquiátricas da cidade de Campos, a fim de contextualizar a atenção em saúde mental do município. Através de entrevistas estruturadas realizadas com os internos, familiares e trabalhadores do hospital psiquiátrico, buscaremos compreender o quanto os aspectos históricos da loucura e do funcionamento das instituições da cidade de Campos influenciam nos discursos atuais a favor da manutenção dos hospitais psiquiátricos na cidade. A partir das entrevistas, faremos uma análise dos efeitos e discursos frente ao fechamento do hospital psiquiátrico, enfatizando os impasses e implicações decorrentes desse processo.

Palavras chave: Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Hospital Psiquiátrico; Loucura.

## SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>4</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO I – POR QUE FECHAR O HOSPITAL? .....</b>	<b>10</b>
1.1 Entendendo o lugar da loucura encarcerada .....	10
1.2 A influência de Basaglia na construção da Reforma à brasileira .....	14
1.3 Uma Reforma Psiquiátrica à Brasileira .....	17
1.3.1 Da promulgação da lei 10.216 à portaria da Raps .....	21
1.3.2 Contribuições da Psicanálise para a Reforma Psiquiátrica Brasileira .....	25
1.3.3 Saúde Mental e o Processo de desinstitucionalização no Brasil.....	29
<b>CAPÍTULO II - CONTEXTO E OLHARES SOBRE O FECHAMENTO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EM UM MUNICÍPIO .....</b>	<b>34</b>
2.1 Contexto da Psiquiatria em Campos .....	34
2.1.1 Saúde Mental em Campos .....	38
2.1.2 Coletivo Antimanicomial Estamira ....	42
2.2 Sobre os Olhares .....	43
2.2.1 Experiência de ser um interno .....	44
2.2.2 O que dizem os familiares .....	47
2.2.3 Concepção dos trabalhadores .....	49
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>ANEXO 1: Lei nº 10. 216 de 2001 .....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO 2: Portaria nº 3088 de 2011 .....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO 3: Portaria nº2840 de 2014 .....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO 4: Portaria nº 106 de 2000 .....</b>	<b>84</b>
<b>ANEXO 5: Roteiro da Entrevista .....</b>	<b>91</b>

## INTRODUÇÃO

Este trabalho decorre de nossa experiência no campo da Saúde Mental no município de Campos dos Goytacazes - RJ, que teve início no ano de 2014 com a oportunidade de estagiar no Centro de Atenção Psicossocial III ( CAPS III – Dr. Romeo Casarsa), somado ao período de estágio obrigatório e atividades de extensão em um hospital psiquiátrico. Contudo, o interesse em abordar o tema relativo ao fechamento de um hospital psiquiátrico somente se apresentou no decorrer do desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso, a partir da intensificação das ações de desinstitucionalização visando o término das atividades dos hospitais psiquiátricos do município, de acordo com a proposta da Política Nacional de Saúde Mental.

No desenvolvimento das minhas atividades de estágio no Hospital Psiquiátrico Espírita Dr. João Viana, mantinha contato com os internos, seus familiares e os trabalhadores, os quais apresentavam discursos variados em relação à possibilidade de fechamento dos manicômios. Particularmente, os discursos favoráveis à manutenção do hospital me chamavam atenção, visto que estagiei em um serviço alternativo, acompanhando o processo da Reforma Psiquiátrica no município e percebia a importância e necessidade de mudanças na atenção ao portador de transtorno mental, superando o modelo hospitalocêntrico.

Além disso, minha experiência de estágio favoreceu a observação do tratamento dispensado aos pacientes pautado no modelo asilar e aliado ao descaso, à falta de cuidado, a desconsideração dos sujeitos ali presentes, à falta de liberdade e à exclusão, conjuntura característica dos manicômios. Essas circunstâncias que presenciei, acentuaram a minha compreensão das questões pertinentes ao fechamento dos hospitais, entendendo a necessidade e relevância dessa ação. Entretanto, os discursos de pessoas do meu convívio, em defesa dos hospitais dificultavam o meu entendimento, o que me levou à realização desta pesquisa, objetivando buscar elementos para esclarecer as razões dos discursos e posicionamentos contrários ao fechamento das instituições psiquiátricas.

Historicamente, no período de transição entre e Alta Idade Média para a Idade Moderna (séculos XVI e XVII), o louco tem sua imagem associada à periculosidade e é submetido a práticas de violência e exclusão social, sendo afastado e isolado nas instituições (MILLANI e VALENTE, 2008, p. 5 e 6). Assim, o mapeamento

dos dados históricos da loucura foi fundamental para a compreensão de alguns discursos que defendem a permanência dos hospitais psiquiátricos, além de localizar e reforçar a importância do movimento da Reforma Psiquiátrica neste contexto histórico. A manutenção desses discursos indica como ainda se faz presente em nossa sociedade, a lógica manicomial no tratamento do portador de transtorno mental.

Dessa forma, buscamos apresentar o processo da Reforma em nosso país para o embasamento desse trabalho. Esse movimento tem como propósito a mudança do modelo de assistência aos portadores de transtorno mental, a partir da implementação de serviços de atenção psicossocial para o tratamento clínico e acompanhamento, visando a construção de autonomia e reinserção social desses sujeitos. Destacaremos a contribuição da psicanálise nesse contexto, à medida que o psicanalista atua como facilitador do emergir do sujeito em sofrimento psíquico, criando assim condições que favorecem o seu processo de reinserção social.

Para o presente trabalho foram realizadas pesquisas bibliográficas relativas ao tema sob a perspectiva de autores como Paulo Amarante e Erving Goffman e também entrevistas com alguns internos, familiares e trabalhadores da instituição psiquiátrica onde realizei o meu estágio, a fim de obter elementos para fundamentar nossa análise. Com essa pesquisa buscamos apresentar e compreender os discursos e posicionamentos desses sujeitos, estabelecendo relações com o conhecimento sobre o contexto atual da saúde mental no município de Campos dos Goytacazes e no Brasil.

No primeiro capítulo, apresentaremos de forma sucinta a História da Loucura a partir da obra de Foucault (1972) para favorecer o entendimento sobre o encarceramento da loucura, enfatizando a influência do psiquiatra italiano Franco Basaglia na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Trataremos também da lei nº 10.216 e portarias ministeriais que sustentam os ideais da Reforma. Nas duas últimas partes, respectivamente, discutiremos a importância da prática psicanalítica no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira e o desenvolvimento do trabalho de desinstitucionalização (desins) no país. A análise da legislação foi essencial para apreender as mudanças na assistência em saúde mental, favorecendo o conhecimento sobre o funcionamento dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

No segundo capítulo, contextualizaremos a assistência em saúde mental no município de Campos, dando ênfase ao percurso histórico das instituições psiquiátricas do município. Procuramos mapear os serviços públicos de saúde mental estabelecendo



relação com o processo de desinstitucionalização na cidade. Importante ressaltar a importância das ações desenvolvidas pelo Coletivo Antimanicomial Estamira no cenário do processo da Reforma Psiquiátrica campista. Neste ponto, entram em cena os discursos dos entrevistados, expressando suas opiniões e posicionamentos frente ao fechamento do hospital psiquiátrico.

Sinalizamos aqui que existiam em funcionamento, dois hospitais psiquiátricos na cidade de Campos, e que durante a realização desse trabalho, o Sanatório Henrique Roxo foi fechado. Tal fato se deve ao trabalho da equipe de desins realizado no município atualmente. No entanto, cabe frisar que o fechamento só ocorreu 16 anos após a promulgação da lei nº 10.216. Além disso, iremos constatar que vários são os indicadores de que ainda há muito para avançar em mudanças no campo da saúde mental na localidade.

A contextualização histórica dos hospitais psiquiátricos do município será fundamental para compreendermos os impasses e implicações referentes ao fechamento do hospital psiquiátrico. Analisaremos ainda, de que forma a lógica manicomial se faz tão presente nos discursos de uma parcela da sociedade, apesar dos avanços obtidos com a intensificação do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e das Redes de Atenção Psicossocial campista.

Logo, iremos abordar os aspectos históricos da loucura a fim de verificar o seu processo de encarceramento e os impactos decorrentes do mesmo que se fazem presentes na forma de tratar o louco e a loucura. Essas abordagens contribuirão para uma melhor percepção sobre o desenvolvimento do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil e suas propostas. E, a partir da apresentação do contexto da assistência em saúde mental na cidade de Campos, com base na pesquisa bibliográfica realizada para o desenvolvimento desse trabalho, analisaremos os efeitos e discursos frente ao fechamento do hospital psiquiátrico da localidade.

## CAPÍTULO I – POR QUE FECHAR O HOSPITAL?

### 1.1 Entendendo o lugar da loucura encarcerada

A prática de encarceramento da loucura e do louco não se apresenta como uma realidade contemporânea. No decorrer da história da loucura, o louco carregou o peso da exclusão na sociedade. Exclusão essa, fundamentada até os dias atuais, no ato de isolar o indivíduo que expressa um comportamento diferente do padrão aceito pela sociedade. Considerando que nossa pesquisa versa sobre os efeitos e discursos frente ao fechamento de hospitais psiquiátricos em uma cidade, faz-se necessário entender as bases históricas desta exclusão. Mapear tais elementos históricos auxilia-nos a compreender alguns discursos em defesa desse espaço de exclusão da loucura e as dificuldades enfrentadas em realizar o encerramento da prática de encarceramento da loucura. Esse isolamento é sinônimo de confinamento e várias são os elementos utilizados para justificar tal ato.

A ideia de afastamento do louco está associada ao período de ascensão dos casos de lepra na Europa, na época da Idade Média e a forma como os leprosos eram tratados. Instituições foram construídas (leprosários) com o objetivo de abrigar aqueles que foram infectados pela lepra, pois a partir das Cruzadas, muitos foram contaminados quando estiveram no Oriente (foco de infecção) e ao retornarem para a Europa transmitiram a doença para a população. Inicialmente, esses locais eram administrados pelo poder real, mas com o passar dos anos, muitas mudanças ocorreram relacionadas à administração dos leprosários e de algumas cidades como a Alemanha e a Inglaterra, que confiaram a sua gestão às obras de caridade e aos estabelecimentos hospitalares (FOUCAULT, 1972, p. 9).

Paralelamente a esse momento de mudanças, a lepra entra em um processo de regressão, alcançando a sua dizimação com o fim das Cruzadas. Porém, apesar do desaparecimento da lepra, essas estruturas (os leprosários) de exclusão permaneceram. Embora não existissem mais doentes, essas instituições carregavam segundo Foucault “os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso” (1972, p. 10),

valores e imagens referentes a uma figura temida. Devido à permanência desses locais de exclusão, apesar do leproso não fazer mais parte desse cenário, outros atores assumirão o seu papel séculos mais tarde, como os pobres, doentes venéreos, vagabundos, presidiários e loucos, sendo submetidos às mesmas formas de exclusão.

No contexto pós-desaparecimento da lepra, a loucura surge como herdeira do estigma de discriminação e exclusão que era, anteriormente, associado à lepra. Os loucos, discriminados pelas suas formas de ser e agir, são considerados fora da "normalidade" e expulsos de algumas cidades na Europa. No período da Renascença, particularmente na Alemanha, os loucos eram colocados em navios (Naus dos loucos) e carregados para outras cidades, evitando assim o seu convívio social. Cabe ainda notar, casos em que os loucos eram chicoteados publicamente e jogados na prisão (FOUCAULT, 1972).

Durante a Idade Média, a loucura passa a ser vista como mais uma fraqueza da natureza humana, tal como a avareza, a soberba, a luxúria, porém, na Renascença, passa a dominar essas mesmas fraquezas. Por ser aparente, por não esconder nada, passa a atrair as pessoas pelo fato de exercer um domínio sobre as coisas. Essas características da loucura chamam à atenção dos acadêmicos e estes passam a discutir sobre ela. Muitos discursos e questionamentos surgiram acerca da insanidade e, logo, a loucura passou a assombrar a imaginação da população na época. No século XV, aparece a figura do louco como algo bestial, demoníaco que podia ser um dano à unidade monárquica. A loucura ainda passa a ser entendida apenas em relação à razão na era clássica e se torna tema de importantes obras da literatura no meado do século XVI e começo do século XVII (FOUCAULT, 1972).

A partir do século XVII, após a manifestação dos questionamentos e postulados de Descartes, o conceito de loucura se desvincula do conceito de razão. Descartes associa a loucura à todas as formas de erro em seu discurso que atribui à existência ao pensamento: Penso, logo existo. Desse modo, ele relaciona a impossibilidade de ser louco ao sujeito que pensa. Ou seja, se o sujeito pensa, não é possível que seja louco, caracterizando assim, o louco como aquele que não pensa. Com isso, o louco por se encontrar no campo da ilusão, do desatino e do erro, deve ser afastado e isolado. Todos esses fatos são tomados como justificativa para a internação do louco no Hospital Geral. Este por sua vez, era uma estrutura semi-jurídica, onde todas as classes dos desonrados se encontravam (criminosos, vagabundos, doentes venéreos, etc.). O Hospital Geral era um espaço moral de exclusão, onde esses sujeitos

eram mantidos, com objetivo de preservar a ordem social, sendo esta determinada por valores morais e até mesmo religiosos.

Neste ponto, observamos que o Hospital Geral não se caracterizava como lugar de cuidados, na medida em que não se constituía em estabelecimento médico, mas sim, num modelo de entidade administrativa, com significados sociais, econômicos, morais, políticos e religiosos.

No final do século XVIII, a loucura passa a ser abordada pelos médicos como uma doença. A medicina das espécies tinha a doença como um acontecimento do organismo que tem uma espécie, uma natureza própria que merece um estudo apropriado, no qual o médico lhe atribui uma classificação. Esse processo passou a ser realizado com a loucura, o que lhe atribuiu o status de doença, o que traz para o médico a responsabilidade de tratá-la. Nesse contexto, surge Pinel, que traz um discurso científico sobre a loucura, estudando as doenças mentais de forma sistemática e descritiva a fim de categorizá-las. Como métodos, utilizará a nosografia (descrição gráfica das doenças) e a nosologia (estudo das doenças) para a classificação dos diversos tipos de loucura. Com Pinel, surge a Medicina Mental Alienista que, mais tarde, se torna a psiquiatria, especialidade médica que estuda e trata as doenças mentais na atualidade. Esse saber sobre a loucura garante ao médico o poder sobre o louco.

Pinel apresenta a proposta de “libertação” do louco, com forte influência da discussão social do momento da Reforma Liberal (“Liberdade para todos”), já que o louco se encontrava confinado nos Hospitais Gerais. Contudo, ele se deparou com um problema: o que fazer com aqueles que, segundo ele, não sabiam lidar com a liberdade? Esse processo de falsa “libertação” da loucura, na proposta pineliana, poderia causar um desconforto ao louco e à sociedade. Sob essa justificativa, a solução foi apenas deixar o louco em um local com outros iguais a ele, sob a responsabilidade do médico. Circunstância esta que configura uma instituição total, conceito definido por Goffman como “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (1974, p. 11).

Vemos aqui o nascimento do Hospital para os loucos, denominados alienados, instituição destinada a acolher pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que representam ameaça para a sociedade, ainda que de forma não-intencional (GOFFMAN, 1974). A ideia inicial dos Hospitais Gerais, que representava a exclusão moral dos desonrados, agora é modificada para um local de exclusão moral do

louco, configurando-se como os manicômios. Anteriormente, o Hospital Geral era regido por medidas judiciais e, nesse momento, com essa mudança, o manicômio passa a ser regido pelo corpo médico. O poder de soberania (antigo regime) dá lugar ao poder disciplinar (corpo médico).

Nesse contexto, é possível notar que o processo de institucionalização do saber sobre a loucura, no decorrer dos séculos XVII, XVIII e XIX, tornou-se objeto da medicina. Essa perspectiva configura-se no papel do médico que, na lógica asilar, detém o conhecimento e poder sobre o louco, detendo só ele, autoridade para intervir no comportamento e na vida desse sujeito. Resultando em decisões como: se deve internar ou não, tomar remédios ou não, anulando o direito do mesmo de estar dentro do sistema, da contratualidade, mantendo o louco afastado da sociedade e isolado nas instituições manicomialais.

#### Segundo Amarante:

A obra de Pinel – estruturada sobre uma tecnologia de saber e intervenção sobre a loucura e o hospital, cujos pilares estão representados pela constituição da primeira nosografia, pela organização, pela organização do espaço asilar e pela imposição de uma relação terapêutica (o tratamento moral) – representa primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital, transformando-o em instituição médica (e não mais social e filantrópica), e para a apropriação da loucura pelo discurso e prática dos médicos. Este percurso marca, a partir da assunção de Pinel à direção de uma instituição pública de beneficência, a primeira reforma da instituição hospitalar, com a fundação da psiquiatria e do hospital psiquiátrico (1998, p. 26).

Os efeitos dessas circunstâncias são ilustrados na forma como o louco é tratado até os dias de hoje. Por muitas vezes, esse sujeito tem um tratamento pautado em um modelo asilar, desumano e violento, sendo mantido enclausurado nos “ilustres” hospitais psiquiátricos, onde não há o devido entendimento do que se passa com aquele indivíduo e de como lidar com o seu sofrimento. Diante dessas condições mencionadas, muitas pessoas se incomodaram com o modo de tratamento dos chamados “loucos” e buscaram combater essas práticas e modificar a forma de lidar/tratar o louco e a loucura. Dentre outras ideias, fundamentou-se o início da Reforma psiquiátrica em vários países, como EUA, Itália, França e Brasil.

A experiência italiana de desinstitucionalização da psiquiatria, liderada por Franco Basaglia, exerceu grande influência sobre o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Sendo assim, é fundamental retomarmos alguns aspectos significativos da

Reforma Psiquiátrica Italiana para compreender os fundamentos da Reforma psiquiátrica no Brasil.

## **1.2 A influência de Basaglia na construção da Reforma à brasileira**

Basaglia foi um psiquiatra italiano que, durante sua caminhada profissional possibilitou a realização de novas alternativas para os saberes e práticas em saúde mental (OLIVEIRA, 2011). As transformações na assistência psiquiátrica italiana foram iniciadas por Basaglia e seus companheiros de trabalho. As visitas aos hospitais psiquiátricos de Gorizia e Trieste foram experiências motivadoras para essas transformações, pelo fato de se depararem com um ambiente desumano e hostil, algo que ocasionou espanto e repúdio, mas também o que incitou o desejo de mudança.

Na visita ao hospital de Gorizia, Basaglia estabelece uma identificação com as condições do local (marginalidade e miséria) a partir da sua própria condição de objeto de violência quando era estudante, militante contra o fascismo e foi preso (AMARANTE, 1994). Em 1961, ele assume a direção do hospital e, junto com sua equipe, passa a priorizar essa questão do tratamento da loucura. Procurando pensar e realizar novas formas de tratamento para a mesma, criticando as práticas da psiquiatria dentro das instituições e buscando transformar essas práticas e esse ambiente de enclausuramento, repressão e violência, conhecidos como manicômios.

No início, Basaglia preocupou-se em tornar o Hospital de Gorizia um lugar de efetivo tratamento (da doença) e reabilitação dos internos, mas os anos se passaram e ele percebeu que o sistema que regia aquela instituição não seria desfeito através de medidas administrativas ou de humanização apenas (AMARANTE, 2011). Amarante aponta:

(...) Basaglia percebeu que o combate deveria ser de outra ordem: teve início o período de negação da psiquiatria enquanto ideologia. Franco Basaglia passou a formular um pensamento e uma prática institucional absolutamente originais, voltadas para a ideia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana (2011, p. 56).

Dessa forma, Basaglia e sua equipe em um processo de humanização, passam a remodelar a estrutura institucional de Gorizia, efetivando várias modificações, como a abertura das portas, retirada das grades, eliminação do uso de camisas-de-força. A iniciativa de abertura das portas da instituição e da retirada das grades da mesma passa a ideia de que Basaglia e sua equipe tinham como objetivo descaracterizar o Hospital de Gorizia como sendo uma instituição total. Goffman (1961) define o esquema físico de uma instituição total a partir da permanência de portas fechadas, o que dificulta o contato daqueles que estão dentro com o meio social e vice-versa, tendo as grades como reforçadores de um local com caráter de encarceramento.

Mudanças também são efetuadas no tratamento dos internos. Basaglia defendia que o tratamento desses sujeitos, portadores de doença mental, deveria ter como foco o sujeito em si e não a sua doença. Portanto, de modo contrário ao que era exercido pela psiquiatria, surgindo uma nova maneira de ver e tratar a loucura. Amarante escreve:

Assim, é lançado uma nova maneira de ver a loucura. Se faz uma inversão ao que era proposto pelo saber psiquiátrico da época. Ao invés de colocar parênteses no doente como o saber da psiquiatria realizava, a proposta é colocar a doença entre parênteses. Isso, não significa a negação da doença mental, e sim, “uma recusa à aceitação da positividade do saber psiquiátrico em explicar e compreender a loucura/sofrimento psíquico (1996, p. 80).

Deste modo, se fez necessário colocar esse sujeito em destaque, em foco, e não mais a doença, o que possibilitaria combater o duplo da doença mental causada pela institucionalização do sujeito (JUNQUEIRA; CARNIEL, 2012). O conceito de duplo da doença mental é entendido por Amarante (1994), como sendo aquilo que é construído em termos institucionais em torno do sofrimento das pessoas. O sofrimento de cada indivíduo é único e se expressa de forma subjetiva. A partir do momento em que esse sofrimento é classificado como doença (medicina das espécies), aqueles que são acometidos por ele, são identificados como doentes mentais (fato presente nas instituições psiquiátricas). Dentro das instituições, ocorre um processo de negação da subjetividade desses sujeitos, da sua história, do seu modo de ser e de viver, prevalecendo as noções de periculosidade e irrecuperabilidade atreladas à doença mental.

Com todas essas transformações, o hospital se torna uma Comunidade Terapêutica, com novas formas de gerenciar o hospital e de condutas de cuidado com o doente, “marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar” (AMARANTE, 1998, p. 28). Transformação esta realizada através de grupos de discussão, operativos e de atividades, com o objetivo de envolver o sujeito em sua própria terapia e com a dos demais.

Porém, apesar dessa mudança ter sido de extrema importância para a transformações dentro do hospital, “ela não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão” (ROTELLI apud AMARANTE, 1998, p. 31) e, o “doente” ainda continuava recluso no hospital. Assim, Basaglia e sua equipe perceberam que não bastava apenas realizar essas alterações na instituição, mas que era indispensável “fechar o hospital e devolver a liberdade aos pacientes, inserindo-os novamente à sociedade” (OLIVEIRA, 2011, s/p).

Esse conjunto de ideologias e práticas estabelecem um dos conceitos centrais da obra de Basaglia, que é o de desinstitucionalização. Tal conceito “não se restringe ao fechamento dos hospitais ou à ausência das instituições manicomiais, mas se refere a uma ruptura com o modelo de assistência psiquiátrica vigente que não estava tratando e, sim, excluindo e segregando” (JUNQUEIRA; CARNIEL, 2012, p. 14).

Apesar de procurar efetivar o fechamento do hospital de Gorizia, Basaglia não obteve sucesso. Ele alcançou esse feito no hospital psiquiátrico de uma pequena cidade do nordeste da Itália, chamada Trieste, por volta de 1970. Com o processo de desinstitucionalização implantado, os internos foram recebendo alta do hospital e sendo reinseridos na sociedade, e uma estrutura de apoio e suporte a esses sujeitos foi sendo estabelecida:

Também foi construído em Trieste, à medida que o processo de desativação do manicômio acontecia, centros de saúde territoriais, que exerciam a função básica de apoio aos pacientes, familiares e comunidade. Surgem cooperativas de trabalho que criam possibilidades de “trabalho real” para os pacientes (...) (OLIVEIRA, 2011, s/p).

Assim, os “muros” do hospital de Trieste foram sendo demolidos, aos poucos, tendo como sujeitos atuantes nesse processo os próprios internos, familiares, profissionais, estudantes, artistas e a comunidade (OLIVEIRA, 2011, s/p). E, pouco tempo depois, após o fechamento do hospital, Basaglia visita o Brasil em 1978 para



participar do I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, no Rio de Janeiro e retorna em 1979 para o III Congresso Mineiro de Psiquiatria em Belo Horizonte. Em seu retorno ao país, ele realiza visitas aos manicômios do Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte (GOULART apud OLIVEIRA, 2007 s/p).

A vinda de Basaglia para o Brasil, segundo Oliveira, “dividiu nosso processo de reforma em antes e pós a essa sua visita, sendo um verdadeiro marco na história de Reforma Psiquiátrica brasileira e de grande importância para as transformações realizadas na saúde mental em nosso país” (2011, s/p). Nesse período, Basaglia participou de conferências relatando a experiência da reforma na Itália, impulsionando o movimento brasileiro que buscava promover mudanças no modo de tratar a loucura. O movimento da Reforma Brasileira inspirado pela experiência italiana de Reforma Psiquiátrica, por conseguinte, passa a atingir alguns propósitos referentes às mudanças no modelo assistencial da loucura.

### **1.3 Uma Reforma Psiquiátrica à Brasileira**

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil teve seu início vinculado ao movimento sanitário no final dos anos 70, que defendia a mudança dos modelos de atenção clínica e gestão políticas nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva. Além da igualdade na oferta de serviços, e participação direta dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. Em paralelo com essa atividade, sucederam denúncias de médicos e familiares, referentes às precárias condições a que eram submetidos os pacientes dos hospitais psiquiátricos.

De acordo com Amarante,

O Movimento, que se convencionou denominar Reforma Psiquiátrica, ampliou visivelmente seu campo de influência política e cultural em nosso país na década de 1990. Constituído a partir do final dos anos 1970, o Movimento surge em meio ao clima de efervescência que dominava o Brasil naqueles anos de organização social e civil conta a ditadura militar. (2017, p. 16)

Nesse contexto no qual o país se encontrava, em que se destacava a luta por direitos sociais e civis, vários movimentos são constituídos com o objetivo de renovar o campo da saúde mental. Por volta dos anos de 1978, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), na cidade do Rio de Janeiro, proveniente de inúmeras denúncias realizadas por jovens médicos psiquiatras. Este movimento era

constituído também por associações de familiares, membros de associações de profissionais, sindicalistas e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. É neste momento, segundo Amarante (1998) que começa a se constituir em nosso meio um pensamento crítico sobre a natureza e função social das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas.

Em pouco tempo o MTSM se expandiu por todo o país e por iniciativa desse movimento, foram organizadas Comissões de Saúde Mental em Núcleos Estaduais do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e em sindicatos do setor de saúde. Esses grupos, segundo Amarante: “passaram a funcionar como uma espécie de articulação nacional para o primeiro grande encontro de trabalhadores da área, que teve lugar no Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Camboriú, em outubro de 1978” (2017, p. 17).

Segundo o Ministério da Saúde:

É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2005, p. 7)

Nesse cenário em que configura-se o princípio da luta em prol de mudanças no tratamento do louco, ocorre a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (DINSAM), como consequência das demissões de profissionais da área de saúde. Essas demissões foram provenientes de denúncias que os próprios profissionais realizaram em relação às condições precárias que os pacientes dos Hospitais Psiquiátricos do Ministério da Saúde eram submetidos (AMARANTE, 2017).

A partir desses episódios, com a crise da DINSAM, o Congresso de Camboriú e outros eventos seguintes, houve uma mudança na forma como o Movimento se posicionava em relação à loucura e seu contexto. Amarante traz que a partir desses episódios: “(...) o Movimento saiu do campo exclusivo da comunidade técnica e, com ele, a questão da loucura e da instituição asilar seguiram a mesma trajetória: o debate sobre a loucura saía do interior dos muros do hospício para o domínio público” (2017, p. 17). Nesse momento, a sociedade passa a ter maior ciência da situação em que aqueles sujeitos, considerados como loucos, se encontravam em

relação às suas condições e cuidados, o que resulta na participação da mesma nesse processo, fortalecendo-o.

Nesse contexto de crises e mudanças, muitos eventos como encontros e conferências ocorreram com o objetivo de fortalecer o movimento da Reforma, discutindo questões burocráticas, administrativas e políticas de saúde mental. Alguns desses eventos serão comentados brevemente a seguir.

O I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste ocorre no ano de 1985, em Vitória no Espírito Santo. Amarante (1998, p. 69) aponta que nesse período os fundadores e ativistas do MTSM lideravam os postos de chefia de programas estaduais e municipais, como importantes unidades hospitalares públicas, por exemplo, tendo maior predomínio na região Sudeste (MG, SP, ES, RJ). No relatório dos estados apresentado nesse encontro, verifica-se que as internações tinham caráter predominantemente hospitalocêntrico e privado, o que gerou a criação de estratégias com o objetivo de reduzir o número de leitos psiquiátricos, transformando-os em recursos extra-hospitalares ou em leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Tais propostas são essenciais no processo de fechamento dos hospitais psiquiátricos.

A I Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro ocorre no mês de março de 1986, tendo como tema central a política nacional de saúde mental na reforma sanitária. Ressaltando como pontos de discussão, a situação da saúde mental no contexto geral da saúde, os limites da abrangência do universo da saúde mental, a política e o tipo de modelo de assistência à saúde mental (AMARANTE, 1998). Como propostas são apresentadas, dentre outras: a substituição do modelo hospitalocêntrico por outras formas de atendimento como leitos psiquiátricos em hospitais gerais, hospital-dia/noite, lares protegidos, etc. Além disso, destaca-se a redução progressiva dos leitos manicomiais públicos e o não credenciamento de leitos privados, a hierarquização da rede assistencial e a expansão da rede ambulatorial. Observa-se que prevalecem as propostas que apontam para a desativação dos hospitais psiquiátricos.

Em abril de 1987, acontece o II Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, realizado em Barbacena, tendo como temas propostos a “Saúde mental na rede pública: situação atual e avaliação das propostas e desdobramentos do I Encontro de coordenadores” e “A saúde mental na reforma sanitária” (AMARANTE, 1998, p. 74). Nesse mesmo ano, acontece também o II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), no qual o lema “Por uma sociedade sem manicômios” é adotado (BRASIL, 2005).

Posteriormente, em junho de 1987 ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), evento que simboliza juntamente com 8ª Conferência Nacional de Saúde como sendo ‘um marco histórico na psiquiatria brasileira’ (BRASIL, 1988). A I CNSM foi estruturada a partir de três temas básicos, citados a seguir<sup>1</sup>:

1. Economia, sociedade e Estado – impactos sobre a saúde mental;
2. Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental;
3. Cidadania e doença mental – direitos, deveres e legislação do doente mental (BRASIL, 1988).

Esses eventos relatados acima fizeram parte de um importante momento para a sociedade brasileira no que se refere ao contexto político da época. Esse período, marcado pela noção da desinstitucionalização, conceito formulado por Basaglia, é constituído por vários avanços e conquistas na Reforma Psiquiátrica. Destacando-se “a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de São Paulo, do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) de Santos, a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado e a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental” (AMARANTE, 1998, p. 75).

O surgimento do primeiro CAPS no Brasil em 1987, “passou a exercer forte influência na criação ou transformação de muitos serviços por todo o País” (AMARANTE, 1998, p. 82), motivando o movimento a continuar na luta pelas mudanças. Em 1989, inicia-se um processo de intervenção na Casa de Saúde Anchieta (Santos-SP), local onde os pacientes sofriam maus tratos e muitos chegavam a óbito. Segundo o Ministério da Saúde (2005, p. 7), “é esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico”. E ainda complementa:

A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível (BRASIL, 2005, p. 7).

Esse processo de intervenção no Hospital de Anchieta ocasionou o fechamento do mesmo posteriormente, o que possibilitou a “implantação de um sistema

---

<sup>1</sup> O Relatório final da I CNSM contendo as descrições dos temas e a proposta de saúde mental na nova República está disponível em anexo.

psiquiátrico que se definia como completamente substitutivo ao modelo manicomial” (AMARANTE, 1998, p. 83). Este processo também propiciou a implantação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, a criação de cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações (BRASIL, 2005).

Em virtude da repercussão nacional dos acontecimentos sucedidos em Santos e dos êxitos obtidos nessa primeira experiência de fechamento de um manicômio. Assim como, a ideia de remodelação do sistema de assistência ao doente mental pautada em uma proposta de atenção territorial em saúde mental, foi apresentando no Congresso Nacional, em setembro de 1989, o Projeto de Lei 3.657/89 do deputado Paulo Delgado (PT/MG). Esse projeto de lei tinha como propostas a proteção e os direitos das pessoas portadores de saúde mental, o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e apontava também para a extinção progressiva dos manicômios em geral e sua substituição por outros recursos assistenciais.

Apesar do Projeto 3.567 ter sido apenas aprovado pela Câmara dos Deputados e não pelo Senado, sua experiência e a de Santos “contribuíram definitivamente para a extensão do debate e para o surgimento de novos e significativos processos, tanto assistenciais quanto culturais” (AMARANTE, 2017, p. 30). Muitas portarias foram instituídas, com o objetivo de financiar estruturas assistenciais não manicomial. A portaria 189/9 foi adotada pelo Ministério da Saúde com esse objetivo, de modo que, muitas conquistas foram alcançadas em virtude da sua adoção, como a “criação de hospitais-dia, CAPS/NAPS e leitos psiquiátricos em hospitais gerais” (AMARANTE, 2017, p. 31).

Muitas situações decorreram no processo da reforma após a apresentação do projeto de lei. Foram realizados eventos importantes como I Luta Antimanicomial (1993) e a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992). Associações de familiares e usuários foram sendo formadas, fator agregador para a luta antimanicomial. O Movimento da Reforma Psiquiátrica, foi crescendo socialmente e politicamente, tendo como triunfo a aprovação da Lei 10.216, que representa a regulamentação do campo da saúde mental no Brasil.

### **1.3.1 Da promulgação da lei 10.216 á portaria da Raps**

A lei 10.216<sup>2</sup> intitulada como lei de Reforma Psiquiátrica – Paulo Delgado foi um marco para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Promulgada em 6 de abril de 2001, após 12 anos de tramitação do seu projeto no Congresso, a lei mencionada contém 13 artigos relacionados à garantia da proteção e do direito das pessoas com transtorno mental enquanto cidadãos.

Quanto ao direito das pessoas com transtornos mentais, o Art. 1º da lei Paulo Delgado certifica que os direitos e a proteção de pessoas com transtorno mental são assegurados “sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra” (BRASIL, 2001).

O Art. 2º descreve os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental em seu parágrafo único:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
  - II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
  - III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
  - IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
  - V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
  - VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
  - VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
  - VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
  - IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.
- (BRASIL, 2001)

A lei ainda evoca, no Art. 3º, a necessidade e importância da participação da família e da sociedade no desenvolvimento da política nacional de saúde mental, a assistência e promoção de saúde àqueles que sofrem de transtorno mental, atribuindo ao Estado essa responsabilidade.

Os artigos seguintes (4º ao 9º) discorrem sobre a indicação de internação daqueles que sofrem de algum transtorno mental, de que forma ocorrerá e em quais circunstâncias. De acordo com o Art. 4º, a internação é designada ao portador de doença mental apenas quando os serviços da rede extra-hospitalar forem insuficientes. Seguem os incisos do parágrafo citado:

- § 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

---

<sup>2</sup> Disponível no Anexo 2.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º. (BRASIL, 2001).

Em relação ao serviço da rede extra-hospitalar, este só foi implementado de fato em dezembro de 2011, com a publicação da portaria nº 3.088<sup>3</sup>, que “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)” (BRASIL, 2011).

A instituição da RAPS foi uma importante conquista nesse movimento de Reforma Psiquiátrica, no que diz respeito ao processo de reabilitação e reinserção social dos portadores de transtorno mental, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. De acordo com o Ministério da Saúde (2016)

A constituição da Rede de Atenção Psicossocial, instituída pela Portaria GM, 3.088, de dezembro de 2011, republicada em maio de 2013 se vale de processos de pactuação circunscritos à dimensão regional e da construção de ações e serviços que ofereçam respostas adequadas às particularidades dos territórios, sendo responsável pelo cuidado continuado e pela reabilitação psicossocial. (BRASIL, 2016)

A partir desta perspectiva, configuram-se os componentes que constituem a RAPS, com diversos pontos de atenção regidos por regulamentações específicas, sendo estes:

- Atenção Básica em Saúde;
- Atenção Psicossocial Estratégica;
- Atenção de Urgência e Emergência;
- Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- Atenção Hospitalar;
- Estratégias de Desinstitucionalização;
- Estratégias de Reabilitação Psicossocial.

As principais diretrizes para o funcionamento de uma RAPS são de extrema relevância para o cuidado com aqueles que têm direito a esse serviço. O Art. 2º da portaria se refere a essas diretrizes:

---

<sup>3</sup> Disponível no Anexo 3.

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. (BRASIL, 2011)

A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). (BRASIL, 2013).

Os Centros de Atenção Psicossocial são serviços referentes à Atenção Psicossocial Estratégica, um dos componentes da RAPS e, têm como função

oferecer cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial àqueles que sofrem de transtornos mentais graves e persistentes, sendo constituído por uma equipe multidisciplinar, sob uma ótica interdisciplinar. Tem como objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossocial são devidamente identificados e suas modalidades estão descritas no inciso § 4º do Art. 7º da seguinte forma:

- I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;
- II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;
- III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad,



indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes (BRASIL, 2011).

A partir da citação dos artigos que ilustram os dispositivos da rede e suas funções no processo de desmontar o modelo hospitalocêntrico vigente, é preciso destacar que a Reforma tem muitas diretrizes. Entretanto, em relação aos pontos de atenção: é essencial que estes estejam ligados e em constante comunicação para que se garanta o tratamento e acompanhamento efetivo do portador de transtorno mental, visando seu bem estar, sua autonomia, seus direitos, sua livre circulação e troca com o espaço social.

Logo, a Reforma Psiquiátrica com o propósito de oferecer outras respostas sociais e de tratamento ao portador de transtorno mental, conta com várias abordagens e intervenções teóricas para colaborar com esse processo. A psicanálise em especial, se apresenta como um desses colaboradores, pois a abordagem psicanalítica busca valorizar o sujeito, podendo contribuir na conquista de autonomia do mesmo dentre outras possibilidades, partindo do princípio da particularidade de cada caso, da escuta singular do caso.

### **1.3.2 Contribuições da Psicanálise para a Reforma Psiquiátrica Brasileira**

Na década de 70, os trabalhadores do campo da Saúde Mental mobilizaram-se para possibilitar tratamento digno aos portadores de sofrimento psíquico, que viviam confinados nos manicômios em condições sub-humanas. A história do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil é marcada pela presença atuante de profissionais ligados à psicanálise e à psicologia. Assim, o saber psicanalítico orienta o exercício do trabalho terapêutico dentro de uma instituição, sendo fundamental, no processo da reforma, com

o redirecionamento de uma prática que trará desafios clínicos, teóricos, políticos e profissionais (FIGUEIREDO, 2010).

A orientação da psicanálise contribui de forma relevante no campo da reforma psiquiátrica e das novas políticas na área da saúde mental. Segundo Tenório (2001, p. 121), a “Reforma psiquiátrica e psicanálise apostam, ambas, que na psicose há sujeito”, sendo que esses sujeitos se apresentam sob perspectivas diferentes. De um lado o sujeito cidadão, da ação social e, de outro, o sujeito da clínica. Enquanto a reforma defende a garantia de direitos civis e sociais dos portadores de transtorno mental, tomando a cidadania como algo que deve ser alcançado por todos de forma igualitária; a psicanálise se importa com o que o sujeito tem a dizer sobre a sua condição. O seu lugar enquanto sujeito social se dá a partir do que se faz questão para ele próprio.

Quando pensamos em uma proposta de clínica psicanalítica para além de um modelo tradicional dos consultórios, é necessário entender os diferentes campos de atuação e intervenção como possíveis para um trabalho analítico. Figueiredo (1999) apresenta a *realidade psíquica* como uma das condições mínimas para que determinado modo de trabalho clínico seja reconhecido como psicanálise, em contraponto das outras psicoterapias em geral. Essa realidade subjetiva, de cada um, se apresenta de modo singular nos espaços de fala, nos quais o sujeito pode estar inserido.

Assim, o profissional da área psi necessita redimensionar cotidianamente a sua atuação visando construir uma rede de atenção psicossocial que priorize a permanência do sujeito em seu meio social. Atentando-se assim, à necessidade de ampliação das intervenções que promovem uma existência mais favorável, preservando ou resgatando seus vínculos de pertencimento social.

Neste contexto, a construção do trabalho em equipe se reveste de importância, visto não ser suficiente apenas uma boa convivência com os diferentes profissionais, mas sim a convergência das contribuições de vários saberes em prol do sujeito assistido. O campo da Saúde Mental diferencia-se exatamente por sua proposta de interlocução, por sua aposta de que ninguém detém o saber absoluto sobre o Outro. Cabendo assim, à equipe assessorar o sujeito para que este construa seu caminho e encontre as soluções possíveis frente ao sofrimento que o assola, seja pela via da arte, da escrita, nas oficinas terapêuticas, nos espaços de conversas, etc. Importante dizer que cada dispositivo deve atentar-se à escuta singular do sujeito, buscando adequar-se a ele e não enquadrá-lo à proposta do profissional. Ou seja, a proposta psicanalítica opera a partir do que advém da clínica, do que se recolhe das palavras e ações dos pacientes e

dos efeitos da intervenção, extraindo, então, indicações que sustentarão a direção do tratamento, construindo, minimamente, uma referência comum.

Então, a clínica psicanalítica é entendida como a “clínica da fala” (FIGUEIREDO, 1999, p. 128), importando-lhe a realidade psíquica. Ou seja, é necessário possibilitar que o sujeito fale independente do ambiente, sendo imprescindível apenas o encontro entre o analista e o sujeito para uma escuta passível de intervenções. Não necessariamente esse encontro tenha que acontecer individualmente, podendo ocorrer dentro de oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos, nas dependências de um CAPS ou de hospitais psiquiátricos, que ainda estiverem ativos. A tentativa é sempre de inventar novas estratégias para acessar o sujeito, apostando no deslocamento da realidade psíquica a partir dos espaços de escuta clínica ofertados.

Abreu (2008) considera que os analistas devem ter o dever ético de se ocupar dos sofrimentos da sociedade, adequando-se às transformações da humanidade e às demandas oriundas da mesma. Sendo assim, não cabe mais ao analista atuar apenas dentro de consultórios, em salas fechadas, o que configura a forma tradicional de posicionamento do analista na sociedade. Laurent (1999, p. 8) assinala que “há que se passar do analista fechado em sua reserva, crítico, a um analista que participa; um analista sensível às formas de segregação; um analista capaz de entender qual foi sua função e qual lhe corresponde agora”, atribuições que o autor vincula ao conceito de “analista cidadão”.

No contexto atual, com a implantação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico através do movimento da Reforma, o analista deve estar presente exercendo sua função de dar lugar ao sujeito na psicose, mas se adequando às possibilidades e espaços ofertados pelos serviços e pelo próprio sujeito. Evidentemente, há algumas divergências em relação à inserção da psicanálise na saúde mental, por este campo ser heterogêneo e dispor de algumas especificidades que vão além das questões próprias ao que é específico da psicanálise. Portanto, é importante que o analista não recue frente às dificuldades, localizando seu “lugar na instituição sem perder de vista o específico de sua posição” (MONTEIRO; QUEIROZ 2006, p. 11), sustentando sua posição de “analista cidadão”.

Podemos entender a construção do caso clínico como diretriz de um tratamento possível, que deve ser sustentada pelo psicanalista como um saber em construção. Figueiredo (2010, p. 7) coloca a construção do caso como “(...) um fazer – junto. Senão, nos enredaremos em terapias e pedagogias infundáveis na busca de

normatizar, regular e controlar o que nos escapa incessantemente”. Esse “fazer-junto” se configura no trabalho em equipe, principalmente no momento das reuniões, nas quais cada profissional pode contribuir com o seu ponto de vista nas discussões dos casos clínicos, a fim de buscar diferentes alternativas e intervenções para cada caso, a partir do que emerge de cada sujeito.

A reunião de equipe é o espaço indicado para a construção de um caso clínico. Para isso, é preciso que cada um dos profissionais integrantes da equipe multidisciplinar (médico, psicólogo, assistente social, enfermeiro, etc) abdique do saber que concerne a cada um momentaneamente e permita que essa construção se dê a partir do saber de cada usuário. O analista trabalhando na saúde mental tem papel fundamental nesse processo, pois a partir da escuta clínica é possível acolher o que é singular de cada caso e transmitir essas particularidades, o que orienta a prática em equipe.

Além disso, entende-se a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) através do que advém do sujeito em sua singularidade, enfatizando essa construção do profissional junto ao usuário, incluindo-o nas decisões e direcionamento da sua própria vida. É necessário ressaltar a importância da escuta clínica na elaboração de um projeto terapêutico e da flexibilidade do mesmo, na perspectiva de que o PTS é mutável e passível de modificações a partir da demanda diante do caso clínico. O profissional responsável pela construção do PTS é o Técnico de Referência, pessoa elencada para essa função pelo próprio usuário, tendo a tarefa de articular a relação entre o usuário com sua família, com o serviço e com a rede em geral. A escolha de técnico pelo usuário deve estar baseada na relação transferencial desses sujeitos, para que o profissional não perca sua função de norteador da clínica.

Dessa forma, o tratamento analítico do sintoma, torna-se fundamental, considerando o sintoma como expressão singular do sujeito, e referência para a construção de um caso clínico. Freud (1916-7/1996, p. 13) em "O sentido dos sintomas" registra que "(...) os sintomas têm um sentido e se relacionam com as experiências do paciente", o que contraria o posicionamento da ciência médica (psiquiatria) que trata o sintoma como objeto a ser classificado (utilização de manuais de diagnóstico como DSM e CID) a fim de se obter um diagnóstico, desconsiderando o sujeito em sofrimento psíquico e suas experiências, limitando-se a prescrição do tratamento medicamentoso.

Por outro lado, a psicanálise, associa o diagnóstico ao tratamento, a partir da concepção do tratamento enquanto processo de definição do diagnóstico, reforçando a estreita relação do sujeito com o sintoma. Partindo assim, da premissa de que o sujeito é

o do inconsciente, o sintoma passa a ser percebido como "uma formação (neurose) ou uma exposição do inconsciente a céu aberto" (BURSTYN; FIGUEIREDO, 2012, p. 135). Portanto, o profissional orientado pela psicanálise vai acolher o sintoma, abordando-o enquanto manifestação subjetiva, a fim de que seja desdobrado, fazendo vir à tona, um sujeito.

Mas o acolhimento do sintoma e a defesa à singularidade encontram obstáculos em locais em que nos deparamos com uma lógica manicomial, marcada pela exclusão, impedindo que o sujeito tenha seu lugar de voz e autonomia. Nesta lógica, presente em instituições psiquiátricas, como as pesquisadas neste trabalho, há um controle pelo poder sobre os internos (o que irão fazer, vestir, comer,...), impedindo o lugar da diferença. Em minha experiência de estágio no hospital psiquiátrico, presenciei várias situações que ilustram esta lógica, destacando-se uma delas, na qual foram comprados uniformes padronizados para que os internos pudessem usar. Essa ação só reforça a forma como esses sujeitos são considerados e tratados dentro dessas instituições, como todos iguais sem direito à diferença.

A Reforma, ao defender a construção da autonomia e o resgate da cidadania dos portadores de transtorno mental, busca combater essa lógica manicomial de controle. Portanto, a psicanálise é sua aliada nesse propósito, visto que para alcançar a autonomia e resgatar a cidadania, é necessário que seja considerada a singularidade de cada um enquanto ser autônomo e cidadão. Essas pessoas não serão autônomas da mesma maneira. Nesse contexto, destaca-se o trabalho de desinstitucionalização que tem o propósito de concretizar esses objetivos a partir de algumas ações e estratégias específicas. O analista inserido nesse cenário exercerá sua função projetando o melhor para o sujeito, mas considerando o que esse sujeito entende que é melhor para ele.

### **1.3.3 Saúde Mental e o Processo de desinstitucionalização no Brasil**

O período do final dos anos 80, marcado pelo fim da ditadura militar e por mudanças políticas e sociais no país, como a promulgação da Constituição de 1988 e conquistas importantes ao direito e assistência à saúde com o Movimento Sanitário, teve como destaque também, ações que concretizavam mudanças no campo da saúde mental. Este contexto foi favorável para o fortalecimento do movimento da Reforma que surgiu com um novo paradigma no âmbito da saúde mental. Com críticas à hegemonia do modelo manicomial e médico de assistência aos portadores de transtorno mental no

país, a consolidação do movimento resultou na implantação do primeiro CAPS no país (em 1987) e no fechamento do Hospital Psiquiátrico de Santos (retrato de um ambiente de negligência e desumanidade), sendo substituído por uma rede regionalizada de CAPS (BRASIL, 2001). Importante frisar que essas mudanças ocorreram antes mesmo da promulgação da lei 10.216, sem que houvesse estratégias definidas de assistência ao doente mental.

Com a promulgação da lei da Reforma Psiquiátrica (lei nº10.216/2001), como efeito da luta a favor dos direitos humanos e à cidadania dos portadores de transtorno mental, buscando a remodelação da assistência aos mesmos, muitas portarias ministeriais foram implementadas com o objetivo de garantir a efetivação dessas demandas, destacando-se aqui, a estratégia de desinstitucionalização (desins), prescrita na RAPS. As intervenções nesse campo, de acordo com o Art. 11 da portaria nº 3.088, têm como objetivo garantir os direitos e o cuidado integral daqueles que possuem um histórico de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos. Resultando num trabalho que implique a promoção de autonomia e o exercício de cidadania aliado às estratégias substitutivas (BRASIL, 2011).

As práticas de desinstitucionalização se fazem presente nos processos de redução de leitos psiquiátricos e de fechamento do hospital psiquiátrico, mais especificamente com os pacientes que estão internados há muito tempo (2 anos ou mais), adquirindo o caráter de moradores. Quando é constatado que o paciente possui algum vínculo familiar, elabora-se uma estratégia, de acordo com a demanda do caso e dos sujeitos envolvidos (pacientes e familiares), para que ocorra o retorno do paciente para casa. Nesse processo, é articulado o contato com a rede de dispositivos substitutivos para que esse sujeito possa ser acompanhado e tenha acesso ao tratamento adequado fora do hospital. Esses aspectos compõem o programa de Volta Para Casa, que se constitui como uma das estratégias de desins.

Outra estratégia da desins é o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) ou Residência Terapêutica (RT). A RT é um dispositivo destinado àqueles pacientes que tem como possibilidade nula o retorno à família e que não contam com suporte social. Segundo o Ministério da Saúde (2004):

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente "moradia" – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. (BRASIL, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (2004), as RTs podem ter como moradores de 01 até 08 indivíduos, tendo profissionais destinados a dar suporte a esses sujeitos, de acordo com as demandas e necessidades de cada um. Faz-se necessário o acompanhamento desses usuários, função que pode ser realizada pelo CAPS de referência, por uma equipe de atenção básica ou até mesmo por outros profissionais. Esse acompanhamento deve ser feito, considerando a singularidade de cada morador e deverá permanecer mesmo que ele mude de endereço ou retorne ao hospital.

Uma portaria foi instituída criando o Programa de Desinstitucionalização no âmbito do Sistema Único de Saúde (Portaria 2.840). O Programa de Desinstitucionalização tem como objetivos, de acordo com o Art. 3º, a saber:

- I - apoiar e desenvolver ações de desinstitucionalização de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em situação de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos no âmbito do SUS;
- II - apoiar e desenvolver ações e estratégias nos processos de reabilitação psicossocial no território das pessoas desinstitucionalizadas, favorecendo-se os percursos de produção de autonomia e da contratualidade social, de forma a garantir seus direitos e a efetiva participação e inclusão social, fortalecendo a RAPS (BRASIL, 2014).

Para que esses objetivos sejam efetivados, foi criada a Equipe de Desinstitucionalização, que se torna responsável pelas ações de cunho desinstitucionalizante no município, no qual são especificadas no Art. 5º do Programa em 13 itens. O trabalho da equipe de desins está relacionado, dentre outras práticas, ao desenvolvimento de estratégias, junto à equipe de profissionais do hospital psiquiátrico, que promovam a reabilitação psicossocial, a construção do protagonismo e autonomia. Assim como o acesso à cidadania dos pacientes com histórico de longa internação, buscando a reconstrução de referências socioculturais e financeiras, que se perderam a partir da institucionalização desses sujeitos.

Nesse aspecto, ressaltamos a importância da parceria descrita no item I do artigo 5º desse programa, que consiste na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) que é visto como instrumento primordial do trabalho interdisciplinar, proporcionando a participação, reinserção social e construção de autonomia do usuário e familiares em sofrimento psíquico. A construção do PTS deve ser pensada a partir da história e peculiaridades de cada usuário, bem como o contexto no qual está inserido. Para isso, é preciso avaliar as circunstâncias de cada paciente para que não ocorram equívocos nas decisões relacionadas aos mesmos.

Partindo do princípio que o indivíduo é considerado produto das relações sociais, torna-se necessário que o paciente possa estabelecer o maior número de relações com pessoas e coisas, ampliando suas formas de lidar com o meio no qual está inserido (LEAL, 2001). Dessa forma, em um trabalho de desinstitucionalização com pacientes internados por um longo período é importante que se realizem estratégias que objetivem a rearticulação de vínculos com as pessoas, sejam familiares ou não, propiciando a reinserção social desses pacientes. Destacamos a seguir os itens VIII e IX do artigo 5º, que apontam as estratégias que cabem à equipe de desins desenvolver para promover esses encontros.

VIII - desenvolver estratégias de rearticulação de vínculos familiares e/ou sociais e de promoção da participação dos familiares e/ou pessoas das redes sociais das pessoas internadas no processo de desinstitucionalização, tais como atenção familiar, visita domiciliar, reunião de familiares, assembleias, além de ações conjuntas com os familiares e as pessoas internadas;

IX - desenvolver ações que propiciem a interação das pessoas internadas com seus familiares e pessoas da cidade, com criação de espaços para promoção de encontros dentro do hospital e nos territórios da cidade (BRASIL, 2014).

O trabalho de desins é de suma importância para promover a rearticulação dos vínculos familiares e sociais rompidos ou interrompidos com a internação. A partir de intervenções realizadas pela equipe, os familiares podem ser identificados e sensibilizados a participar de forma mais efetiva na vida do paciente, possibilitando o restabelecimento dos vínculos afetivos (quando possível) e utilizando dos diferentes instrumentos para intervir. Essencial ainda, o trabalho de estabelecimento de novas relações sociais.

O item X do artigo 5º do Programa de desins indica a necessidade de articulação de recursos, instituições e a rede de atenção psicossocial, com atenção aos vínculos desenvolvidos pelas pessoas no decorrer da internação. Essa ação é fundamental para favorecer o direcionamento dos pacientes no que se refere ao acolhimento, cuidado e reabilitação psicossocial, tal como descrito a seguir:

- a) retorno à família, quando houver possibilidade de coabitação e convivência, de acordo com projetos terapêuticos singulares;
- b) inserção nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);
- c) para as pessoas com deficiência, quando indicado, encaminhamento para as residências inclusivas, estabelecidas pela Portaria Interministerial nº 03/MDS/MS, de 21 de setembro de 2012. (BRASIL, 2004)

A partir do que foi exposto nessa etapa do trabalho, percebemos que são muitos os desafios a serem enfrentados no trabalho de desinstitucionalização. Sendo fundamental, a atenção ou o cuidado para não adotar a postura equivocada de adequação do paciente a um modelo estabelecido de indivíduo socialmente aceito (LEAL, 2001).



Porém, identificamos algumas conquistas no processo da Reforma Psiquiátrica relacionadas à redução de leitos psiquiátricos e ao fechamento dos hospitais. De acordo com dados de uma pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina, já foram fechados cerca 85 hospitais psiquiátricos no Brasil de um total de 228 no período compreendido entre o ano de 2005 a 2016. Ocorreu também a redução de 15.845 leitos psiquiátricos nesse mesmo período, de um total de 40.942.

De fato, o número de hospitais em funcionamento ainda é grande, indicando a necessidade de intensificação do trabalho para atender o que é preconizado pela Política Nacional de Saúde. É nosso interesse analisar a situação atual do município de Campos, que vem promovendo mudanças relativas à assistência em saúde mental refletindo a realidade nacional.

## CAPÍTULO II - CONTEXTO E PERSPECTIVAS SOBRE O FECHAMENTO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EM UM MUNICÍPIO

No presente capítulo, iremos analisar as percepções, os discursos e efeitos frente ao fechamento do hospital psiquiátrico no município de Campos dos Goytacazes, a partir das entrevistas realizadas para essa pesquisa. Para tal, contextualizaremos a assistência em saúde mental no município, a partir do mapeamento das instituições que compõem a Rede de Saúde Mental, buscando elementos que favoreçam a análise.

Entendendo que o fechamento de uma instituição psiquiátrica faz parte de um processo de mudanças, faremos algumas pontuações sobre o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica na cidade de Campos. Problematicando também questões sobre a forma como vêm ocorrendo as ações desse movimento no município. Para tal levantamento, é preciso lembrar que a imagem do portador de transtorno mental ainda é muito associada à noção de periculosidade, por grande parte das pessoas. Nesta perspectiva, destacaremos as contribuições do coletivo Estamira que busca modificar a visão da sociedade em relação ao louco e a loucura.

Para fundamentar a nossa pesquisa, realizamos entrevistas com pessoas que tem ou já tiveram alguma experiência com uma instituição manicomial, sendo estes, internos, familiares ou trabalhadores de um hospital psiquiátrico; no intuito de compreender o ponto de vista desse grupo em relação ao fechamento do hospital. Essas entrevistas serão apresentadas nesse capítulo, de forma comentada, com destaque para algumas convergências e divergências entre as falas, buscando problematizá-las, a partir do conhecimento que temos sobre o que a Reforma Psiquiátrica preconiza. Dessa forma, a partir dos relatos das entrevistas, associados ao contexto atual da assistência à saúde mental em Campos, iremos refletir sobre os impasses e implicações decorrentes do fechamento de um hospital psiquiátrico.

### **2.1 - Contexto da Psiquiatria em Campos**

O município de Campos dos Goytacazes está localizado na região Norte Fluminense do estado do Rio de Janeiro. O censo de 2010 indica que o município possui população de 463.731 mil habitantes, tendo a maior extensão territorial do estado.

A história da saúde mental no município dá-se a partir do surgimento de dois hospitais psiquiátricos: o Instituto de Doenças Nervosas e Mentais – Sanatório Henrique Roxo, fundado em 1942 e o Abrigo Dr. João Viana, que foi inaugurado em 1947. O nome desta última instituição deve-se a sua finalidade inicial, posto que não era identificado como local de tratamento, mas sim como abrigo para recolher pessoas que causavam algum tipo de desordem nas ruas ou andarilhos. Essa instituição, de caráter filantrópico, era mantida pela Liga Espírita de Campos (L.E.C.).

O Sanatório Henrique Roxo (SHR) foi fundado por psiquiatras em 1942, sendo uma instituição privada com fins lucrativos, contando com 45 leitos em princípio e posteriormente, com a expansão da sua estrutura física e por firmar contratos com a Previdência Social e o SUS, dispôs de 120 leitos. Durante a realização desse trabalho, ocorreu o fechamento do SHR, no dia 26 de outubro de 2017. O processo de fechamento do Hospital Henrique Roxo será apresentado no item Saúde Mental em Campos.

O Hospital Psiquiátrico Espírita Dr. João Viana (HPEJV) foi fundado com o propósito de exercer a caridade, sendo abrigo para aqueles que perturbavam a ordem pública (não eram somente os considerados ‘doentes mentais’, especificamente) e eram detidos na cadeia pública da cidade, sendo mantida por doações feitas pela comunidade. O objetivo do abrigo era dar um tratamento espiritual para essas pessoas. Com o passar dos anos e o aumento da demanda, o abrigo foi se transformando em hospital, tornando-se necessária a contratação de profissionais especializados para atender os internos, além da reestruturação física. Posteriormente, o hospital foi credenciado pelo SUS. Conforme previsão legal, os leitos foram reduzidos de 120 para 80. No entanto, com o fechamento do SHR, houve necessidade de transferência de pacientes, o que resultou no aumento do número de leitos.

Com a instauração desses dois hospitais no município, aqueles que eram vistos e denominados como “loucos” tornam-se alvos de um dito “tratamento” que prevê seu aprisionamento e exclusão do convívio social. A partir desse momento, a loucura passa a ser considerada como doença, objeto do saber médico, o que é visto como única causa para que se estabeleça o cuidado. Porém, esse ato de tratar se baseia no controle e encarceramento do louco, na privação da liberdade, do convívio com a sociedade e na medicalização. Esse modelo de funcionamento dos hospitais psiquiátricos em Campos ainda se mantém nos dias de hoje.

Segundo as informações apresentadas por Nogueira (2001, p. 77) em sua pesquisa de mestrado, as internações dos loucos nos hospitais psiquiátricos do município, não tinham muito critério nesse início de funcionamento dos mesmos. Não existia um local especializado para avaliar as pessoas portadoras de transtorno mental e essa “avaliação” era realizada no Posto de Urgência da Saldanha Marinho, onde toda e qualquer urgência é atendida, inclusive as psiquiátricas.

Em função da ausência de profissionais capacitados nas áreas da saúde mental e psiquiatria, as internações eram feitas, muitas vezes, sem avaliação especializada, visto que eram feitas por médicos generalistas ou neurologistas. Nesse período, ocorreram muitas internações e os hospitais psiquiátricos viviam lotados, pelo fato do tratamento hospitalar ser o único recurso de “cuidado” dos portadores de transtorno mental. Esse contexto de internações sem avaliações especializadas e sem critério perdurou até o final dos anos 80 e início dos anos 90, quando um grupo de profissionais da rede de saúde mental começaram a reivindicar mudanças no atendimento de emergência ao portador de transtorno mental.

Desde o período do final dos anos 80, o município de Campos já se encontrava em processo de busca pelas mudanças na Rede de Saúde Mental. Os trabalhadores em saúde mental do município participaram de eventos importantes do movimento da Reforma Psiquiátrica, como o 1º Encontro Regional de Trabalhadores em Saúde Mental do Norte Fluminense, evento que influenciou politicamente algumas conquistas na área de saúde mental do município. Posteriormente, alguns projetos em saúde mental foram elaborados com o objetivo de remodelar a assistência disponibilizada pelo município nessa área. Um desses projetos foi o “Projeto de Prevenção e Assistência em Saúde Mental para o município de Campos”, que tinha como pontos principais, segundo Nogueira (2001, p. 79): “a necessidade da presença de uma equipe multiprofissional em todos os serviços de saúde mental da rede pública; a expansão da rede ambulatorial; e a criação de uma emergência psiquiátrica como uma ação prioritária”.

De acordo com o projeto, a emergência deveria ser instalada em um hospital público, porém, a emergência psiquiátrica do município, conhecida como Pronto Socorro Psiquiátrico (PSP) foi implantado nas dependências do Posto de Urgência da Saldanha Marinho, citado anteriormente, onde se mantém até hoje. O Posto de Urgência Psiquiátrica deveria ser o local de referência para o início de tratamento daqueles que sofriam de algum transtorno mental. O início do funcionamento do PSP foi marcado por

muitas internações psiquiátricas, visto que o número de leitos nos hospitais era extenso (cerca de 120 leitos para cada hospital), bem como a demanda, já que o PSP era polo de referência para nove municípios do norte-fluminense e a população via o posto como via para a internação psiquiátrica.

Aqui, apontamos os riscos em se manter um pronto socorro como local de referência e porta de entrada para internações. Tais circunstâncias acarretam o aumento do número de internações, contrariando o que a Reforma preconiza (redução gradativa de internações psiquiátricas), enfraquecendo os dispositivos substitutivos como locais de atenção ao sujeito em crise e evitar a internação.

Mesmo passando por algumas reestruturações, tanto físicas, quanto de profissionais (equipes multidisciplinares compostas por psiquiatras, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais), o PSP continuou sendo o local de passagem para uma internação psiquiátrica. Muitas pessoas eram internadas e reinternadas sem que houvesse a preocupação com as possíveis consequências, como a cronificação desses sujeitos. A família dos pacientes tem papel expressivo nesse processo de internações recorrentes, em parte pela dificuldade em lidar com os sintomas do sujeito em sofrimento psíquico e suas variações de comportamento. Ocasionalmente assim, rejeição e abandono no hospital, que se torna o “depósito” desses sujeitos rejeitados; e, em parte, por perceberem o hospital como o “único lugar possível” de tratamento daqueles em sofrimento ou transtorno mental.

Essa prática de internações sem parâmetro, desnecessárias e que, em muitos casos estava associada à ausência de serviços substitutivos às internações, pode ser a explicação para a prevalência do modelo hospitalocêntrico como modelo de assistência à saúde mental no município.

Entendemos o modelo hospitalocêntrico, como aquele baseado no cuidado da saúde somente em hospitais e no tratamento a base de medicamentos. No caso de um hospital psiquiátrico, este modelo está baseado no (des) cuidado do paciente, pois a maioria recebe um tratamento desumano. Os internos, quase sempre se encontram sujos, sem banho, descalços, dormindo no chão frio, sendo submetidos a um tratamento medicamentoso excessivo com o objetivo de controle desses sujeitos (realidade dos hospitais psiquiátricos da cidade de Campos).

Considerando a proposta da reforma psiquiátrica, prevista na lei 10.216, que se embasa na substituição deste modelo para um substitutivo, orientado para atenção aos

cuidados e inclusão social, este modelo hospitalocêntrico contraria a Política Nacional de Saúde Mental.

O modelo de assistência à saúde mental baseado em um tratamento asilar, de maus tratos, de controle e de exclusão social é contestado, originando o movimento da Reforma Psiquiátrica que surge com o objetivo de modificar esse modelo vigente até então. O movimento da Reforma fundamenta-se na denúncia dessa forma de tratar, promovendo um tratamento que visa a garantia da cidadania, do direito de ir e vir, ou seja, um tratamento mais humanizado, com foco no sujeito, na sua história de vida e no seu sofrimento.

O movimento da reforma psiquiátrica foi fortalecido a partir da aprovação a Lei 10.216/01 que deu origem à Política de Saúde Mental, ocasionando o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental no Brasil. Muitas mudanças ocorreram, com o objetivo de melhorar e humanizar a assistência aos portadores de transtornos mentais. Entretanto, no município de Campos essas transformações vêm ocorrendo de forma lenta. Discorreremos, a seguir, sobre algumas ações realizadas no município de Campos relativas ao processo de Reforma Psiquiátrica na cidade, analisando o contexto de assistência à saúde mental.

### **2.1.1 Saúde Mental em Campos**

O município de Campos tem um histórico de assistência em saúde mental voltado para o modelo hospitalocêntrico, como relatado anteriormente. A existência de dois hospitais psiquiátricos na cidade pode ter influenciado uma parcela da população a acreditar no discurso de que a internação seria a melhor alternativa para tratamento dos portadores de transtornos mentais.

A maioria das pessoas não tem conhecimento da real condição dos internos nos hospitais psiquiátricos e não percebe como esses sujeitos são afetados pelas internações de longa permanência, na medida em que sua subjetividade é negada e que são submetidos ao controle institucional. O fato do paciente se apresentar sob efeito da medicação (muitas vezes excessiva) é interpretado pelos familiares como um estado de equilíbrio do mesmo, conforme expressões advindas do grupo de família no qual estava inserida durante o estágio no hospital: “aqui ele fica bem, fica mais calmo e toma o remédio”; “esse tempo no hospital está sendo bom para ele, porque ele não para em casa, fica na rua direto”; “quando tem crise, é complicado, só internando mesmo”. É

predominante a ideia de que o hospital psiquiátrico é o lugar para tratamento do doente mental e, no caso específico da cidade de Campos, para tratar também, os usuários de álcool e outras drogas.

Entretanto, apesar dessa lógica de internação estar bem estabelecida na sociedade campista, as autoridades municipais sentiram a necessidade de repensar o funcionamento desse modelo de saúde mental centrado no tratamento hospitalocêntrico, o que resultou na criação do cargo de Coordenador de Saúde Mental, no início dos anos 90. Essa ação teve como objetivo remodelar esse modelo de assistência, buscando constituir outras formas de tratamento, substitutivas à internação psiquiátrica.

O primeiro dispositivo a ser implantado na cidade, como parte dessa mudança na assistência e estratégia do processo da reforma psiquiátrica, foi o CAPS Dr. Ari Viana, no ano de 2000. Esse dispositivo se configura em um CAPSad, que é destinado aqueles que possuem algum transtorno decorrente do uso e dependência de álcool e outras drogas, oferecendo atendimento diário. No ano de 2002, o CAPS Dr. João Batista Gomes, o CAPS II é inaugurado, garantindo atendimento diário para adultos que sofrem de transtornos mentais mais graves.

Atualmente, Campos conta os serviços de CAPS em todas as áreas; o CAPS Dr. Romeo Casarsa (CAPS III) que atende a população adulta com transtornos mentais mais graves e persistentes, diferenciando-se por oferecer tratamento 24 horas; o CAPS Dr. João Castelo Branco (CAPSinfantil), que atende diariamente crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais. Esses serviços têm como objetivo, segundo o Ministério da Saúde, 2004:

Oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. (Brasil, 2004)

Os CAPS representam uma nova estrutura de atenção à Saúde Mental. No entanto, as nomeações dos CAPS do município parecem apontar para a manutenção das práticas médicas de intervenção sobre a loucura, que remetem ao funcionamento de um hospital psiquiátrico, desconsiderando o objetivo fundamental desses dispositivos de rompimento com a lógica manicomial.

Aqui, cabe pontuar, que os CAPS têm como uma de suas finalidades dar suporte e acolher os sujeitos em crise e seus familiares, para evitar uma internação. Entretanto, percebe-se que em alguns momentos, os próprios trabalhadores dos

dispositivos do município exercem suas funções sob a lógica manicomial, o que compromete o processo de Reforma Psiquiátrica no município. Em situações, nas quais o sujeito portador de transtorno mental se encontra em crise, este nem sempre é acolhido pela equipe do dispositivo, que por vezes considera a internação uma alternativa viável.

Devemos também ressaltar que a família é considerada aliada nos cuidados do sujeito em sofrimento psíquico, mas também precisa receber apoio da equipe para administrar situações em que se encontra fragilizada em função da demanda decorrente da condição psíquica do mesmo. Os familiares devem ser percebidos como parte integrante de todo o processo de tratamento, no acompanhamento clínico, na construção de autonomia e na reinserção social dos usuários. As limitações da rede, no acolhimento aos familiares reforçam a identificação do hospital como “único lugar possível” de tratamento dos portadores de transtorno mental.

A cidade de Campos também conta com uma Residência Terapêutica (RT), onde residem nove pessoas, sendo seis homens e três mulheres. Esse dispositivo instituído no final do ano de 2014 foi a primeira RT do Norte Fluminense a ser implantada. Os moradores da RT campista são ex-internos de longa permanência dos hospitais psiquiátricos do município.

Como relatamos no início desse capítulo, o SHR foi fechado durante a realização desse trabalho de pesquisa. Destacamos que esse fechamento se deu a partir do trabalho de desins que passou a ser mais efetivo na gestão do atual governo, com o desenvolvimento de ações desinstitucionalizantes, tais como: resgate de laços familiares; retorno para casa de pessoas com histórico de internação de longa permanência e residentes de outros municípios; regulamentação de documentação de pessoas que estavam sem nenhuma identificação, através de parceria com a Defensoria Pública; dentre outras.

Em entrevista para este trabalho de monografia, a coordenadora da atual equipe de desins, a psicóloga Enara Vieira, esclareceu o modo como o processo de fechamento estava ocorrendo. Cabe ressaltar que a entrevista ocorreu antes do fechamento do SHR. Segundo a psicóloga:

No início a proposta seria diminuir o número de leitos. Seria diminuir de 120 em cada para 80, nos dois. A proposta para esse ano, esse ano era só isso. Só que isso foi muito mais rápido do que a gente imaginou (...). Os próprios hospitais começaram a demandar então, que seria melhor o fechamento, tanto do João Viana, quanto do Henrique Roxo, principalmente por conta de questão financeira né.



Em virtude do Sanatório Henrique Roxo já experimentar dificuldades financeiras, a redução de leitos acentuou essa condição econômica desfavorável e, como a instituição visa lucro, a redução das internações psiquiátricas implica na diminuição dos lucros. Dessa forma, a situação financeira do Henrique Roxo favoreceu o seu fechamento. É importante destacar que a existência de outro hospital psiquiátrico na cidade para dar “suporte” foi fundamental para o encerramento das atividades do SHR.

O SHR possuía um grande número de moradores, pessoas com histórico de internação de longa permanência, sem vínculos familiares ou sociais. O recomendado para esses casos é que seja realizado um trabalho de desins com esses internos, objetivando sua saída do hospital e reinserção na sociedade, além da existência de moradias como as RTs. Estas constituem-se em modalidades assistenciais substitutivas à internação psiquiátrica prolongada, funcionando como suporte para os portadores de transtornos mentais, objetivando a reinserção à vida comunitária.

Ocorre, entretanto, que no município existe apenas uma residência terapêutica, sendo imprescindível a instalação de outras unidades para atender à demanda proveniente dos pacientes com grave dependência institucional. Face à situação gerada com o fechamento a curto prazo do SHR, foi efetuado o processo de transinstitucionalização, ou seja, os internos que se encontravam no SHR foram transferidos para o HPEJV, como estratégia de desinstitucionalização. Segundo Enara, a transferência se apresentou como alternativa para favorecer o fechamento do SHR, tendo em vista a necessidade de estruturação do município para atender esses sujeitos afetados pelo processo de institucionalização, através dos dispositivos substitutivos à internação (leitos psiquiátricos em hospitais gerais e residências terapêuticas).

Neste ponto, cabe registrar que o fechamento do SHR pode ser considerado um marco importante no processo de Reforma Psiquiátrica no município de Campos. Porém, ressaltamos que essa ação só ocorreu 16 anos após a promulgação da lei 10.216 e a Rede de Atenção Psicossocial não está estruturada para atender a demanda de portadores de transtorno mental. Assim, entendemos os esforços empreendidos por alguns profissionais comprometidos com o movimento da Reforma e os avanços obtidos no campo da saúde mental. Ainda sim, há muito por fazer em termos de investimento do poder público na capacitação de profissionais para trabalhar na rede sob a lógica antimanicomial e na estruturação da rede, e também a necessidade de ampliação das discussões e debates em torno da saúde mental.

No que diz respeito ao HPEJV, o fechamento deverá ocorrer a médio/longo prazo, visto que como parte do processo de transistitucionalização, recebeu um grande número de internos de longa permanência oriundos do SHR, tendo atualmente cerca de 50 pacientes nessa condição. Assim, consideramos que o HPEJV retoma o seu caráter inicial de abrigo, o que acarretará dificuldades em um futuro processo de fechamento. Atualmente, o HPEJV encontra-se com 63 leitos masculinos e 33 femininos ocupados.

Por ser uma instituição filantrópica atendendo os portadores de transtorno mental que não podem pagar pelo tratamento, sendo oriundos do município de Campos e de cidades próximas, o HPEJV sempre contou com grande apoio financeiro da comunidade, que se sensibiliza com o propósito de realização da caridade. O caráter assistencial da instituição reforça a percepção do hospital como lugar de cuidados, por parte da população, sendo um dificultador da compreensão da necessidade do seu fechamento, na medida em que se considera que aqueles que são atendidos pela instituição ficarão em situação de desassistência. Essa concepção decorre da falta de conhecimento sobre as formas de assistência ao portador de transtorno mental, segundo as diretrizes da Reforma.

Para que ocorra o fechamento do HPEJV, ainda que futuramente, torna-se imprescindível a intensificação das intervenções das equipes de saúde mental junto aos familiares dos internos e a população no que diz respeito à percepção e assimilação das formas de tratamento que se apresentam como substitutivas à internação. É importante que as pessoas entendam que a redução de leitos psiquiátricos que implica no fechamento dos hospitais são fatores oriundos de uma lei Federal (lei 10.216/01). Ressaltamos que outros segmentos da sociedade vêm contribuindo de modo significativo na fomentação de discussões sobre a Reforma Psiquiátrica na cidade, destacando-se dentre estes, o Coletivo Estamira.

### **2.1.2 Coletivo Estamira**

É de conhecimento geral que um coletivo se configura como um grupo de pessoas com interesses em comum, sejam estes interesses políticos, artísticos ou de qualquer outra ordem. Esses grupos têm como principal característica a participação efetiva dos integrantes nas decisões, de maneira democrática.

O coletivo Estamira surgiu em 2015, a partir de uma reunião convocada por uma docente da Universidade Federal Fluminense do Pólo Universitário de Campos dos

Goytacazes (UFF – PUCG). Foram convidados para essa reunião aqueles que tinham interesse realizar um evento no dia 18 de maio (de 2015), identificado como o dia Nacional da Luta Antimanicomial. Assim, cerca de 10 pessoas compareceram à reunião, segundo uma das integrantes do coletivo, que foi entrevistada. Nesse dia, já começaram a idealizar a elaboração de uma carta de esclarecimento sobre o que seria esse dia 18 de maio. Após esse encontro, muitas ideias surgiram para realização do evento, que inicialmente aconteceria em um dia e se estendeu por uma semana, estreando a Semana da Luta Antimanicomial Goytacá.

Nesse movimento de preparação de um evento que seria realizado pela primeira vez no município, surgiram inúmeras propostas, a partir do contato daqueles que estavam envolvidos com esse projeto. Circunstância constatada pelo próprio grupo de que havia algo maior, além da organização de um evento. A partir dessas constatações, o grupo se definiu como um coletivo, até então sem nomeação. Uma das propostas da Semana da Luta Antimanicomial era passar o documentário *Estamira*, que conta a história de uma mulher chamada Estamira, que sofria de transtornos mentais, era catadora de lixo e morava em um lixão, mas em meio aos seus delírios quotidianos, sustentava um discurso filosófico marcado por momentos de lucidez, nos quais fazia reflexões absolutamente contundentes.

O grupo foi nomeado como Coletivo Estamira em homenagem a Estamira: uma mulher pobre, negra e marcada pela loucura. O coletivo, que leva seu nome, é composto atualmente, por estudantes da UFF-PUCG. De acordo com uma das entrevistadas, o objetivo do coletivo atualmente é de estar mais perto da Rede de Saúde Mental, buscando firmar um acordo de apoio mútuo, realizando trabalhos de intervenção nessa área. O coletivo Estamira tem se apresentado como um importante ator na proposta de mudança da visão da sociedade em relação ao louco e a loucura, que por sua vez, pode estar associada aos posicionamentos das pessoas frente à possibilidade de fechamento de um hospital psiquiátrico.

## **2.2 Sobre os Olhares**

As informações obtidas nessa etapa do trabalho têm como objetivo apresentar as impressões sobre o funcionamento de um hospital psiquiátrico, daqueles que tem ou já tiveram alguma experiência com uma instituição manicomial. Tem como finalidade, especialmente, apreender o ponto de vista dos mesmos em relação à

possibilidade do fechamento do hospital na cidade de Campos dos Goytacazes. Essas informações foram coletadas a partir de entrevistas, abordagens e reuniões com profissionais da área de saúde mental, familiares de internos de hospital psiquiátrico, um interno e um ex-interno de um hospital psiquiátrico.

Busquei conduzir as entrevistas a partir de perguntas abertas que possibilitassem aos sujeitos se expressarem de modo mais livre sobre o tema proposto. O tema é relativo à percepção dessas pessoas em relação ao processo de Reforma Psiquiátrica em Campos e ao processo de fechamento do hospital psiquiátrico. Dessa forma, apresentamos a seguir essas entrevistas de forma comentada, destacando alguns pontos desses relatos e as divergências e convergências presentes nos discursos.

### **2.2.1 - Experiência de ser um interno**

Iniciamos com o relato das experiências de D., um ex-interno de um hospital psiquiátrico e a M., uma atual interna de um hospital psiquiátrico.

D. teve duas internações de três anos em um Hospital Psiquiátrico do município, sendo diagnosticado como esquizofrênico. Ele demonstra ter um vínculo muito forte com o hospital, construído no tempo em que esteve internado. Atualmente ele mora de aluguel com mais uma usuária do serviço de saúde mental, no entanto, expôs que sente saudades do hospital em alguns momentos: "Eu mesmo às vezes, sinto falta de lá (...). Eu me sentia em casa lá, eu me sentia numa família (...)".

Em seu relato comenta que era o único interno do hospital que podia se deslocar, ir à rua, ir ao CAPS sozinho e atribuiu essa sua condição de "liberdade" ao fato dos profissionais confiarem nele, porque desempenhava determinadas tarefas com alguns pacientes como fazer barba, cortar cabelo e dar banho. Ele mostra-se bem orientado, capaz de gerenciar sua vida muito bem. Entretanto, ele julga não ter condições de viver em sociedade, como relata: "Mas eu não tenho condições mais de viver em sociedade assim, de receber salário, trabalhar de carteira assinada...". No período em que esteve morando na rua, embaixo de uma ponte da cidade, ele foi "pego" e encaminhado para o hospital psiquiátrico novamente, permanecendo internado por mais três anos.

Pelo fato de D. sempre ter demonstrado ser independente, autônomo e capaz de gerir a sua vida, o trabalho de desinstitucionalização foi realizado, para que o mesmo pudesse estar fora do hospital, residindo sozinho e retornando ao convívio na sociedade.

Ainda tem dificuldades de lidar com algumas situações cotidianas e afirma que é muito difícil esse retorno à sociedade, com relação ao trabalho, associando esse fator ao seu diagnóstico de esquizofrenia como evidência nessa fala: "O esquizofrênico é um cortado do mundo, sabe? Ele não tem mais cabeça pra... Eu tiro por mim e por várias pessoas que eu conheço. Não tem mais condições de voltar ao mercado de trabalho".

Em vários momentos da conversa, destacou a situação de pacientes do hospital que são mais cronificados, devido à internação prolongada e que possuem maiores dificuldades de se cuidarem sozinhos. Para ele, essas pessoas não têm perfil para uma residência terapêutica, sendo melhor permanecerem no hospital. Mas, é preciso trazer alguns dados sobre o serviço residencial terapêutico, segundo a portaria nº 106<sup>4</sup> do Ministério da Saúde. Segundo esta portaria, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) possuem duas modalidades (Tipo I e Tipo II) e, cada modalidade tem sua especificidade (BRASIL, 2000). No que se refere à esses pacientes citados por D., com maior dependência e alguns comprometimentos que demandam cuidados mais específicos, o SRT tipo II seria a moradia indicada, por contar com um maior número de cuidadores.

A partir do relato de D., fica evidente que ele construiu um vínculo forte com o hospital no qual foi internado, o que pode ser compreendido pelos fatores que ele mesmo expôs, pela sua condição dentro da instituição, que claramente não é a mesma condição de muitos outros internos. Ou seja, de acordo com o que foi exposto por ele, sua experiência como interno pode ser considerada agradável, até mesmo porque sente falta do hospital. Esse sentimento pode estar associado ao fato de que no hospital tinha acesso aos recursos básicos para sobrevivência e tratamento, tais como, remédios, alimentação, material de higiene, roupas, entre outros. O trabalho de desins é fundamental para que não ocorra esse retorno para a instituição, a partir do rompimento da dependência desenvolvida por grande parte dos pacientes.

M. está internada no hospital psiquiátrico há mais de um ano. É oriunda do município de Macaé. Segundo o relato da assistente social do hospital, M. já esteve internada anteriormente e após a alta retornou à cidade de origem. Porém, não há informações sobre a reintegração familiar. M. permaneceu um período no pronto socorro da cidade de Macaé que é conhecido por atender pacientes psiquiátricos em

---

<sup>4</sup> Portaria Ministerial da Política Nacional de Saúde Mental que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do SUS, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Disponível em anexo.

crise e encaminhá-los para internação nos hospitais psiquiátricos de Campos. Dessa forma, após passar um período nessa unidade de atendimento, M. reinternou no mesmo hospital do município campista. Muitas tentativas de entrar em contato com os familiares da M. foram realizadas pela equipe do hospital, mas sem sucesso.

Na abordagem realizada com ela, com o objetivo de conhecer um pouco da sua experiência no hospital psiquiátrico, M. apresentou-se muito chorosa, relatando que ninguém a visita, que está há muito tempo internada e que deseja ir embora. Chega a dizer que não aguenta mais ficar ali. Costuma ficar muito deitada, não tendo interesse pelas atividades que são oferecidas pela instituição, nem mesmo as oficinas terapêuticas organizadas pelos estágios de psicologia da UFF. Ela comenta as vezes que seu cabelo foi cortado dentro do hospital contra sua vontade, circunstância que evidencia a forma de tratamento dessa instituição, que não escuta o sujeito, que ignora o seu querer. Podemos dizer que M. denuncia esse lugar de objeto que os internos ocupam, sem direito a ter voz, como ela ilustra com a impossibilidade de decidir sobre seu próprio corpo.

Apesar dos relatos e da percepção diversa em relação ao hospital, fica evidenciado que D. e M. foram afetados pela experiência de institucionalização. D. considera o hospital como lugar de cuidados, a partir da vinculação que estabeleceu com a instituição. As saídas do hospital em determinadas situações eram percebidas por D. como condição de liberdade, quando na realidade essa sensação de liberdade não era concreta, pois a prática de controle sempre esteve presente na medida em que dependia da autorização da instituição para sair e tinha horário para voltar, não tendo autonomia para tomar decisões. Outro aspecto do controle se reflete nos dois longos períodos de internação do D., que ocasionaram a sua dependência institucional, determinando seu posicionamento face ao fechamento do hospital.

Analisando os relatos de M., constatamos que se refere de forma mais direta ao controle a que foi e é submetida no hospital, afirmando que é desconsiderada enquanto sujeito de direitos e de vontades, apresentando-se apática. Podemos ainda identificar que a sua recusa em participar das oficinas terapêuticas se configure com a única decisão que ela pode tomar dentro da instituição, mesmo que dessa forma recuse também a oportunidade de estar se expressando mais livremente. Dando continuidade a apresentação dos dados de nossa pesquisa, faremos considerações baseadas nos discursos advindos dos familiares.

### 2.2.2 O que dizem os familiares

Apresentaremos aqui, os dizeres dos familiares que fizeram parte do grupo de famílias, realizado em um dos hospitais psiquiátricos que está prestes a fechar.

O Grupo de famílias é realizado por estagiárias de psicologia da área de saúde mental, com os familiares que visitam os internos. Participei de alguns encontros, nos quais surgiu a questão do fechamento do hospital e, junto com a minha colega de estágio, abordamos a questão para que os familiares pudessem manifestar o seu ponto de vista.

Durante a conversa sobre o fechamento do hospital, ficou evidente que os familiares não estão satisfeitos com a possibilidade de fechamento do hospital, mas no decorrer da conversa compreende-se que há falta de informação e conhecimento do que a Reforma Psiquiátrica preconiza. Os familiares consideram que o paciente que está internado teria apenas o hospital psiquiátrico como meio de tratamento nos momentos de crise e que daria continuidade ao tratamento nos dispositivos da rede, após a sua alta. Quando questionados se o tratamento fora do hospital, nos dispositivos da rede, daria conta de manter o sujeito estável, um familiar diz que “não, que seria necessário passar pelo hospital primeiro para depois dar seguimento em um dispositivo”.

A identificação do hospital como primeira alternativa para acolhimento e tratamento do sujeito em crise reflete a existência da lógica manicomial na fala do familiar. Essa concepção pode estar relacionada também às falhas apresentadas pelos dispositivos que demonstram incapacidade em acolher o sujeito em crise e seus familiares, conforme descrito anteriormente. Tal fala contraria os pressupostos da Reforma que prevê a internação somente em último caso, quando os serviços substitutivos se mostrarem insuficientes, devendo ser considerados como primeira alternativa para o tratamento.

Os familiares participantes do grupo demonstraram saber da existência dos dispositivos, porém, não têm conhecimento da sua forma de funcionamento. Sabemos que existem familiares que preferem deixar o sujeito em sofrimento psíquico que está na condição de interno, até mesmo residindo em hospitais psiquiátricos, para não assumir o "trabalho" de cuidar ou de investir em um tratamento adequado para o mesmo. Entretanto, há também aqueles que se preocupam,

no entanto pela falta de informação acabam acreditando que o hospital psiquiátrico é o único recurso para tratar esse sujeito.

Um familiar que tem um dos seus membros internado por dependência química severa nos questionou em relação ao fechamento do hospital: "Aí eu te pergunto, onde, se vocês disseram agora aí que não vai mais ter esse apoio de uma casa como essa aqui, onde ele será tratado?". Na sua concepção, sob a lógica de abstinência total, o hospital seria o único local para reabilitar esse sujeito que se encontra em uma fase de uso abusivo de substâncias psicoativas, demonstrando comportamento agressivo, fator que o familiar coloca como sendo um risco para ele mesmo e para sua família. Ou seja, a ideia de internar para tratar está associada ao isolamento social do indivíduo e, segundo o familiar, o hospital seria o local para que os sujeitos na condição de dependentes químicos, sejam "acalmados", fiquem mais "distantes da droga".

Sobre o questionamento do familiar citado acima, foi esclarecido que o município possui os dispositivos de referência e tratamento para aqueles que sofrem com transtornos mentais e para aqueles que problemas com uso de álcool e outras drogas. Esse familiar, em específico, foi orientado que o CAPS AD seria o local indicado para o tratamento de seu sobrinho, inclusive nos momentos de uso acentuado, pois esse dispositivo dispõe de leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação. Quando foi mencionada essa função do dispositivo, mostrou-se surpreso, relatando que conhecia o dispositivo, mas que não tinha ciência dessa atribuição do mesmo.

Em virtude do que foi mencionado pelos participantes no grupo de família quanto ao fechamento do hospital, é possível identificar que, apesar da rede de saúde mental campista ser composta por dispositivos substitutivos às internações nos hospitais psiquiátricos, ainda se faz necessário maior informação e divulgação sobre os mesmos. Nos casos em que o uso de álcool e outras drogas se faz presente, o encaminhamento para o CAPS AD possibilitaria a esse sujeito um tratamento adequado, fazendo com que a internação psiquiátrica só se realize como último recurso. Aqueles em sofrimento psíquico intenso, inclusive em seus momentos de crise, poderiam ser acolhidos no CAPS III, que se constitui como serviço adequado para esse tipo de condição o que, por consequência, evitaria internações recorrentes.

É incontestável que muitos cidadãos campistas não têm ciência das funções desses dispositivos ou até mesmo da existência deles, acreditando que o único meio de tratar é isolando aqueles que sofrem com alguma doença psiquiátrica em um hospital. É



preciso que a rede de saúde mental se fortaleça, fazendo com que as informações e as mudanças em relação ao processo de Reforma Psiquiátrica do município alcancem toda a população. Após apresentarmos os dados de nossa pesquisa sobre alguns discursos presentes entre os familiares, seguiremos com aquilo que pudemos apreender dos dizeres dos trabalhadores.

### **2.2.3 Concepção dos trabalhadores**

Inicialmente, cabe ressaltar, que as considerações expostas no presente trabalho relativas à concepção dos profissionais, que atuam ou atuaram na área de saúde mental do município em relação ao fechamento dos hospitais, diferenciam-se na medida da percepção individual sobre os cuidados dos portadores de transtornos mentais.

Dos profissionais entrevistados, uma parte é constituída de funcionários de longa data de um hospital psiquiátrico e detém um pensamento pautado ainda na lógica manicomial e a outra parte possui posicionamento divergente em relação ao fechamento dos hospitais, sustentando uma lógica antimanicomial.

Quanto à visão dos profissionais dos hospitais psiquiátricos, em relação ao modo como está ocorrendo o processo da Reforma Psiquiátrica no município, as respostas se assemelham. O posicionamento de G. e P., a princípio, é favorável à Reforma Psiquiátrica, mas não a favor do fechamento dos hospitais. Acreditam que o problema dos hospitais psiquiátricos é a falta de recursos para oferecer um cuidado adequado, reconhecendo que o tratamento é desumano, mas se houvesse investimento, isso seria diferente. Destacam que a rede substitutiva às internações não é estruturada o suficiente para desempenhar sua função de suporte aos portadores de transtornos mentais graves.

O posicionamento a favor da Reforma Psiquiátrica, mas contrário ao fechamento dos hospitais é contraditório, já que a lei da Reforma Psiquiátrica (lei 10.216/01) prevê, entre outros aspectos, a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e a substituição destes por leitos em hospitais gerais, o que inviabiliza a permanência de instituições psiquiátricas. Além disso, percebemos a falta de entendimento por parte de G. e P., a respeito da proposta da Reforma, pois esta se pauta no fechamento dos hospitais por considerar que esses locais não se constituem em um modelo de atenção e cuidado. Ao contrário, apresentam-se como modelos de exclusão e de manutenção dos internos em posição de controle a um poder. É certo que a rede não está devidamente

estruturada, o que não implica na necessidade de reforma do hospital psiquiátrico para suprir as falhas da rede.

As profissionais T. e K. possuem outro discurso. A profissional T. manteve contato com uma instituição psiquiátrica a partir de um estágio realizado na área de saúde mental, na época da graduação em psicologia. Em seu período de estágio realizou oficinas terapêuticas com os internos, que é uma estratégia da política de saúde mental que tem como objetivo inserir os sujeitos em um laço social permitindo que expressem sua singularidade e subjetividade. A profissional K. também manteve contato com o hospital psiquiátrico durante sua graduação em psicologia e, segundo ela, essa experiência a afetou de tal forma que a convocou a fazer algo para mudar a realidade relativa ao tratamento dos internos. Hoje, K faz parte da equipe de desinstitucionalização do município.

Em relação ao fechamento do hospital como resultados dos movimentos da Reforma Psiquiátrica em Campos, T. e K. acreditam que esse feito tem muita importância para o município. No entanto, ressaltam que não adianta apenas fechar o hospital, outras ações devem estar envolvidas nesse processo. Para T., é fundamental que se tenha uma rede estruturada para dar o suporte necessário para que esse processo seja efetuado da melhor maneira possível para aqueles que serão beneficiados (atuais moradores do hospital), ressaltando a importância do processo de desinstitucionalização da loucura nesse movimento.

Na opinião de K, o processo de Reforma Psiquiátrica no município está ocorrendo de forma lenta por uma questão cultural da cidade, pois predomina uma lógica que dá espaço à internação. Para ela, a reforma deve ser feita com a sociedade, com as pessoas, com discussões que favoreçam a mudança cultural, fazendo com que a população entenda que tratar em liberdade é possível e melhor. Ela ainda destaca que “enquanto for senso comum em Campos, de que internar é a solução, de que maluco tem que estar contido, a reforma vai continuar se dando a passos lentos”.

A partir das abordagens realizadas, ficou evidenciado que, grande parte dos profissionais que atuam nos hospitais psiquiátricos, considera que as mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica podem ocorrer independentemente do fechamento dos hospitais. Portanto, é urgente a necessidade de mudança da percepção por parte destes profissionais sobre o que representa o Hospital Psiquiátrico na história do cuidado aos portadores de transtornos mentais.

Em síntese, apresentamos neste capítulo as questões que permeiam o fechamento do hospital psiquiátrico em uma cidade. Tendo por base o contexto das instituições psiquiátricas e da saúde mental no município de Campos, percebemos que a assistência à saúde mental é pautada no modelo hospitalocêntrico. No entanto, mudanças foram e estão sendo efetivadas a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, objetivando a implantação de novas formas de tratamento dos portadores de transtornos mentais. Mais recentemente, ações desenvolvidas pela equipe de desins resultaram no fechamento de um dos hospitais psiquiátricos do município. Apesar disso, ainda constatamos que a lógica manicomial se faz muito presente nos discursos e posicionamentos frente o fechamento do hospital, a partir da pesquisa realizada para esse trabalho.

## CONCLUSÃO

O presente trabalho partiu do interesse de aprofundar o conhecimento sobre a percepção de familiares, internos, ex-íternos e profissionais do campo da saúde mental, frente à possibilidade de fechamento de um hospital psiquiátrico na cidade. Para entendermos este processo de fechamento, retomamos o movimento da reforma psiquiátrica brasileira que teve início no final dos anos 70, anterior a promulgação da lei 10.216/2001, que prevê em última instância o fechamento dos hospitais psiquiátricos.

A resistência de uma parcela da sociedade em assimilar os motivos dessa ação e de reconhecer a existência de formas substitutivas (ao hospital psiquiátrico) de assistência e tratamento ao portador de transtorno mental, me causaram estranhamento, despertando a motivação para realizar essa pesquisa. Para desenvolvimento do estudo, foram realizadas entrevistas e pesquisas bibliográficas para a fundamentação do tema.

Para possibilitar a compreensão sobre o processo de encarceramento da loucura e de exclusão do louco, realizamos um percurso histórico, que favoreceu a compreensão atual sobre a loucura, em especial a partir da contribuição de Foucault para o tema. Fizemos o percurso histórico acerca do processo da institucionalização da loucura, a partir do trabalho de Pinel, dando origem à psiquiatria e ao hospital psiquiátrico. Mesmo efetivando a reforma da instituição hospitalar (Hospitais Gerais em Instituições Psiquiátricas), com o objetivo de proporcionar ao louco um tratamento "indicado" através da prática médica, a forma de tratamento, pautada no modelo asilar, desumano e violento se manteve, assim como sua exclusão social.

Partindo desse percurso histórico, caminhamos pelos movimentos reformistas que visavam à transformação na assistência psiquiátrica, evidenciando a experiência de Franco Basaglia na Itália, iniciando o processo de desinstitucionalização em um Hospital Psiquiátrico. Esse movimento de reforma italiana exerceu grande influência no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, que vem alcançando muitas conquistas referentes às mudanças do modelo assistencial da loucura, redução do número de leitos psiquiátricos e fechamento de manicômios. Um marco nesse processo foi a promulgação da lei 10.216/2001, a lei brasileira da Reforma Psiquiátrica, que representa a regulamentação do campo da saúde mental em nosso país.

A lei 10.216 é constituída por várias diretrizes e estratégias que objetivam desmontar o modelo hospitalocêntrico vigente até então, implantando os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico para que se efetive uma nova forma de tratar o

portador de transtorno mental, visando seu bem estar, sua autonomia, seus direitos, sua livre circulação e troca com o espaço social. Observamos que a lei busca garantir os direitos do portador de transtorno mental, no entanto, não aponta os meios para sua efetivação. Diante disso, concluímos que são os profissionais que atuam na rede de atenção psicossocial que deverão favorecer o alcance dos objetivos, pois não se trata de uma mera reforma dos espaços físicos que substituem hospitais por serviços como Caps e Residências Terapêuticas.

Enfatizamos nesse ponto, a presença dos profissionais ligados à psicologia e psicanalistas em todo o movimento da Reforma. A psicanálise, ao possibilitar a compreensão do sofrimento psíquico pela via da fala, torna viável o tratamento do sujeito, a partir do resgate de sua singularidade. Constata-se que cabe ao psicanalista apostar na emergência dos sujeitos, muitas vezes apagados em processos padronizados e universalizantes. A tarefa do psicanalista é intervir a partir daquilo que o sujeito lhe traz em sua fala, em suas produções. No contexto da reforma, a psicanálise assegura a dimensão da clínica na prática institucional, sustentando a importância de garantir a particularidade de cada caso.

Para contextualizar a Assistência em Saúde Mental em Campos, foi necessário realizar o mapeamento das instituições psiquiátricas do município, nos remetendo aos cuidados dispensados aos portadores de transtorno mental, que se resumiam a internações psiquiátricas, para favorecer o entendimento dos impasses e implicações do processo de fechamento do hospital psiquiátrico. O município tem sua história na saúde mental marcada pela presença de dois hospitais psiquiátricos e um serviço de pronto socorro psiquiátrico como porta de entrada para internações.

Entendemos que a forma de funcionamento do pronto socorro é contrária ao que é preconizado pela Reforma Psiquiátrica, visto que a Política Nacional de Saúde Mental prevê que a internação ocorra apenas quando forem esgotadas as possibilidades de atendimento nos serviços substitutivos. O pronto socorro se constituiu ainda como um local de referência para atendimento ao sujeito em crise, o que implica no enfraquecimento dos outros dispositivos, em especial os CAPS em funcionamento no município, como locais para lidar com a crise.

Sobre o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial no município, realizamos um percurso histórico que tem o processo de implantação dos mesmos a partir dos anos 2000, como resultado de ações desenvolvidas com o objetivo de remodelar o modelo de assistência à saúde mental no município, com a criação do cargo

de Coordenador de Saúde Mental nos anos 90. Anos mais tarde, a portaria 3.088/2011 da Política Nacional de Saúde Mental apresenta orientações acerca das modalidades do CAPS e suas atribuições enquanto dispositivos substitutivos de assistência e cuidado ao portador de transtorno mental. Neste documento, vimos que há indicação sobre dispositivos como o CAPS III que devem funcionar 24 horas, possuindo leitos para acolher os sujeitos que se encontram em crise, ofertando retaguarda clínica, para que não exista necessidade de internação em hospital psiquiátrico.

No município de Campos, sabemos que este acolhimento é sempre problemático, apelando-se sempre ao Pronto Socorro. Sendo assim, identificamos falhas na efetivação da função dos CAPS do município, pelo fato da equipe em muitos momentos não acolher os usuários e familiares no momento da crise, considerando a internação como uma alternativa viável.

Ressaltamos o comprometimento dos profissionais da equipe atual de desinstitucionalização do município, empenhada na busca de efetivação das políticas públicas de saúde mental. Como resultado desse trabalho, temos o retorno para casa de internos de longa permanência residentes de outros municípios, resgate dos laços familiares e regularização de documentação, com destaque para o fechamento do Sanatório Henrique Roxo. Pontuamos que o fechamento tem evidente influência do trabalho realizado pela equipe de desins atualmente, mas que ele se dá a partir de um pedido da direção do hospital, pelo fato do mesmo passar por dificuldades financeiras e não ter condições de manter seu funcionamento.

Decerto que essas ações são de extrema relevância para o processo de Reforma da cidade de Campos, entretanto, acreditamos que a mudança mais efetiva se constitui na desconstrução da lógica manicomial, que se faz presente até mesmo na atuação de profissionais dos dispositivos substitutivos, como os CAPS. Entendemos que o fechamento do hospital apenas não extingue a lógica manicomial, o que indica que ainda há muito para avançar, sendo de suma importância que haja investimento do poder público em formação e qualificação de profissionais para que um trabalho antimanicomial se realize, com obtenção de resultados mais significativos no processo de Reforma.

Identificamos através de nossa pesquisa, grande dificuldade em assimilar a possibilidade do fechamento do hospital psiquiátrico, por parte do público alvo, o que aponta para a necessidade de um trabalho que favoreça uma mudança na compreensão da loucura e das formas de tratamento pela sociedade de modo geral. Foi constatada, a

resistência em compreender o fechamento do hospital, que se apresenta para a maioria, como a única possibilidade de tratamento, mais particularmente no momento da crise. Essa resistência pode estar relacionada às lacunas identificadas nos serviços substitutivos, no momento de acolher os usuários e seus familiares.

A partir da análise histórica da loucura, tornou-se possível compreender os motivos pelos quais a loucura carrega o estigma de exclusão até os dias atuais. Portanto, é necessário que ocorra uma mudança cultural com o envolvimento de todos os segmentos da sociedade a partir de discussões, na medida em que a Reforma não poderá ser efetivada somente com lei, com os serviços e trabalhadores. Neste ponto, cabe o questionamento: Por que ainda prevalece no município de Campos a prática do encarceramento, apesar dos vários dispositivos substitutivos em funcionamento?

Avançando para a conclusão desse trabalho, verificamos que após 16 anos da promulgação da lei 10.216, somente uma Residência Terapêutica foi criada e um hospital (SHR) foi fechado na cidade. Restando ainda, um hospital em funcionamento (HPEJV), para o qual foram transferidos os internos de longa permanência que se encontravam internados no SHR, o que acarretou no aumento do número total de pacientes institucionalizados. Para que ocorra o fechamento do HPEJV é imprescindível a intensificação do trabalho de desins e estruturação da rede para garantir o suporte a esses sujeitos. A implantação de novas Residências Terapêuticas é um fator fundamental, visto que tais internos não possuem referências familiares ou sociais. Porém, frisamos aqui que se faz necessário o fechamento do HPEJV, pois enquanto existir hospital psiquiátrico funcionando, haverá pessoas internadas.

Assim, entendemos que para ocorrer o fechamento de um hospital psiquiátrico em uma cidade, faz-se necessário que algumas ações estejam vinculadas a esse processo, tais como: investimento do poder público para que o trabalho de desinstitucionalização seja efetivo; realização de um trabalho com a família dos usuários e ações sociais e culturais em prol da luta antimanicomial. A fim de que, seja possível compreender que o hospital é tão somente um modo de excluir, não sendo um modo de tratar; ampliação e divulgação dos dispositivos substitutivos, enfatizando que são compostos por equipes multiprofissionais capacitadas para proporcionar assistência e tratamento adequados para os portadores de transtorno mental, de acordo com suas especificidades. Dessa forma, a Rede de Atenção Psicossocial, deve estar estruturada para acolher esses sujeitos com as suas demandas e familiares, tendo profissionais atuando sob a lógica da Reforma Psiquiátrica.

Concluímos, a partir da pesquisa realizada, que, infelizmente, muitas pessoas do município de Campos dos Goytacazes são favoráveis à manutenção dos hospitais psiquiátricos, pelo fato da lógica manicomial fazer-se muito presente. Aliada também, a dificuldade de identificar e compreender outras formas de tratamento ao portador de transtorno mental. O fechamento dos hospitais psiquiátricos é o passo necessário para romper com a lógica manicomial, mas essa ação não garante esse rompimento de fato. O resultado da pesquisa apontou para a necessidade de ampliação da mesma para identificar os elementos que determinam a permanência dessa lógica. Consideramos que, somente a partir da identificação desses elementos será possível desenvolver ações mais efetivas. Ações tais que objetivem a desconstrução da lógica manicomial e contribuam para o processo de construção de cidadania e mudanças nas relações da sociedade com os portadores de transtorno mental.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, D.N. (2008). A prática entre vários: a psicanálise da instituição de saúde mental. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, ano 8, nº1, 74-82, 2008.

AMARANTE, P. (1994). Uma aventura no manicômio: A trajetória de Franco Basaglia. *História, Ciência e Saúde - Manguinhos*, 61-77, 1994.

\_\_\_\_\_. **O homem e a serpente: outras histórias para loucura e psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

\_\_\_\_\_. **Loucos Pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial** (3ª ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

\_\_\_\_\_. **Teoria e Crítica em Saúde Mental: Textos Seleccionados** (2ª ed.). São Paulo: Zagodoni, 2017.

BRASIL. **Portaria n. 106, de 11 de fevereiro de 2000**. Brasília, DF, 2000. Disponível em Portal de Arquivos da Saúde: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>>. Acesso em 28 de outubro de 2017,

\_\_\_\_\_. **Lei 10.2016. Lei da Reforma Psiquiátrica**. Brasília, DF, 2001.

\_\_\_\_\_. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: Relatório Final**. Brasília, DF, 1988. Disponível em Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm\\_relato\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relato_final.pdf)>. Acesso em 15 de Setembro de 2017.

\_\_\_\_\_. **Residências Terapêuticas: Para que são, para que servem**. Brasília, DF, 2004. Disponível em Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acesso em 17 de Setembro de 2017.

\_\_\_\_\_. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, DF, 2005. Disponível em Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em 15 de Setembro de 2017.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 3.088 de 23 de dez. de 2011**. Brasília, DF, 2011. Disponível em Biblioteca virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <[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)>. Acesso em 16 de Setembro de 2017.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014**. Brasília, DF, 2014. Disponível em Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <[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)>. Acesso em 17 de Setembro de 2017.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF, 2016. Disponível em Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf%20%20acesso%20em%202017/09/2017>>. Acesso em 17 de Setembro de 2017.

\_\_\_\_\_. MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de

sofrimento mental. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, ago. 2008. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762008000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200009&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 17 jul. 2020.

BURSTYN, D. C.; FIGUEIREDO, A. C. O tratamento do Sintoma e a Construção do Caso na Prática Coletiva em Saúde Mental. **Tempo Psicanalítico**, 44, 131-145, 2012.

FIGUEIREDO, A. C. (1999) Por uma Psicanálise possível nos serviços de saúde mental. In: **Cadernos IPUB: Por uma assistência psiquiátrica em transformação**. Rio de Janeiro, n. 3, 4 ed, p. 119-135, 1999.

\_\_\_\_\_. (2010). Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. In: J. d. Moreira, & A. M. Guerra. **A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social**. Curitiba: CRV, 2010.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FREUD, S. Conferência XVII. O sentido dos sintomas. In FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, trad., Vol. 16, pp. 265-279). Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 16, p. 265-279. (Trabalho original publicado em 1917).

GOFFMAN, E. **Manicômio, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

JUNQUEIRA, A. M.; CARNIEL, I. C. Olhares sobre a loucura: os grupos na experiência de Gorizia. **Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, 13 (2), 12-22, 2012.

LAURENT, E. O Analista Cidadão. **Revista Curinga: Psicanálise e saúde mental**. Escola Brasileira de Psicanálise, Minas Gerais, n. 13, p. 07-13, 1999.

LEAL, E. M. Clínica e subjetividade contemporânea: a questão da autonomia da Reforma Psiquiátrica brasileira. In: FIGUEIREDO; CAVALCANTI (orgs). **A Reforma Psiquiátrica e os desafios da Desinstitucionalização**. Rio de Janeiro: CUCA, 2001, p. 69-83.

MONTEIRO, C.P.; QUEIROZ, E.F. A Clínica Psicanalítica das Psicoses em Instituições de Saúde Mental. **Psicologia Clínica**, vol 18, n-1, 109-1212, 2006.

NOGUEIRA, I. **Políticas Públicas e Cidadania na Atenção em Saúde Mental no Município de Campos dos Goytacazes**. Universidade Estadual do Norte Fluminense, 2001. (Dissertação de Mestrado)

OLIVEIRA, C. L. (2011). **O Pensamento de Franco Basaglia na área da Saúde Mental**. Disponível em 16º Encontro Nacional da ABRAPSO: <<http://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?q=YToyOntzOjY6InBhemFtcyI7czo0OiIxMDg0IjtzOjY6ImgiO3M6MzI6IjcwM2RiZTg0OTJINGZkODMzMVjZWU1YmE1ZGZkOTQ4Ijt9>>. Acesso em 15 de Setembro de 2017.

TENÓRIO, F. Reforma psiquiátrica e psicanálise: um trabalho necessário. In:

Figueiredo e Cavalcanti (orgs) **A Reforma Psiquiátrica e os desafios da Desinstitucionalização**. Rio de Janeiro: CUCA, 2001, p. 85-99.

\_\_\_\_\_. Da reforma psiquiátrica à clínica do sujeito. In: QUINET, A. (org) **Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Marca d'Água, 2001, p 121-131.

ANEXOS

ANEXO 1



**Presidência da República**  
**Casa Civil**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos**

**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.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação

escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

**Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República**



**Ministério da Saúde**  
**Gabinete do Ministro**

**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).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências;

Considerando as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

Considerando o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;

Considerando as disposições contidas no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003;

Considerando a Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);

Considerando a Portaria nº 816/GM/MS, de 30 de abril de 2002, que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas;

Considerando as diretrizes previstas na Portaria nº 1.190/GM/MS, de 4 de junho de 2009, que institui Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD);

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que

estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria, nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências SUS;

Considerando as recomendações contidas no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em 2010;

Considerando a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas; e

Considerando a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do SUS para a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas e suas famílias, resolve:

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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).

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

III - combate a estigmas e preconceitos;

IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

VI - diversificação das estratégias de cuidado;

VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada,



com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

XI - promoção de estratégias de educação permanente; e

XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;

II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e

III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);

II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;

III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;

IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;

V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;

VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;

VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e

IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Unidade Básica de Saúde;

b) equipe de atenção básica para populações específicas:

1. Equipe de Consultório na Rua;

2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;

c) Centros de Convivência;

II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) SAMU 192;

b) Sala de Estabilização;

c) UPA 24 horas;

d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;

e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Unidade de Recolhimento;

b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) enfermaria especializada em Hospital Geral;

b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de

crack, álcool e outras drogas;

VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII - reabilitação psicossocial.

Art. 6º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção básica em saúde os seguintes serviços:

I - Unidade Básica de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades;

II - Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas:

a) Equipe de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para:

1. pessoas em situação de rua em geral;

2. pessoas com transtornos mentais;

3. usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros;

b) equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede; e

III - Centro de Convivência: é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

§ 1º A Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado

dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

§ 2º O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, vinculado à Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 3º Quando necessário, a Equipe de Consultório na Rua, de que trata a alínea "a" do inciso II deste artigo, poderá utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde do território.

§ 4º Os Centros de Convivência, de que trata o inciso III deste artigo, são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

Art. 7º O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial.

§ 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.

§ 2º As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.

§ 3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Art. 8º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros

§ 1º Os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 2º Os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência deverão se articular com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o

cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

Art. 9º São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório os seguintes serviços:

I - Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 1º O acolhimento na Unidade de Acolhimento será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

§ 2º As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades:

I - Unidade de Acolhimento Adulto, destinados a pessoas que fazem uso do crack, álcool e outras drogas, maiores de dezoito anos; e

II - Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil, destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos completos).

§ 3º Os serviços de que trata o inciso II deste artigo funcionam de forma articulada com:

I - a atenção básica, que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários; e

II - o Centro de Atenção Psicossocial, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como pela participação de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

Art. 10. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção hospitalar os seguintes serviços:

I - enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em Hospital Geral, oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas;

II - serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

§ 1º O cuidado ofertado no âmbito da enfermaria especializada em Hospital Geral de que trata o inciso I deste artigo deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica.

§ 2º O acesso aos leitos na enfermaria especializada em Hospital Geral, de que trata o inciso I deste artigo, deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do Centro de Atenção Psicossocial de referência e, no caso do usuário acessar a Rede por meio deste ponto de atenção, deve ser providenciado sua vinculação e referência a um Centro de Atenção Psicossocial, que assumirá o caso.

§ 3º A equipe que atua em enfermaria especializada em saúde mental de Hospital Geral, de que trata o inciso I deste artigo, deve ter garantida composição multidisciplinar e modo de funcionamento interdisciplinar.

§ 4º No que se refere ao inciso II deste artigo, em nível local ou regional, compõe a rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas, observando o território, a lógica da redução de danos e outras premissas e princípios do SUS.

Art. 11. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial nas Estratégias de Desinstitucionalização os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

§ 1º O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua

progressiva inclusão social.

§ 2º O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

§ 3º O Programa de Volta para Casa, enquanto estratégia de desinstitucionalização, é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que prevê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.

Art. 12. O componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

§ 1º As ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/ cooperativas sociais.

§ 2º As iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais de que trata o § 1º deste artigo devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares.

Art. 13. A operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial se dará pela execução de quatro fases:

I - Fase I - Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial:

a) realização pelo Colegiado de Gestão Regional (CGR) e pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com o apoio da SES, de análise da situação de saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros;



b) pactuação do Desenho da Rede de Atenção Psicossocial no CGR e no CGSES/DF;

c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no CGR e no CGSES/DF, com a programação da atenção à saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos; na sequência, serão elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR;

d) estímulo à instituição do Fórum Rede de Atenção Psicossocial que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede de Atenção Psicossocial na Região;

I - Fase II - adesão e diagnóstico:

a) apresentação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado, Distrito Federal e nos Municípios;

b) apresentação e análise da matriz diagnóstica, conforme o Anexo I a esta Portaria, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no CGSES/DF e no CGR;

c) homologação da região inicial de implementação da Rede de Atenção Psicossocial na CIB e CGSES/DF;

d) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, formado pela SES, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde, que terá como atribuições:

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;

2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede;

3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase;

4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede;

e) contratualização dos Pontos de Atenção;

f) qualificação dos componentes;

III - Fase 3 - Contratualização dos Pontos de Atenção:

- a) elaboração do desenho da Rede de Atenção Psicossocial;
- b) contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede;
- c) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES;

IV - Fase 4 - Qualificação dos componentes:

- a) realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas nos arts. 6º ao 12 desta Portaria; e
- b) cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde, que deverão ser definidas na matriz diagnóstica para cada componente da Rede serão acompanhadas de acordo com o Plano de Ação Regional e dos Planos de Ações Municipais.

Art. 14. Para operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial cabe:

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde, o apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial em todo território nacional;

II - ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território estadual de forma regionalizada; e

III - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede De Atenção Psicossocial no território municipal.

Art. 15. Os critérios definidos para implantação de cada componente e seu financiamento, por parte da União, serão objetos de normas específicas a serem publicadas pelo Ministério da Saúde.

Art. 16. Fica constituído Grupo de Trabalho Tripartite, coordenado pelo Ministério da Saúde, a ser definido por Portaria específica, para acompanhar, monitorar, avaliar e se necessário, revisar esta Portaria em até cento e oitenta dias.

Art. 17. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.



**Ministério da Saúde**  
**Gabinete do Ministro**

**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.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

Considerando a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, especialmente o disposto em seu art. 5º que estabelece que o paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário;

Considerando a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

Considerando a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo;

Considerando o Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 52/GM/MS, de 20 de janeiro de 2004, que institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS;

Considerando a Portaria nº 2.644/GM/MS, de 28 de outubro de 2009, que estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos e cria incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e dá outras providências;

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, republicada em 21 de maio de 2013;

Considerando a Portaria nº 3.090/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da RAPS, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); e

Considerando as recomendações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, ocorrida entre 27 de junho e 1º de julho de 2010, resolve:

Art. 1º Fica criado o Programa de Desinstitucionalização como integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º O componente Estratégias de Desinstitucionalização da RAPS é constituído por iniciativas que visam garantir às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando-se sua progressiva inclusão social.

Art. 3º O Programa de Desinstitucionalização tem como objetivos:

I - apoiar e desenvolver ações de desinstitucionalização de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em situação de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos no âmbito do SUS; e

II - apoiar e desenvolver ações e estratégias nos processos de reabilitação psicossocial no território das pessoas desinstitucionalizadas, favorecendo-se

os percursos de produção de autonomia e da contratualidade social, de forma a garantir seus direitos e a efetiva participação e inclusão social, fortalecendo a RAPS.

Parágrafo único. Para fins desta Portaria, considera-se a internação de longa permanência de que trata o inciso I do "caput" aquela superior a 1 (um) ano, de forma ininterrupta.

Art. 4º Para a consecução dos objetivos estabelecidos pelo art. 3º fica criada, no âmbito do Programa de Desinstitucionalização, a Equipe de Desinstitucionalização.

Art. 5º Compete à Equipe de Desinstitucionalização:

I - apoiar as equipes profissionais de hospital psiquiátrico e realizar, quando necessária, a avaliação clínica, psiquiátrica e psicossocial das pessoas em situação de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos, objetivando a elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS), orientado para a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial no território;

II - apoiar as equipes de profissionais de hospital psiquiátrico na transformação da organização institucional, com vistas à reabilitação psicossocial, garantindo-se o respeito aos direitos humanos das pessoas internadas;

III - apoiar as equipes de profissionais de hospital psiquiátrico na reestruturação do funcionamento técnico operacional da instituição, com implementação e fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, e a reorganização das enfermarias de acordo com a procedência das pessoas internadas e/ou municípios de residência atual dos familiares, respeitando-se, sempre que possível, os vínculos estabelecidos entre as pessoas internadas no ambiente hospitalar;

IV - apoiar as equipes de profissionais de hospital psiquiátrico no desenvolvimento de estratégias ou ações que favoreçam a construção de protagonismo das pessoas internadas, tais como assembleias, espaços coletivos de encontros e trocas, reapropriação do uso dos objetos pessoais;

V - apoiar as equipes de profissionais de hospital psiquiátrico no desenvolvimento de estratégias que garantam o cuidado cotidiano na perspectiva da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial, incluídas as questões clínicas, com redimensionamento da atenção orientada para a construção de autonomia e o acesso aos direitos de cidadania;

VI - desenvolver ações nos contextos dos projetos terapêuticos singulares que viabilizem a obtenção de documentação e o acesso a benefícios previdenciários e assistenciais, assim como o auxílio-reabilitação psicossocial do Programa De Volta Para Casa;

VII - identificar situação de curatela e procurações existentes com o devido acionamento dos órgãos competentes para as providências necessárias;

VIII - desenvolver estratégias de rearticulação de vínculos familiares e/ou sociais e de promoção da participação dos familiares e/ou pessoas das redes sociais das pessoas internadas no processo de desinstitucionalização, tais como atenção familiar, visita domiciliar, reunião de familiares, assembleias, além de ações conjuntas com os familiares e as pessoas internadas;

IX - desenvolver ações que propiciem a interação das pessoas internadas com seus familiares e pessoas da cidade, com criação de espaços para promoção de encontros dentro do hospital e nos territórios da cidade;

X - 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, respeitando-se, sempre que possível, os vínculos criados pelas pessoas durante o período em que estiveram internadas, de acordo com os seguintes critérios:

a) retorno à família, quando houver possibilidade de coabitação e convivência, de acordo com projetos terapêuticos singulares;

b) inserção nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); e

c) para as pessoas com deficiência, quando indicado, encaminhamento para as residências inclusivas, estabelecidas pela Portaria Interministerial nº 03/MDS/MS, de 21 de setembro de 2012;

XI - desenvolver estratégias para educação permanente dos atores institucionais e comunitários implicados no projeto;

XII - avaliar os casos de internação psiquiátrica compulsória ou em cumprimento de medida de segurança e articular com os órgãos competentes para abordagem destas situações; e

XIII - compor as equipes multiprofissionais dos pontos de atenção das RAPS, de acordo com os critérios definidos nos arts. 6º, 7º e 17º, visando à qualificação das ações e estratégias desenvolvidas nestes pontos de atenção, em especial o apoio aos processos de reabilitação psicossocial no território das pessoas desinstitucionalizadas, favorecendo-se os percursos de produção de autonomia e de fortalecimento da contratualidade social, de forma a garantir seus direitos e efetiva participação e inclusão social. arágrafo único. As orientações e instrumentos para o desenvolvimento das ações indicadas no inciso I do "caput" serão disponibilizados na página da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde (CGMAD/ DAET/SAS/MS) por meio do sítio eletrônico [www.saude.gov.br/mental](http://www.saude.gov.br/mental), num prazo de 30 (trinta) dias a contar da data da publicação desta Portaria.

Art. 6º A Equipe de Desinstitucionalização poderá ser de duas modalidades:

I - modalidade A; e

II - modalidade B.

§ 1º A modalidade A será composta pelos seguintes profissionais da área de saúde:

I - 1 (um) médico com formação e experiência em saúde mental ou psiquiatria; e

II - 1 (um) profissional, dentre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e enfermeiro.

§ 2º A modalidade B será composta pelos seguintes profissionais da área de saúde:

I - 1 (um) médico com formação e experiência em saúde mental ou psiquiatria;

II - 1 (um) enfermeiro; e

III - 3 (três) profissionais, dentre psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional, sendo preferencialmente 1 (um) profissional de cada categoria citada neste inciso.

§ 3º No caso da equipe modalidade A, a carga horária mínima será de 50 (cinquenta) horas semanais, devendo o médico apresentar carga horária semanal mínima de 10 (dez) horas.

§ 4º O somatório da carga horária dos integrantes da Equipe de Desinstitucionalização modalidade B será de, no mínimo, 170 (cento e setenta) horas semanais.

§ 5º A Equipe de Desinstitucionalização das modalidades A e B terão sua carga horária de trabalho distribuída de segunda a sexta-feira, em regime diário de até 8 (oito) horas, podendo, se necessário, desenvolver atividades nos finais de semana e feriados.

§ 6º Os profissionais mencionados no § 2º do "caput" terão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais de trabalho.

§ 7º A Equipe de Desinstitucionalização de modalidades A e B serão viabilizadas e geridas pelo gestor público municipal de saúde, respeitando-se a legislação vigente referente à contratação de recursos humanos.

§ 8º A Equipe de Desinstitucionalização deverá ser incluída no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) pelo Município responsável.

Art. 7º A Equipe de Desinstitucionalização desenvolverá suas ações conforme previsto no art. 5º, devendo cumprir as metas e os prazos estabelecidos nas "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS" previstas no Anexo II.

Art. 8º Fica instituído incentivo financeiro de custeio mensal do Programa de Desinstitucionalização, com o objetivo de custear as ações e serviços previstos nesta Portaria.

§ 1º Poderão habilitar-se ao recebimento do incentivo financeiro de custeio mensal do Programa de Desinstitucionalização de que trata esta Portaria:

I - os Municípios que sejam sede de hospitais psiquiátricos, com pessoas com internação de longa permanência, que tenham sido indicados para descredenciamento do SUS pelo Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria), ou por decisão do gestor local de saúde; e

II - os Municípios que, por decisão do gestor local de saúde, objetivem desenvolver processos de desinstitucionalização devidamente pactuados com os Municípios que sejam sede de hospitais psiquiátricos com pessoas com internação de longa permanência.

§ 2º Todas as solicitações de adesão a esta Portaria serão necessariamente pactuadas na Comissão Intergestores Regional (CIR) e homologadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) antes de sua apresentação ao Ministério da Saúde.

Art. 9º Os Municípios que preencham as condições estabelecidas no art. 8º e queiram solicitar ao Ministério da Saúde o incentivo financeiro de custeio mensal de que trata esta Portaria, elaborarão as "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS" previstas no Anexo II, que necessariamente conterão:

I - as ações a serem desenvolvidas pela Equipe de Desinstitucionalização, conforme competências e composição descritas nos arts. 5º e 6º, respectivamente;

II - diagnóstico situacional, incluindo a descrição da RAPS local, situação e condições gerais do hospital psiquiátrico e síntese de dados das pessoas internadas, em especial no que se refere a:

a) número de pessoas com internação de longa permanência;

b) Município de naturalidade; e

c) Município de residência atual dos familiares;

III - as estratégias para qualificação da RAPS existentes, e implantação de novos pontos de atenção, inclusive os serviços residenciais terapêuticos, previstos na Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, necessárias para garantir a qualidade da atenção psicossocial territorial no Município, Região ou Estado;

IV - as ações de articulação com diferentes Municípios para implantação dos SRT ou, quando possível e adequado, o retorno das pessoas desinstitucionalizadas para suas famílias, priorizando os seguintes critérios:



a) Municípios de residência atual das famílias das pessoas internadas; e

b) Municípios com RAPS já existente ou com decisão política do gestor para implantação imediata da RAPS;

V - articulação intersetorial com diferentes políticas públicas, com as universidades e o Ministério Público, outros atores e órgãos considerados estratégicos no território, assim como com os recursos comunitários, para desenvolvimento e consolidação do processo de desinstitucionalização previsto nas "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS";

VI - cronograma da execução das ações a serem desenvolvidas, inclusive as referentes às ações de Fortalecimento da RAPS; e

VII - planejamento da realocação dos profissionais da Equipe de Desinstitucionalização para os pontos de atenção da RAPS.

Parágrafo único. As "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS" de que trata o "caput" deverão já integrar ou serem incluídas no Plano de Ação Regional da RAPS.

Art. 10. O pedido de habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de custeio mensal de que trata esta Portaria será encaminhado à CGMAD/DAET/SAS/MS, por meio do preenchimento de formulário disponibilizado no sítio eletrônico [www.saude.gov.br/mental](http://www.saude.gov.br/mental), com envio dos seguintes documentos:

I - ofício assinado pelo Secretário de Saúde Municipal, solicitando incentivo financeiro de custeio mensal, conforme modelo constante no Anexo III;

II - "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS", nos termos previstos no Anexo II e contemplando as disposições dos arts. 5º e 6º;

III - termo de compromisso do gestor municipal de saúde, previsto no Anexo IV, devidamente assinado; e

IV - resolução CIR e CIB, com aprovação das "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS".

Art. 11. Os pedidos de habilitação serão avaliados e aprovados pela CGMAD/DAET/SAS/MS, conforme a disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde.

Art. 12. O valor do incentivo financeiro de custeio mensal será repassado ao ente federativo beneficiário, observada a modalidade na qual se enquadra, conforme disciplinado no Anexo I.

Art. 13. O Ministro de Estado da Saúde publicará ato específico de habilitação com a relação dos entes federativos beneficiados e os valores dos recursos financeiros mensais a serem repassados.

Art. 14. Uma vez publicado o ato de habilitação de que trata o art. 13, o repasse do incentivo financeiro de custeio mensal será transferido mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde ao fundo de saúde do ente federativo habilitado.

Art. 15. As "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS" deverão ser iniciadas no prazo máximo de 30 (trinta) dias contado da data de recebimento da primeira parcela do incentivo financeiro de custeio mensal.

Art. 16. Caberá às Secretarias Estaduais de Saúde promover o desenvolvimento de ações de articulação dos Municípios e de cooperação técnica e financeira, quando couber, objetivando-se a desinstitucionalização das pessoas com internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos e implantação e qualificação da RAPS.

Art. 17. O incentivo financeiro de custeio mensal de que trata o art. 8º será destinado única e exclusivamente à criação e manutenção da Equipe de Desinstitucionalização, de acordo com a tabela constante do Anexo I, durante todo o período apontado pelo cronograma constante das "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS", observando-se as recomendações dos arts. 5º e 6º.

§ 1º No curso do processo de desinstitucionalização, com a reinserção comunitária das pessoas até então institucionalizadas, poderá ocorrer a realocação dos profissionais da Equipe de Desinstitucionalização aos pontos de atenção e componentes da RAPS, de acordo com o previsto nas "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS".

§ 2º Após o cumprimento do cronograma mencionado no "caput", o incentivo financeiro de custeio mensal previsto nesta Portaria será utilizado pelo Município, condicionado ao envio de ofício do gestor local à CIB, à Secretaria Estadual de Saúde e ao Ministério da Saúde, conforme modelo constante do Anexo V, para realocação dos profissionais da Equipe de Desinstitucionalização aos pontos de atenção e componentes da RAPS, nas ações de implantação e qualificação da RAPS, conforme Anexo VI.

§ 3º A realocação dos profissionais de que trata o parágrafo anterior não poderá implicar na redução das equipes multiprofissionais mínimas previstas na portarias que regulamentam os pontos de atenção e componentes da RAPS, nem as já definidas no momento da realocação, servindo apenas como acréscimo para dar continuidade às "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS".

§ 4º Ao realocar os profissionais para os pontos de atenção da RAPS, o gestor municipal local excluirá a vinculação do SCNES da Secretaria Municipal de Saúde da Equipe Desinstitucionalização e prontamente incluirá os profissionais no SCNES dos pontos de atenção da RAPS para o qual foi realocado.

§ 5º No caso do gestor local não encaminhar o ofício e a descrição da realocação dos profissionais para a qualificação dos pontos de atenção e componentes da RAPS de que tratam os §§ 1º e 2º do "caput", o incentivo financeiro de custeio mensal vigente durante o processo de desinstitucionalização das pessoas internadas será suspenso do teto de Média e Alta Complexidade do respectivo Município.

Art. 18. No curso do Programa de Desinstitucionalização, com a reinserção comunitária das pessoas até então internadas, os respectivos leitos serão fechados, com a imediata exclusão do número de leitos no SCNES e imediata comunicação à Secretaria Estadual de Saúde e ao Ministério da Saúde.

§ 1º Os recursos financeiros correspondentes às Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) dos leitos fechados serão mantidos ou realocados para o teto orçamentário do Município, que se responsabilizará pela atenção às pessoas desinstitucionalizadas, com fins de aplicação na RAPS local.

§ 2º A realocação dos valores correspondentes às AIH dos leitos fechados será pactuada e aprovada na CIR e homologada na CIB.

Art. 19. Uma vez cumpridas as recomendações previstas no art. 18, o gestor encaminhará ofício, conforme modelo constante do Anexo VII, informando a redução dos leitos psiquiátricos e, quando for o caso, a imediata reclassificação do hospital, de acordo com a Portaria nº 52/GM/MS, de 20 de janeiro de 2004, e a Portaria nº 2.644/GM/MS, de 28 de outubro de 2009.

Art. 20. A avaliação e o monitoramento do Programa de Desinstitucionalização serão realizados por meio de:

I - constituição de Comissão de Acompanhamento da execução das "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS", com cooperação técnica federal, estadual e municipal, e com representações das respectivas áreas de saúde mental; e

II - Grupo Condutor Regional da RAPS já constituído, que realizará o acompanhamento da execução das "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS", com cooperação técnica federal, estadual e municipal e com representações das respectivas áreas de saúde mental.

§ 1º As estratégias de avaliação e de monitoramento da execução das "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS" serão definidas e desenvolvidas pela Comissão de Acompanhamento ou Grupo Condutor Regional da RAPS.

§ 2º A Comissão de Acompanhamento e Grupo Condutor Estadual da RAPS acompanharão o processo de avaliação e monitoramento das "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS", bem como zelarão pelo seu cumprimento.

Art. 21. O monitoramento de que trata esta Portaria não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG).

Art. 22. Na hipótese de execução integral do objeto originalmente pactuado e verificada sobra de recursos financeiros, o ente federativo poderá efetuar o remanejamento dos recursos e a sua aplicação nos termos das Portarias nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, e nº 3.134/GM/MS, de 17 de dezembro de 2013.

Art. 23. Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, distrital e municipais não executados, seja parcial ou totalmente, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo.

Art. 24. Nos casos em que se verificar que não houve a execução do objeto originalmente pactuado e que os recursos financeiros transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde foram executados, total ou parcialmente, em objeto distinto ao originalmente pactuado, aplicar-se-á o regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012.

Art. 25 Os recursos financeiros para a execução das atividades de que trata esta Portaria são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho nº 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade.

Art. 26 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**PORTARIA Nº 106, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2000**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE GABINETE DO MINISTRO DOU de 24/02/2000 (nº 39-E, Seção 1, pág. 23)**

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando: a necessidade da reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS; a necessidade de garantir uma assistência integral em saúde mental e eficaz para a reabilitação psicossocial; a necessidade da humanização do atendimento psiquiátrico no âmbito do SUS, visando à reintegração social do usuário; a necessidade da implementação de políticas de melhoria de qualidade da assistência à saúde mental, objetivando à redução das internações em hospitais psiquiátricos, resolve:

Art. 1º - Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Parágrafo único - Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, 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.

Art. 2º - Definir que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual nº de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental.

Art. 2º-A - Os SRT deverão acolher pessoas com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. Parágrafo

único - Para fins desta Portaria, será considerada internação de longa permanência a internação de dois anos ou mais ininterruptos.

Art. 2º-B - Os SRT serão constituídos nas modalidades Tipo I e Tipo II, definidos pelas necessidades específicas de cuidado do morador, conforme descrito no Anexo I desta Portaria.

§ 1º - São definidos como SRT Tipo I as moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores.

§ 2º - São definidos como SRT Tipo II as modalidades de moradia destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores.

§ 3º - Para fins de repasse de recursos financeiros, os Municípios deverão compor grupos de mínimo quatro moradores em cada tipo de SRT.

§ 4º - Os SRT tipo II deverão contar com equipe mínima composta por cuidadores de referência e profissional técnico de enfermagem, observando-se as diretrizes constantes do Anexo I desta Portaria.

§ 5º - As duas modalidades de SRT se mantem como unidades de moradia, inseridos na comunidade, devendo estar localizados fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, estando vinculados a rede pública de serviços de saúde.

Art. 3º - Definir que aos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cabe: a) garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia; b) atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado; c) promover a reinserção desta clientela à vida comunitária.

Art. 4º - Estabelecer que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde

Mental deverão ter um Projeto Terapêutico baseado nos seguintes princípios e diretrizes:

- a) ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social;
- b) ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários.
- c) respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.

Art. 5º - Estabelecer como normas e critérios para inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no SUS:

- a) serem exclusivamente de natureza pública;
- b) a critério do gestor local, poderão ser de natureza não governamental, sem fins lucrativos, devendo para isso ter Projetos Terapêuticos específicos, aprovados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental;
- c) estarem integrados à rede de serviços do SUS, municipal, estadual ou por meio de consórcios intermunicipais, cabendo ao gestor local a responsabilidade de oferecer uma assistência integral a estes usuários, planejando as ações de saúde de forma articulada nos diversos níveis de complexidade da rede assistencial;
- d) estarem sob gestão preferencial do nível local e vinculados, tecnicamente, ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo;
- e) a critério do Gestor municipal/estadual de saúde os Serviços Residenciais Terapêuticos poderão funcionar em parcerias com organizações não governamentais (ONGs) de saúde, ou de trabalhos sociais ou de pessoas físicas nos moldes das famílias de acolhimento, sempre supervisionadas por um serviço ambulatorial especializado em saúde mental.

Art. 6º - Definir que são características físico-funcionais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental:

- 6.1 apresentar estrutura física situada fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas seguindo critérios estabelecidos pelos gestores municipais e estaduais;
- 6.2 existência de espaço físico que contemple de maneira mínima:

6.2.1 dimensões específicas compatíveis para abrigar um número de no máximo 8 (oito) usuários, acomodados na proporção de até 3 (três) por dormitório;

6.2.2 sala de estar com mobiliário adequado para o conforto e a boa comodidade dos usuários;

6.2.3 dormitórios devidamente equipados com cama e armário;

6.2.4 copa e cozinha para a execução das atividades domésticas com os equipamentos necessários (geladeira, fogão, filtros, armários etc.);

6.2.5 garantia de, no mínimo, três refeições diárias, café da manhã, almoço e jantar.

Art. 7º - Definir que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, aos quais os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados possuam equipe técnica que atuará na assistência e supervisão das atividades, constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais: a) 1 (um) profissional de nível superior da área de saúde com formação, especialidade ou experiência na área de saúde mental; b) 2 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial.

Art. 8º - Determinar que cabe ao gestor municipal/estadual do SUS identificar os usuários em condições de serem beneficiados por esta nova modalidade terapêutica, bem como instituir as medidas necessárias ao processo de transferência dos mesmos dos hospitais psiquiátricos para os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art. 9º - Priorizar, para a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, os municípios onde já existam outros serviços ambulatoriais de saúde mental de natureza substitutiva aos hospitais psiquiátricos, funcionando em consonância com os princípios da II Conferência Nacional de Saúde Mental e contemplados dentro de um plano de saúde mental, devidamente discutido e aprovado nas instâncias de gestão pública.

Art. 10 - Estabelecer que para a inclusão dos Serviços Residenciais



Terapêuticos em Saúde Mental no Cadastro do SUS, deverão ser cumpridas as normas gerais que vigoram para cadastramento no Sistema Único de Saúde e a apresentação de documentação comprobatória aprovada pelas Comissões Intergestores Bipartite.

Art. 11 - Determinar o encaminhamento por parte das Secretarias Estaduais e Municipais, ao Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde - Área Técnica da Saúde Mental, a relação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cadastrados no estado, bem como a referência do serviço ambulatorial e a equipe técnica aos quais estejam vinculados, acompanhado das FCA - Fichas de Cadastro Ambulatorial e a atualização da FCH - Ficha de Cadastro Hospitalar - com a redução do número de leitos psiquiátricos, conforme art. 2º desta portaria.

Art. 12 - Definir que as Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde, com apoio técnico do Ministério da Saúde, deverão estabelecer rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação para a garantia do funcionamento com qualidade dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art. 13 - Determinar que as Secretarias de Assistência à Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde e a Secretaria Executiva, no prazo de 30 ( trinta) dias, mediante ato conjunto, regulamentem os procedimentos assistenciais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art. 14 - Definir que cabe aos gestores de saúde do SUS emitir normas complementares que visem a estimular as políticas de intercâmbio e cooperação com outras áreas de governo, Ministério Público, Organizações Não Governamentais, no sentido de ampliar a oferta de ações e de serviços voltados para a assistência aos portadores de transtornos mentais, tais como: desinterdição jurídica e social, bolsa-salário ou outra forma de benefício pecuniário, inserção no mercado de trabalho.

Art. 15 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**I DIRETRIZES DE FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS** Os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do

SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares.

#### SRT Tipo I

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais. A lógica fundamental deste serviço é a criação de um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social. O SRT tipo I deve acolher no máximo 8 (oito) moradores, não podendo exceder este número. 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. O acompanhamento dos moradores das residências deve estar em consonância com os respectivos projetos terapêuticos individuais. Tal suporte focaliza-se no processo de reabilitação psicossocial e inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, entre outros). Cada módulo poderá contar com um cuidador de referência. A incorporação deste profissional deve ser avaliada pela equipe técnica de acompanhamento do SRT, vinculada ao equipamento de saúde de referência e ocorrerá mediante a necessidade de cuidados de cada grupo de moradores, levando-se em consideração o número e nível de autonomia dos moradores. O ambiente doméstico deve constituir-se conforme definido na Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000.

#### SRT Tipo II

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretivas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente. Este tipo de SRT deve acolher no máximo 10 (dez) moradores, não podendo exceder este número. O encaminhamento de moradores para SRTs tipo II deve ser previsto no projeto terapêutico elaborado por ocasião do processo de desospitalização, focado na reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária referentes ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com conseqüente inserção deles na rede social

existente. O ambiente doméstico deve constituir-se conforme definido na Portaria 106/GM/MS, de 2000, levando em consideração adequações/adaptações no espaço físico que melhor atendam as necessidades dos moradores. 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. Cada módulo residencial deverá contar com cuidadores de referência e um profissional técnico de enfermagem. Para cada grupo de 10 (dez) moradores orienta-se que a RT seja composta por 5 (cinco) cuidadores em regime de escala e 1 (um) profissional técnico de enfermagem diário. Esta equipe deve estar em consonância com a equipe técnica do serviço de referência.

## ANEXO 5

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

1. Como você vê/ percebe/ vivencia o processo de Reforma Psiquiátrica em Campos?
2. Você poderia relatar sua experiência com Hospitais Psiquiátricos?
3. Como você vê o processo de fechamento do hospital psiquiátrico?