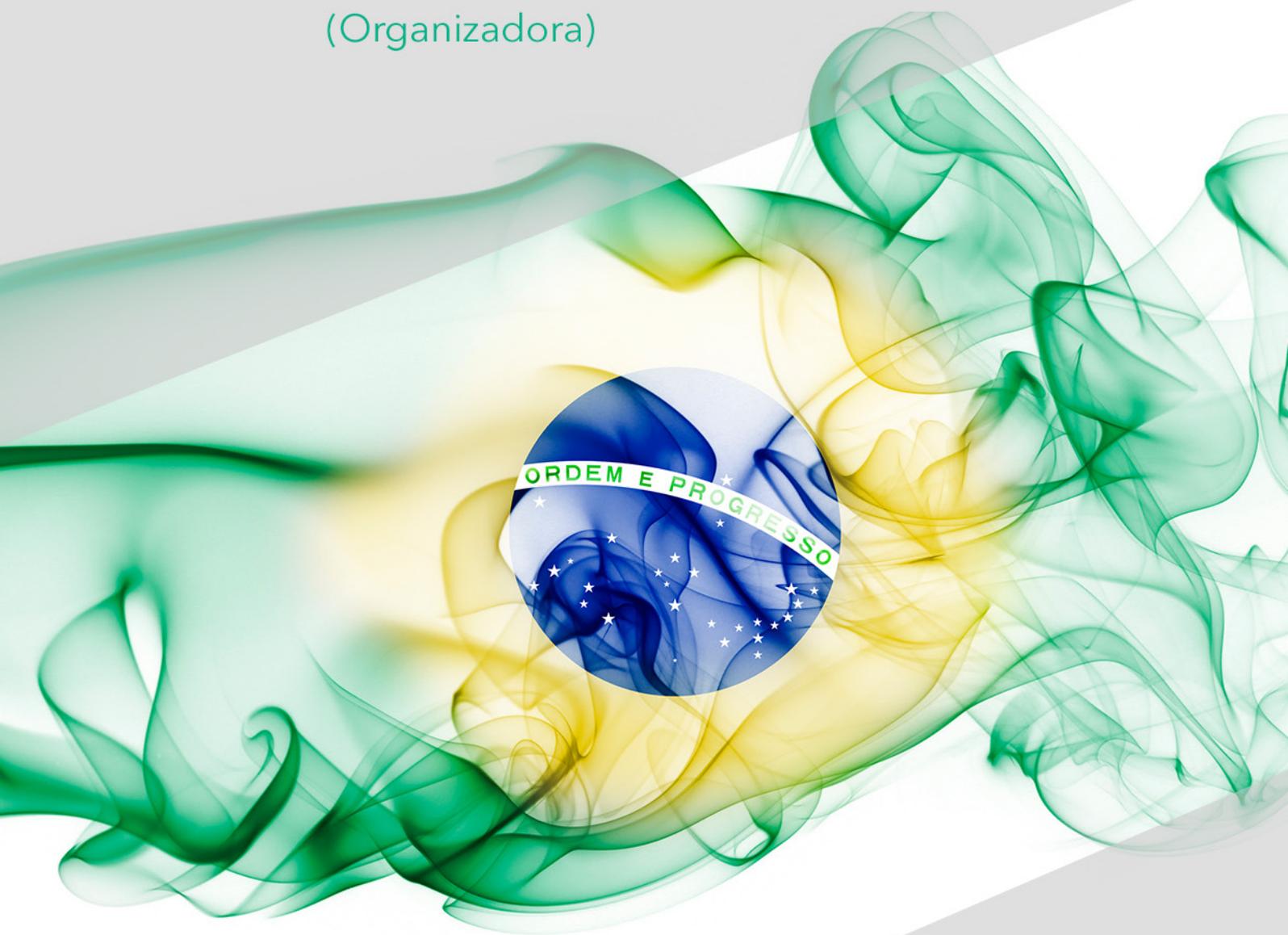


# Políticas Públicas no Brasil: Exploração e Diagnóstico 5

Luciana Pavowski Franco Silvestre  
(Organizadora)



**Atena**  
Editora

Ano 2018

**Luciana Pavowski Franco Silvestre**  
(Organizadora)

**Políticas Públicas no Brasil: Exploração e  
Diagnóstico**  
**5**

Atena Editora  
2018

2018 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Geraldo Alves e Natália Sandrini

Revisão: Os autores

#### Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista  
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

P769 Políticas públicas no Brasil [recurso eletrônico] : exploração e diagnóstico 5 / Organizadora Luciana Pavowski Franco Silvestre – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2018. – (Políticas Públicas no Brasil: Exploração e Diagnóstico; v. 5)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-063-6

DOI 10.22533/at.ed.636192201

1. Administração pública – Brasil. 2. Brasil – Política e governo.  
3. Planejamento político. 4. Política pública – Brasil. I. Silvestre,  
Luciana Pavowski Franco. II. Série.

CDD 320.60981

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2018

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

## APRESENTAÇÃO

O e-book “Políticas Públicas no Brasil: Exploração e Diagnóstico” apresenta 131 artigos organizados em sete volumes com temáticas relacionadas às políticas de saúde, educação, assistência social, trabalho, democracia e políticas sociais, planejamento e gestão pública, bem como, contribuições do serviço social para a formação profissional e atuação nas referidas políticas.

A seleção dos artigos apresentados possibilitam aos leitores o acesso à pesquisas realizadas nas diversas regiões do país, apontando para os avanços e desafios postos no atual contexto social brasileiro, e permitindo ainda a identificação das relações e complementariedades existentes entre a atuação nos diferentes campos das políticas públicas.

Destaca-se a relevância da realização de pesquisas, que tenham como objeto de estudo as políticas públicas, bem como, a disseminação e leitura destas, visando um registro científico do que vem sendo construído coletivamente na sociedade brasileira e que deve ser preservado e fortalecido considerando-se as demandas de proteção social e de qualificação da atuação estatal em conjunto com a sociedade civil em prol da justiça social.

Boa leitura a todos e todas!

Dra. Luciana Pavowski Franco Silvestre

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS DE FORMAÇÃO E AÇÕES NO PET-SAÚDE DA UFBA PARA PREVENÇÃO E COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	
<i>Márcia Santana Tavares</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.6361922011</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>10</b>
A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE UMA COMARCA DO AGRESTE PERNAMBUCANO: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA NO JUDICIÁRIO	
<i>Mariana Lira de Menezes</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.6361922012</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>20</b>
A DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO ECONÔMICO COMO FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO EM UM HOSPITAL PÚBLICO ADMINISTRADO POR ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE	
<i>Antônio Horácio Fernandes da Silva</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.6361922013</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>37</b>
A INSERÇÃO DO NEUROPSICÓLOGO EM POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM TDAH	
<i>Maria Laís Costa Campos</i>	
<i>Roseanne Cristina Bressan Almeida</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.6361922014</b>	
<b>CAPÍTULO 5</b> .....	<b>47</b>
A LUTA PELO DIREITO À SAÚDE A PARTIR DO SURTO DE INFECÇÃO POR MICOBACTÉRIA	
<i>Maria Carlota de Rezende Coelho</i>	
<i>Rosangela Alvarenga Lima</i>	
<i>Silvia Moreira Trugilho</i>	
<i>Maristela Dalbello - Araujo</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.6361922015</b>	
<b>CAPÍTULO 6</b> .....	<b>59</b>
A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS	
<i>Debora Holanda Leite Menezes</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.6361922016</b>	
<b>CAPÍTULO 7</b> .....	<b>70</b>
A REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CUIDADO DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUÉRPERL NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: FERRAMENTAS PARA POTENCIALIZAR A CAPACIDADE DE ESCUTA DA MULHER E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
<i>Cristiane Medeiros dos Santos</i>	
<i>Débora Holanda Leite Menezes</i>	
<i>Juan da Cunha Silva</i>	
<i>Neusa Iara Andrade dos Santos</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.6361922017</b>	

**CAPÍTULO 8 ..... 78**

AUDITORIA POR RESULTADOS: PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL E A FILOSOFIA DA MELHORIA CONTINUA

*Adriana Nascimento Santos Cartaxo*

**DOI 10.22533/at.ed.6361922018**

**CAPÍTULO 9 ..... 97**

CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO PARA O EMPODERAMENTO DA GESTANTE NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO NATURAL

*Mara Julyete Arraes Jardim*

*Andressa Arraes Silva*

*Lena Maria Barros Fonseca*

**DOI 10.22533/at.ed.6361922019**

**CAPÍTULO 10 ..... 109**

COTIDIANO DE MULHERES COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA: UMA PERSPECTIVA DE GÊNERO

*Bruna da Silva Oliveira*

*Yana Thalita Barros de Oliveira Castro*

*Líscia Divana Carvalho Silva*

*Patrícia Ribeiro Azevedo*

*Andrea Cristina Oliveira Silva*

*Marli Villela Mamede*

**DOI 10.22533/at.ed.63619220110**

**CAPÍTULO 11 ..... 120**

DESAFIOS PARA A DESINTERNAÇÃO DE PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

*Maria Laís Costa Campo*

*Greyce Kelly Cruz de Sousa França*

*Paulo Guilherme Siqueira Rodrigues*

**DOI 10.22533/at.ed.63619220111**

**CAPÍTULO 12 ..... 130**

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA 2009 A 2014: INSTRUMENTO DE AUXÍLIO PARA POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NA REGIÃO NORDESTE

*Francilene Jane Rodrigues Pereira*

*Cesar Cavalcanti da Silva*

*Eufrásio de Andrade Lima Neto*

**DOI 10.22533/at.ed.63619220112**

**CAPÍTULO 13 ..... 139**

MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA: VITÓRIA LEGAL E ENFRAQUECIMENTO DAS LUTAS SOCIAIS

*Rafael Britto de Souza*

*Isabella Nunes de Albuquerque*

*Claudia Teixeira Gadelha*

*Lúcio Flávio Gomes de Lima*

**DOI 10.22533/at.ed.63619220113**

**CAPÍTULO 14 ..... 148**

O DIÁLOGO NECESSÁRIO ENTRE AS POLÍTICAS DE SEGURIDADE SOCIAL: A EXPERIÊNCIA DO TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NO SERVIÇO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

*Fernanda Maia Gurjão*  
*Mariana Lima dos Reis*  
*Mariana Carla Saraiva Monteiro*  
*Maria de Fátima Sousa Lima de Carvalho*  
*Lucia de Fátima Rocha Bezerra Maia*

**DOI 10.22533/at.ed.63619220114**

**CAPÍTULO 15 ..... 158**

O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS EM HOSPITAIS JUNTO A IDOSOS E SEUS ACOMPANHANTES E A QUESTÃO DA SUA INSTRUMENTALIDADE

*Ana Paula Rocha de Sales Miranda*  
*Patrícia Barreto Cavalcanti*  
*Carla Mousinho Ferreira Lucena*

**DOI 10.22533/at.ed.63619220115**

**CAPÍTULO 16 ..... 166**

OFERTA E FINANCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM TERESINA- PIAUÍ

*Leila Leal Leite*

**DOI 10.22533/at.ed.63619220116**

**CAPÍTULO 17 ..... 177**

POLÍTICAS DE SAÚDE PARA GESTANTES USUÁRIAS DE CRACK: RESULTADOS EM SOBRAL-CE

*Leandro Fernandes Valente*  
*Antonia Sheilane Carioca Silva*  
*Andressa de Oliveira Gregório*  
*Heliandra Linhares Aragão*  
*Mônica dos Santos Ribeiro*  
*Patrícia Thays Alves Pereira*

**DOI 10.22533/at.ed.63619220117**

**CAPÍTULO 18 ..... 185**

PRECARIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM FORTALEZA

*Jamyle Martins de Sousa*  
*Luana Pereira do Nascimento Lima*  
*Elane Cristina Matias Sousa*  
*Olney Rodrigues de Oliveira*  
*Lucia Conde de Oliveira*

**DOI 10.22533/at.ed.63619220118**

**CAPÍTULO 19 ..... 196**

REFLEXÕES SOBRE OS DESAFIOS DA INTERDISCIPLINARIDADE NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

*Mayara Ceará de Sousa*  
*Herta Maria Castelo Branco Ribeiro*

**DOI 10.22533/at.ed.63619220119**

<b>CAPÍTULO 20</b> .....	<b>206</b>
RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS: UMA POLÍTICA PÚBLICA COMO EXPRESSÃO DA LUTA ANTIMANICOMIAL	
<i>Sâmia Luiza Coêlho da Silva</i>	
<i>Lucia Cristina dos Santos Rosa</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.63619220120</b>	
<b>CAPÍTULO 21</b> .....	<b>218</b>
TRANSFORMAÇÕES SOCIETÁRIAS, DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O TRABALHO DO/DA ASSISTENTE SOCIAL	
<i>Thiago de Oliveira Machado</i>	
<i>Tatiane Valéria Cardoso dos Santos</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.63619220121</b>	
<b>SOBRE A ORGANIZADORA</b> .....	<b>228</b>

## RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS: UMA POLÍTICA PÚBLICA COMO EXPRESSÃO DA LUTA ANTIMANICOMIAL

### Sâmia Luiza Coêlho da Silva

Mestra e Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí - UFPI, realizando pesquisa na área de Saúde Mental no Âmbito dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

### Lucia Cristina dos Santos Rosa

Professora Titular do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí. Membro suplente da Diretoria do Conselho Regional de Serviço Social 22ª Região. Doutorado em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco (2001). Doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro

**RESUMO:** O presente artigo desenvolve uma análise dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) que se configuram como resultantes de políticas desenvolvidas a partir do Movimento de Luta Antimanicomial, o qual teve início no Brasil no final da década de 70 do século passado. Tal trabalho busca articular a história da política de saúde mental com o SRT, ressaltando a importância do rompimento com a lógica manicomial para reconstrução de identidades num processo de reabilitação psicossocial para afirmação da cidadania das pessoas com transtornos mentais (PCTMs) que fazem parte desses serviços.

**PALAVRAS-CHAVE:** Reforma Psiquiátrica; Serviço Residencial Terapêutico; Pessoas com

Transtornos Mentais; Atenção Psicossocial.

**ABSTRACT:** The article provides an analysis of Therapeutic Residential Services (TRS) which act as resulting from policies developed from the anti-asylum movement, which began in Brazil in the late 70s of last century. This work seeks to articulate the history of mental health policy with the TRS, emphasizing the importance of breakup with asylum logic for reconstruction of identities in a process of psychosocial rehabilitation for statement citizenship of People With Mental Disorders (PWMDs) forming part of these services .

**KEYWORDS:** Psychiatric Reform; Therapeutic Residential Service; People with Mental Disorders; Psychosocial Care.

### 1 | INTRODUÇÃO

Com a Reforma Psiquiátrica brasileira a saúde mental passa a mudar gradualmente de um modelo hospitalocêntrico para um modelo comunitário de atenção diária, em que as práticas profissionais realizadas no espaço do manicômio, embasadas pela psiquiátrica clássica, passam a ser modificadas. O enfoque biológico, psiquiatrizante, que prioriza a doença como foco de assistência no hospital, dá lugar à qualidade, produção e reinvenção de vida nos serviços substitutivos em saúde mental. O que

é colocado em destaque são as condições de reprodução da pessoa com transtorno mental e suas relações sociais, marcadas pelo estigma e segregação, ou seja, violação de direitos.

O paradigma da psiquiatria tradicional é questionado e passa a coexistir com o conceito da atenção psicossocial, entendida como um conjunto de ações que se destinam a aumentar as habilidades dos sujeitos, mediada pela inserção na sociedade, em que as pessoas com transtornos mentais são reconhecidas como sujeito de direitos e a luta se volta para a construção de uma nova relação entre a sociedade e as mesmas (AMARANTE, 1995).

Nessa concepção, é através da construção de um novo olhar sobre a pessoa com transtorno mental e seu lugar social, que emerge um cuidado diferenciado que busca ultrapassar as barreiras impostas pelo estigma social, que as pessoas com transtornos mentais (PCTMs) tendem a ser reinseridas na comunidade, como aborda Oliveira (2008), mesmo que esta não seja a sua de origem, mas onde elas possam circular e reconquistar espaços no retorno à vida em sociedade, conquistando o direito à cidade, seus direitos civis.

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) surge em meio a estas estratégias como um dispositivo para acolher os egressos de hospitais psiquiátricos, com mais de 2 anos em vida institucional, e que sofreram todos os efeitos perversos da vida institucionalizada, ou seja, falta ou ruptura de suporte social e/ ou familiar, perda de competências sociais para o convívio social e que não apresentam condições de garantia de um espaço adequado de moradia.

Ressocializar, reinvestir na vida dessas pessoas para com as quais o Estado, através das políticas segregadoras, passou a ter uma dívida social, resgatar a autonomia possível desses sujeitos e incentivá-los a assumir uma posição de agentes ativos de produção de vida são objetivos do SRT que age como um espaço privilegiado que possui uma atuação territorializada, o que significa dizer que assume completa responsabilidade pelas questões relativas à atenção aos transtornos mentais psíquicos e de mal estar dos sujeitos em sua sociabilidade no território (BRASIL, 2005).

Nesse contexto de mudanças e práticas é que objetivou-se abordar os Serviços Residenciais Terapêuticos como uma expressão da Luta Antimanicomial, visto que são resultantes de políticas desenvolvidas através desse movimento e apresenta como principal meta o retorno do usuário de saúde mental à sociedade para que se possa desenvolver sua autonomia fora do nosocômio.

O objetivo deste artigo se encontra em realizar uma análise dos Serviços Residenciais Terapêuticos a partir do processo de Reforma Psiquiátrica, em que esses dispositivos se constituem como de importância significativa para as pessoas com transtornos mentais (PCTMs) já que se comportam como serviços que representam uma possibilidade de afirmação da cidadania plena, diante da desinstitucionalização desses PCTMs, buscando um retorno à vida social e comunitária pela perspectiva de ressocialização, reintegração e habilitação social dessas pessoas.

## 2 | REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: INFLUÊNCIAS, PERSPECTIVAS E CAMINHOS PERCORRIDOS.

Segundo as concepções de Amarante (1995), o Movimento da Reforma Psiquiátrica contribuiu significativamente para mudança na hegemonia do modelo hospitalocêntrico, levando a um repensar nas formas de cuidado e relações sociais das PCTMs.

Nessa perspectiva, antes de se configurar tal movimento, faz-se necessário realizar uma “viagem” nos caminhos e descaminhos percorridos pela loucura, para que se possa desnaturalizar as concepções e refletir acerca das práticas que são realizadas atualmente na assistência às pessoas com transtornos mentais (PCTMs).

Tal ideia pauta-se na revelação de que tanto a loucura quanto os modos de responder a ela emergem de determinados contextos sociais, ou seja, a loucura é um fenômeno histórico e social e possui as marcas da sociedade em cada momento histórico, sendo pensada como bênção divina (Antiga Grécia), possessão demoníaca (Idade Média), até ser apreendida, no final do século XVIII, como objeto da psiquiatria, isto é, como doença mental (FOUCAULT, 2004), dando início à época, que ficou conhecida, como período das grandes internações manicomiais, onde os hospitais psiquiátricos e asilos tinham a função de retirar, das ruas, aqueles sujeitos que trouxessem desordem social, ou seja, mendigos, prostitutas, vagabundos e “loucos” que, após serem segregados, eram submetidos a tratamentos desumanos, como eletrochoque, insulinoaterapia, lobotomia e torturas, sendo esses considerados procedimentos de cura até os anos 1950 do século passado.

Então, o que predominou foi à compreensão da doença mental como o desvio das normas sociais, que quebra os padrões vigentes de comportamento social, razão pela qual o sujeito é rotulado como doente, “louco,” com a presunção, no Código Penal Brasileiro, da periculosidade social e incapacidade para a vida social e para o trabalho, ou seja, os “loucos” eram considerados um impasse ao desenvolvimento econômico das cidades (SILVEIRA; SANTOS JUNIOR, 2011).

Com o surgimento das instituições asilares, no período das grandes internações psiquiátricas passa-se a haver a medicalização da loucura, isto é, sua transformação em uma doença tratável pela medicina que coincide com a adoção do confinamento como uma forma de terapia, onde, a psiquiatria, tendo como pano de fundo o discurso terapêutico, exerce sua principal tarefa: a de controle social gessado (RUSSO, 2002).

De acordo com Silveira; Santos Júnior (2011), gessado sim, pois, como resultado de sua prática, cria-se o rótulo de doente mental, onde os sujeitos que são batizados com ele, deixam de fazer parte de uma classe social e econômica e assumem, de forma vitalícia, o título de “louco”, de modo que, mesmo após anos e anos de tratamento no

hospital psiquiátrico, entende-se que não há retorno à normalidade.

Para Pinel, precursor da prática médica psiquiátrica, segundo os autores acima citados, os manicômios eram locais apropriados para analisar a doença mental, em que o mesmo determinou o princípio do isolamento para os alienados e instaurou o primeiro modelo de terapêutica nesta área ao introduzir o tratamento moral, “libertando-os” das correntes, e construindo os primeiros tratados médicos onde são descritos e classificadas as patologias mentais.

Ao perceber a doença mental a partir da classificação de Pinel, como destituída da razão, o indivíduo perde o seu direito ao livre-arbítrio e, conseqüentemente, da liberdade conferida pela própria Declaração dos Direitos Humanos, pela Revolução Francesa e pela base do Estado de Direito como aborda Birman (1992), o qual afirma que “todos têm direitos iguais perante a constituição”. Desse modo, se o indivíduo não é livre, conseqüentemente não é cidadão (AMARANTE, 1995). O lugar social das PCTM se restringe ao hospital psiquiátrico, que se transforma num misto de lugar da terapêutica e de moradia, tornando-se uma pessoa tutelada pelo Estado, que assume a provisão de suas necessidades básicas para sobrevivência, mas suprime seus direitos civis (BOBBIO, 1992).

Nesse processo, se por um lado, o surgimento da psiquiatria propõe uma finalidade terapêutica, por outro, cumpre uma função de normatização do espaço social mediante os dispositivos psiquiátricos tradicionais (hospitais psiquiátricos), ou dos modernos psicofármacos, que permitem uma outra forma de controle social das pessoas que desviam da norma, portanto, o foco central do tratamento psiquiátrico convencional é o controle social por meio do sistema hospitalocêntrico (DALMOLIN, 2006).

Contudo, a eficácia desse modelo hospitalocêntrico e médico/ psiquiátrico centrado passa a ser substituído, a partir das conseqüências nefastas da Segunda Guerra Mundial, sendo os hospitais psiquiátricos de então equiparados aos campos de concentração nazistas, sendo denunciados os seus processos concentradores de poder e de violação de direitos humanos. Mas, é apenas na década de 60, que emergem as experiências as distintas tradições desinstitucionalizantes inglesa, francesa, norte americana e italiana, em que as análises apontam para uma crise do sistema psiquiátrico, que além de não intervir na qualidade de saúde dos internos, era, segundo seus críticos, o produtor e mantenedor do adoecimento, responsável pelo alto índice de mortalidade e cronificação dessas pessoas, gerando inúmeras incapacidades sociais.

É inserido neste contexto que se destaca a figura do italiano Franco Basaglia (1991) que considerava o hospital psiquiátrico/ manicômio uma experiência opressiva e trágica, um espaço rígido onde todas, ou quase todas, as dimensões da vida eram controladas por uma autoridade e, portanto, precisavam ser confrontadas entre os componentes da comunidade no cotidiano. Em decorrência dos seus pensamentos, cria-se o Movimento de Reforma Psiquiátrica italiana ou “Psiquiatria Democrática

Italiana”, um exemplo de sucesso a ser seguido na luta contra a assistência psiquiátrica meramente hospitalar (HIRDES, 2007).

O Brasil, em particular, orientou sua Reforma Psiquiátrica inspirando-se na experiência italiana, de reversão dos hospitais psiquiátricos por dispositivos inseridos e articulados socialmente, com o intuito de alcançar a reinserção socioeconômica e cultural das pessoas com transtornos mentais e de reestruturar as práticas de cuidados despendidas a essas.

O início da Reforma, no Brasil, ocorreu com a “Crise da Dinsam” (Divisão Nacional de Saúde Mental) em 1978, na qual consolidou-se através de denúncias por profissionais residentes de medicina sobre as situações precárias dos hospitais, trabalho e a impossibilidade de tratamento digno aos pacientes com transtornos mentais. Organizaram-se núcleos de saúde mental, sendo criado o MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, com solicitação de formação de recursos humanos; política salarial adequada; mudança nas relações entre instituição, clientela e profissionais; modelo com condições de tratamento digno (AMARANTE, 1995). Os trabalhadores da saúde mental ao lutar por melhores condições de trabalho acabaram por expor e denunciar as várias violações de direitos humanos das PCTM na realidade assistencial do país.

Legalmente, o processo da Reforma se dá com a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89, o qual propunha a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais (PCTMs) e a progressiva substituição dos manicômios no país. Entretanto, foi somente depois de doze anos de tramitação pelo Congresso, que veio a aprovação, sendo transformado na Lei 10.216, em 6 de abril de 2001, a qual ficou conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Esta garante o processo de substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede comunitária de atenção psicossocial (BRASIL, 2001).

Conforme Amarante:

[...] reforma psiquiátrica é o conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade para com o doente. É o reconhecimento dos direitos individuais, uma nova consciência e um novo olhar sobre o significado de cidadania, que favoreceram as reivindicações por liberdade e reavivaram o interesse por problemas sociais e de saúde (AMARANTE, 1995, p.73).

Para a execução da Reforma Psiquiátrica, edificar-se e efetivar-se na prática da não-exclusão, nos caminhos da desinstitucionalização, é preciso reconhecer a PCTM como sujeito de direitos e deveres, pressupondo mudanças culturais e subjetivas na sociedade, quebrando a visão dogmática em relação à loucura (AREJANO; PADILHA; ALBUQUERQUE, 2003).

Amarante (1996) informa que o norte da desinstitucionalização assumida no contexto brasileiro, baseada na tradição basagliana, se situa na vertente da desconstrução de todo aparato que sustentou a psiquiatria tradicional. Por sua vez,

Saraceno (1999) define atenção psicossocial como sinônimo de cidadania, informando que 3 eixos de intervenção, isto é, mudança efetiva, a suportam: 1) o morar; 2) o trocar identidades e 3) a produção de valores que a sociedade valoriza.

Como enfatiza Saraceno (1999), o morar é um indicador importante na operacionalização da atenção psicossocial, pois expressa o nível de apropriação e poder contratual da pessoa com o seu meio ambiente e com a cidade de modo geral, haja vista no manicômio apenas poder estar, sem se apropriar, ter uma relação de poder com os bens e espaço de seu entorno. Para o autor “estar tem a ver com uma escassa ou nula propriedade (não só material) do espaço do indivíduo (...) que no dito espaço não tem poder decisional nem material nem simbólico” (p. 114). Neste espaço ocorre a mortificação de seu eu (GOFFMAN, 1992). Na sua moradia tem a possibilidade de habitar, ou seja, ter uma relação de poder e propriedade com seu entorno.

O morar fora do espaço hospitalar/manicomial é ainda fator importante na mudança de identidade, pois permite a multiplicação da mesma, como morador, vizinho, amigo, residente, colega de quarto, dentre outras, preservando a imagem social da pessoa, conforme princípios da Constituição Federal de 1988, que no modelo manicomial é limitada a “paciente, doente, incapaz, delirante”.

A produção de valores que a sociedade preza – na definição de Saraceno (1999: p. 126) “produzir e trocar mercadorias e valores” – remete para ações de geração de emprego e renda, como os propiciados pelas ações da Economia Solidária, através dos empregos protegidos, cooperativas de trabalho, dentre outras, e Programas de Volta para Casa que permite uma renda para garantir a manutenção da PCTM, fortalecendo seu poder nas trocas sociais.

Na reversão do modelo brasileiro de atenção à PCTM os Serviços Residências Terapêuticas ganham lugar estratégico ao priorizar um segmento considerado pelos padrões capitalistas como desinteressante para a produção, “inimpreáveis”, pois, no geral, associam os resíduos negativos de uma longa vida institucionalizada; a “cronicidade”; à velhice e algumas vezes, ao retardo mental/ déficit cognitivos; deficiências físicas/ mentais ao fato de terem cometido um homicídio (caso das pessoas em medida de segurança, pessoa que cometeu ilícito penal), no cerne de uma atenção a um grupo invisível socialmente para com a qual o Estado brasileiro tinha uma dívida social impagável.

### **3 | SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO: UMA DEMANDA NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL**

A superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico, como mencionado anteriormente, buscado pela Reforma Psiquiátrica, vem sendo

concretizado, nos últimos anos, com a criação de dispositivos substitutivos para a atenção psicossocial e de mudanças nas políticas e programas no âmbito federal que, em conjunto, vêm possibilitando uma desospitalização e reintegração das pessoas com transtorno mental na comunidade.

Tais mudanças trouxeram novas demandas dentro das políticas de saúde mental. Uma delas seria o que fazer com os “pacientes” que se encontravam em períodos longos de internações e que, parcial ou totalmente, tinham perdido o vínculo familiar e, dessa forma, se transformaram em moradores dos hospitais. Estas transformações, segundo Moreira (2007), ainda em processo, exigem tanto rupturas conceituais e valorativas sobre a denominada loucura, quanto altos investimentos políticos/econômicos – antes praticamente inexistentes – na conformação de outras formas de cuidado e convivência com um número expressivo dessa população existencialmente excluída por uma política de confinamento.

É nesta direção que a problemática da “moradia” apresenta-se premente, principalmente para aqueles que permaneceram internados por longos períodos e carregam as pesadas seqüelas deste confinamento.

Segundo as ideias de Vasconcelos (2001), as primeiras Residências Terapêuticas surgem na Itália (Trieste) na década de 1970, como estratégia da desinstitucionalização, que se efetivaram somente após 1976. Durante o período de 1971 a 1976, ocorreu uma intensa campanha para obtenção de pensões, aposentadorias e aprovação de subsídios sociais. Inicialmente esse projeto de residência previa a reestruturação de prédios dentro do complexo hospitalar, organizando apartamentos, e, num segundo momento iniciou-se o processo que levaria os internos a residir em apartamentos na comunidade, sendo liberado recursos financeiros para comprar ou alugar casas e/ou apartamentos.

No Brasil, com a portaria GM nº 106, de fevereiro de 2000, do Ministério da Saúde, era inserido no Sistema Único de Saúde um novo dispositivo, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e que, atualmente, também se encontra regido pela portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, que estabelece a divisão destes serviços em tipo I e II, para viabilizar os cuidados com esses pacientes que se encontravam segregados e com parca qualidade de vida. Além disso, existe ainda a portaria nº 857, de 22 de agosto de 2012, que define mecanismos para operacionalização dos procedimentos específicos para acompanhamento em SRT de pessoas com transtorno mental e internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, inseridas em processos de desinstitucionalização.

Nessa perspectiva, os SRTs, conforme definição do SUS, são casas localizadas no espaço urbano, destinadas à reabilitação desses pacientes na comunidade, com o objetivo de reconstruir os vínculos sociais perdidos e se caracterizam por constituir elementos físico-funcionais, em que cada moradia deve abrigar, no máximo, oito usuários, acomodados na proporção de até três por dormitório e ser equipada com todos os móveis e eletrodomésticos básicos de uma moradia comum (FURTADO,

2006).

A implantação de residências terapêuticas, segundo Moreira (2007), já vem ocorrendo há alguns anos com modalidades diversas de acordo com as distintas culturas e realidades norteadoras das políticas públicas de saúde em diferentes países.

Vasconcelos (2010) explicita alguns esquemas utilizados na criação de diferentes modalidades residenciais: (a) adaptação de casas internas ao ambiente hospitalar com a criação de espaços privados nas acomodações antigas; (b) reinserção comunitária através de habitação em famílias adotivas; (c) casas coletivas montadas na comunidade; (d) serviços integrados a um serviço aberto; (e) comunidades terapêuticas e outros esquemas individuais no mercado privado de moradias. O autor registra, assim, uma gama de diferentes dispositivos residenciais como estruturas individuais e coletivas, quartos de hotéis e pensões, famílias substitutivas, rearranjo na família de origem, dentre tantas outras possibilidades.

Segundo Moreira (2007), estas modalidades de moradia também variam quanto ao modo de acompanhamento dessa população, que ocorre desde a continuidade da assistência permanente (vinte e quatro horas) até a ausência completa de qualquer supervisão direta de profissionais em saúde mental. Contudo, é importante destacar que:

[...] esses dispositivos residenciais não devem se configurar em mais um serviço de saúde ( ainda que denominados 'terapêuticos'), mas concebidos como espaços de morar/ habitar, uma vez que já existem as ações assistenciais de saúde, implantadas pelo município, para uso e referência desses moradores assim como o restante da população. Ressalta-se, assim, que a questão central é o viver na cidade ou conquistar o exercício cidadão, necessitando para tal um espaço habitacional próprio, que se configure como um lar e não um local de tratamento (BRASIL, p. 07, 2004).

No Brasil, no início da década de 1990, experiências das cidades de Campinas (SP), Ribeirão Preto (SP), Santos (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Porto Alegre (RS) demonstraram a necessidade de iniciativas, como criação de moradias, no processo de reinserção dos pacientes na comunidade.

A criação e funcionamento destas residências, segundo Moreira (2007), vêm sendo amplamente discutidos no país e as moradias implantadas há mais tempo vêm servindo de suporte para aqueles municípios que almejam inaugurar dispositivos semelhantes.

De acordo com o Ministério da Saúde por meio da Coordenação Geral da Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas através da Saúde Mental em Dados 10, o ano de 2011 finalizou com 625 módulos do Serviço Residencial Terapêutico em funcionamento, com o total de 3.470 moradores. Além disso, ao final do ano, haviam 154 SRTs em fase de implantação no país.

Em 2011, avançaram-se principalmente nos estados em que não havia SRTs implantados. Os estados que descredenciariam leitos em hospitais psiquiátricos

também ampliaram seus dispositivos. Contudo, nos últimos quatro anos, o ritmo de implementação dos SRTs se deu com pequena aceleração se comparado ao processo de crescente fechamento de grandes hospitais psiquiátricos, conseqüentemente a expansão do número de moradias no país ainda se constitui como um grande desafio (BRASIL, 2012).

O objetivo dessas residências/ dispositivos, segundo as colocações de Cardoso (2007), é promover a reabilitação psicossocial da clientela-alvo, visando à construção da cidadania, estímulo à autonomia e à inserção social, possibilitando o restabelecimento da relação do indivíduo com sua subjetividade e com o campo social e, também, o desenvolvimento de laços sociais e afetivos advindos a partir do convívio social que levem à construção de uma configuração familiar, essenciais para o estabelecimento de novas possibilidades de vida, que é viabilizado através do processo de desinstitucionalização “que se preocupa com a reconstrução das pessoas, enquanto indivíduos que sofrem como sujeitos” (ROTELLI, 1990).

No interior dessa concepção, o SRT se configura como um serviço que busca romper com o paradigma de clínica, de doença, que busca deslocar a díade doença-cura alçando para uma relação existência-cuidado, conseqüentemente levando em consideração à compreensão do ser humano em suas sólidas relações, suas reais necessidades e de uma vida concreta, pautada no usufruto dos direitos inerentes à cidadania.

Assim, este serviço tem como perspectiva viabilizar o que há de legítimo na política de saúde mental e na política de direitos humanos, rompendo obviamente com o paradigma manicomial e com a visão da “loucura” (MOREIRA, 2007) e com a perspectiva de que a pessoa com transtorno mental encontra-se em outra ordem de humanidade.

#### **4 | CONCLUSÃO**

A atual política nacional de saúde mental consiste na ampliação da cidadania da pessoa com transtorno mental, mudança da relação da sociedade com a mesma, materializando-se na redução progressiva dos leitos psiquiátricos e da ampliação e do fortalecimento da rede extra-hospitalar, constituída principalmente pelos CAPS e pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Outras propostas compreendem a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, a atenção integral a usuários de substâncias psicoativas e o aumento da cobertura do programa “De volta para casa”. Este programa, criado em 2003, permite ao egresso de longa internação em instituições psiquiátricas receber mensalmente um auxílio-reabilitação psicossocial (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2010).

Nesta perspectiva, tendo como cenário a Reforma Psiquiátrica, é que se ressalta os SRTs que, como já expresseo, nasce como um demanda da política de saúde mental

buscando romper com o olhar reduzido de doença e procurando, em sua prática, ampliar este olhar, efetivando, como aborda Fernandes *apud* Oliveira (2008), ações voltadas para a existência da pessoa com transtorno mental em sua totalidade, abarcando tanto as condições objetivas de vida (moradia, trabalho, condições sócio-econômicas), quanto àquelas ditas subjetivas (relações interpessoais, vivências internas).

As Residências Terapêuticas, de maneira geral e segundo Freire (2006), são observadas como dispositivos que viabilizam outras modalidades de cuidado e acolhimento a ex-moradores de hospitais proporcionando um espaço de reintegração social do paciente na sociedade.

Na verdade, os SRTs se constituem como espaços de construção da autonomia de pacientes com longo período de internação psiquiátrica, sendo cotidianamente resgatadas a cidadania e sua identidade nas atividades diárias. A autonomia, conforme Furtado (2006), sendo viabilizada através do processo de reabilitação psicossocial considerada muito complexa por Pitta (2001) que relata que no sentido instrumental esta representa um conjunto de meios que se desenvolvem para facilitar a vida das pessoas com problemas severos e persistentes. É através dos investimentos nos direitos subjacentes à cidadania de ex moradores de hospitais psiquiátricos que tais pessoas resgatarão o nível de autonomia no exercício de suas funções na comunidade.

Dessa forma, é importante, nesse contexto, se pensar a partir da relação da pessoa com transtorno mental com a realidade social, na circulação pela cidade, no resgate da autonomia, na diferenciação entre necessidade e desejo, das escolhas, entre outros, que todo cidadão necessita para sobreviver dignamente (AMARANTE, 1994).

Conforme Amarante (1994), ainda não é permitido ao louco viver a sua loucura, viver na diferença que lhe é constitutiva, mas é preciso garantir cidadania, o direito de ser cuidado, permitir que ele seja um “*sujeito de desejos e projetos*”. Além disso, o SRT pode permitir a construção de outra modalidade de família, a anaparental, a vinculação de pessoas que não tem parentesco consanguíneo mas, forja-se pela relações afetivas.

Diante do exposto, este trabalho buscou trazer à arena uma discussão de Residências Terapêuticas no processo de atenção psicossocial a partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica que foi o responsável por abrir “portas” para a implantação desses dispositivos no interior da política de saúde mental, destacando as concepções de Saraceno (1999) que aborda que, efetivar dispositivos residenciais implica não somente em ter um habitat para os indivíduos com sofrimento mental, mas como será sua inserção na sociedade, na vida cotidiana, em que o espaço do “morar” passe a ter como significado e função, para as pessoas com transtornos mentais que fazem parte destas residências, situar o “dentro e o fora”, permitindo assim ordenar as experiências e a constituição de suas subjetividades que se tornam como ferramentas valiosas quanto à contribuição nos seus processos de empoderamento e, posterior, reabilitação e reintegração social. Asseguram a apropriação da cidade, com a efetivação do direito

de ir e vir com o suporte do estado.

## REFERÊNCIAS

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

AMARANTE, P. **Novos sujeitos, Novos direitos**. O debate em torno da reforma psiquiátrica. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n.3, v.11, 1995.

AMARANTE, Paulo. "Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil". In: **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AREJANO, C. B; PADILHA, M. I. C. S; ALBUQUERQUE. G. L. **Reforma Psiquiátrica**: Uma analítica das relações de poder nos serviços de atenção à saúde mental. Ver. Bras. Enferm, v. 5, n. 56, p. 549-54, 2003.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BIRMAN, J. **A cidadania tresloucada**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/ DAPES. Coordenação Geral da Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 10**, Ano VII, n. 10, março de 2012. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem?**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei da Saúde Mental, nº 10.216**. Brasília, 2001.

BRASIL. **Constituição República Federativa do Brasil, 1988**. Brasília: Gráfica do Senado Federal, 1988.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

CARDOSO, Izabel. **Residências Terapêuticas resgatam cidadania**. Junho, 2007.

DALMOLIN, B. M. **Esperança equilibrista**: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

FREIRE, F. H. M. A. **Residência Terapêutica**: Inventando novos lugares para se viver. Rio de Janeiro, 2006.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. 8ª. ed. São Paulo: Edições Graal, 2004.

FURTADO, Juarez. **Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS**. Ciência e Saúde Coletiva, 2006.

GOFFMAN E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1992.

HIRDES, A. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil**: uma (re) visão. Revista on line ciência da saúde

coletiva. Ulbra, 2007.

MOREIRA, M. I. B, et al. **Habitar a cidade:** análise de serviços residenciais terapêuticos: Porto Alegre, 2007.

OLIVEIRA, B. G. A. **Serviços Residenciais Terapêuticos:** novos desafios para a organização das políticas de saúde mental em Cuiabá. Revista eletrônica de enfermagem, 2008.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje?.** São Paulo: Hucitec, 2001.

ROTELLI, F. **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990.

RUSSO, Jane. **O mundo psi no Brasil.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2002.

SARACENO, B. **Libertando identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te-Corá- Instituto Franco Basaglia, 1999.

SILVEIRA, Maria de Fátima Araújo; SANTOS JÚNIOR, Hudson Pires de O. (Organizadores). **Residências Terapêuticas:** pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização. Editora: Eduepb, 2011.

VASCONCELOS, E. M. **Os novos dispositivos residenciais no quadro atual da reorientação da assistência psiquiátrica brasileira.** Brasília, 2001.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde mental e serviço social:** O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo, SP: Cortez, 2010.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; BANDEIRA, Marina; GONTIJO, Eliane Dias. **Reforma Psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos.** Rio de Janeiro, 2010.

Agência Brasileira do ISBN  
ISBN 978-85-7247-063-6

