

A IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE BARBACENA: CAMINHOS PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Lírica Salluz Mattos Pereira¹
Ana Regina Machado²
Celina Maria Modena³

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo descrever o percurso histórico da criação de serviços no município de Barbacena visando concretizar o processo de desinstitucionalização dos pacientes internados e o fechamento de leitos e hospitais psiquiátricos com o enfoque no período de 1988 a 2022. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa realizada por meio de revisão bibliográfica e documental e de entrevistas com profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Constatou-se que a implantação de serviços foi possível a partir de alterações nas legislações vigentes, dos esforços dos trabalhadores, do planejamento e financiamento para implementação da RAPS. Destaca-se que tal implementação foi de suma importância para a desinstitucionalização, mas ainda há o desafio de efetivar o processo, visto que há 32 moradores que vivem nos Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, serviços de saúde mental, desinstitucionalização.

¹ Doutoranda em Saúde Coletiva (Instituto de Pesquisas René Rachou/Fiocruz MG). Mestre em Enfermagem (UFMG). licicamattos@gmail.com. ORCID 0000-0001-5970-3833

² Doutora em Saúde Coletiva (Instituto de Pesquisas René Rachou/Fiocruz MG). Analista de Educação e Pesquisa em Saúde na Coordenação de Política, Planejamento e Gestão em Saúde da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. ORCID 0000.0001.8614.2533.

³ Pesquisadora (Instituto de Pesquisas René Rachou/Fiocruz MG). ORCID 0000-0001-5035-3427.

THE IMPLEMENTATION OF THE PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK IN BARBACENA: PATHS TO DEINSTITUTIONALIZATION

ABSTRACT

The present study aims to describe the historical path of the creation of services in the municipality of Barbacena, aiming to implement the process of deinstitutionalization of hospitalized patients and the closure of beds and psychiatric hospitals with a focus on the period from 1988 to 2022. This is a qualitative research carried out through the collection of documents and interviews with professionals from the Psychosocial Care Network (RAPS). It was found that the implementation of services was possible due to changes in current legislation, the efforts of workers, planning and financing for the implementation of RAPS. It is noteworthy that such implementation was extremely important for deinstitutionalization, but there is still the challenge of carrying out the process, as there are 32 residents living in the Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena.

Keywords: Brazilian Unified Health System, mental health services, deinstitutionalization.

LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RED DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN BARBACENA: CAMINOS HACIA LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo describir la trayectoria histórica de la creación de servicios en el municipio de Barbacena, con el objetivo de implementar el proceso de desinstitucionalización de pacientes hospitalizados y cierre de camas y hospitales psiquiátricos con un enfoque en el período de 1988 a 2022. Es una investigación cualitativa realizada a través de la recopilación de documentos y entrevistas a profesionales de la Red de Atención Psicosocial (RAPS). Se encontró que la implementación de los servicios fue posible gracias a los cambios en la legislación vigente, el esfuerzo de los trabajadores, la planificación y el financiamiento para la implementación del RAPS. Es de destacar que dicha implementación fue sumamente importante para la desinstitucionalización, pero aún queda el desafío de llevar a cabo el proceso, ya que en el Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena viven 32 residentes.

Palabras clave: Sistema Único de Salud, servicios de salud mental, desinstitucionalización.

INTRODUÇÃO

Na história da atenção à saúde das pessoas com transtornos mentais no Brasil, por muito tempo, o tratamento ofertado foi baseado no isolamento em hospitais psiquiátricos, o que culminou em um contingente populacional afastado do convívio social (Brasil, 2005; Sampaio & Bispo, 2021).

No Brasil, no fim da década de 1970, começam a surgir movimentos sociais em defesa de uma reforma sanitária e psiquiátrica. Assim, na década de 1990, inicia-se no Brasil a implantação uma política de saúde mental inspirada na reforma psiquiátrica da Itália, a experiência de Trieste, conduzida por Franco Basaglia, produziu repercussões em todo o mundo e particularmente no Brasil. Desse modo, a reforma psiquiátrica brasileira buscou a construção de uma política pública de saúde mental que assegurasse o cuidado territorial e em liberdade, a partir de mudanças na condução clínica e terapêutica, além da criação de estratégias sociais e culturais, todas com o objetivo de delinear um outro lugar para a loucura (Amarante & Nunes, 2018).

Dessa forma, a desinstitucionalização é uma estratégia da reforma que visa garantir o cuidado integral, a promoção da autonomia, a reinserção social das pessoas que viveram longo período de internação (Venturini, 2010).

Considerando o contexto da reforma psiquiátrica, o Ministério da Saúde (MS) deu início a publicação de normas que permitiram a implantação de serviços substitutivos no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a redução gradativa de leitos e hospitais psiquiátricos em vários municípios do Brasil.

Nesse contexto, destaca-se o município de Barbacena, em Minas Gerais, bastante lembrado no que se refere à assistência psiquiátrica com características asilares, uma vez que, ao longo da sua história, abrigou seis hospitais psiquiátricos e um hospital de custódia. Entre eles, o Hospital Colônia, considerado o maior manicômio do país, atualmente reformulado e renomeado para Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), pertencente à Fundação Hospitalar do estado de Minas Gerais (FHEMIG) (Azevedo, 2015).

O Hospital Colônia recebia pessoas de vários lugares do país que eram internadas de forma involuntária. Estima-se que cerca de 70% delas não tinham diagnóstico de transtorno mental e que aproximadamente 60 mil pessoas foram a óbito devido às condições desumanas e degradantes em que viviam (Arbex, 2013; Kyrillos Neto & Dunker, 2017).

Ao longo dos anos, o Brasil, o estado de Minas Gerais e o município de Barbacena obtiveram avanços na implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). No âmbito nacional, dados de 2022 mostram que o Brasil possui uma rede que conta com 2.836 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) distribuídos em 1.910 municípios em todos os estados e no Distrito Federal, 813 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), 45 Unidades de Acolhimento Adulto (UAA) e 25 Unidades de Acolhimento Infantojuvenil (UAI), 224 Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental, 1.952 leitos de saúde mental em hospital geral e 12.662 leitos psiquiátricos em 106 hospitais (Brasil, 2022).

Atualmente, Minas Gerais possui uma RAPS composta por 417 CAPS habilitados pelo MS e em funcionamento, além de seis UAA, oito UAI, 19 Equipes de Consultório na

Rua (ECR) e 57 Centros de Convivência e Cultura, 137 SRT, 531 leitos psiquiátricos, 601 leitos de saúde mental em hospital geral, sendo 393 financiados pelo Ministério da Saúde e 208 pelo estado (Minas Gerais, 2022a).

Em Barbacena, apenas em 1999 começaram a ser implantados os serviços e iniciado o processo de desinstitucionalização de pacientes oriundos do CHPB e de hospitais e clínicas privadas que possuíam leitos SUS. Devido ao longo tempo de internação, esses pacientes acabaram perdendo seus vínculos sociofamiliares, sendo necessário a implantação de SRT para acolher esses pacientes. Naquela época, Barbacena ainda contava com 1.336 leitos psiquiátricos e absorvia grande parte das internações do estado. Os leitos psiquiátricos estavam distribuídos da seguinte forma: 135 no CHPB; 124 no Sanatório de Barbacena; 106 na Clínica Mantiqueira; 101 na Casa de Saúde Santa Izabel e 95 na Casa de Saúde Xavier, sendo uma média de 130 internações por mês. Além disso, havia pacientes crônicos que se tornaram moradores das instituições, sendo 431 pessoas no CHPB, 140 na Clínica Mantiqueira, 68 na Casa de Saúde Santa Izabel, 66 na Casa de Saúde Xavier e 64 no Sanatório de Barbacena, totalizando 769 pessoas (Barbacena, 2004).

Atualmente, a estrutura da RAPS no município é composta de um CAPS III, um CAPS álcool e outras drogas (CAPS AD) e um CAPS infanto-juvenil (CAPS i), 25 SRT, uma ECR, um Centro de Convivência e Cultura, 10 leitos de saúde mental em hospital geral referência para 16 municípios da região e 86 leitos psiquiátricos no CHPB (MINAS GERAIS, 2022a). À medida em que a RAPS é implementada, a desinstitucionalização de pacientes internados vem avançando. Contudo, ainda há 32 pacientes moradores no CHPB com a perspectiva de serem acolhidos em SRT de outros municípios do estado.

As mudanças na atenção em saúde mental no município de Barbacena vem sendo estudadas por vários autores como Resgalla e Freitas (2004), Vidal, Gontijo e Bandeira (2007), Alvarenga e Novaes (2007), Fassheber (2009), Azevedo (2015) e Kyrillos Neto e Dunker (2017), os trabalhos tiveram enfoque na percepção dos usuários sobre o SRT, na avaliação das habilidades de vida dos moradores, no contexto histórico do CHPB, no processo de reforma psiquiátrica do município com corte temporal de 4 anos, nas estratégias de implantação do SRT e na reinserção social dos moradores de residências.

Entretanto, evidencia-se ausência de estudos descrevendo o percurso histórico da criação de serviços da Rede de Atenção Psicossocial que contemple desde os momentos iniciais até o formato da rede atual existente, bem como as ações realizadas para a efetivação da desinstitucionalização de pessoas internadas ainda em andamento.

Com isso, o presente artigo tem como objetivo descrever o percurso histórico, apontando alguns marcos temporais importantes nesse processo, bem como o contexto atual referente à implantação e organização da rede de saúde mental construída pelo município de Barbacena e região visando concretizar o processo de desinstitucionalização.

1. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa que possibilita explorar e compreender o universo de significados e as representações da realidade a partir de experiências de vida. Essa

abordagem é um percurso metodológico que propicia desvelar processos sociais, permitindo a criação de novas abordagens, sendo caracterizado por uma sistematização progressiva do conhecimento pela empiria até a compreensão lógica do processo estudado (Minayo, 2010).

A pesquisa possui natureza sócio-histórica, realizada a partir de levantamento documental, com o objetivo de compreender os acontecimentos e eventos investigados para que seja possível entender, por meio de técnicas descritivas, as relações entre o meio social e o objeto da pesquisa (Freitas, 2002).

O estudo foi realizado em duas etapas: a primeira tratou da realização de uma revisão bibliográfica e documental e a segunda consistiu na condução de entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde de nível superior que atuam nos serviços da RAPS na gestão e assistência do município.

O levantamento documental foi realizado com dados a partir de 1960, período em que se iniciaram as denúncias nos meios de comunicação sobre o então Hospital Colônia. Porém, o enfoque será dado ao período de 1988 a 2022, ou seja, a partir da criação do Sistema Único de Saúde, quando foi formulada e implantada a rede de serviços abertos e comunitários e, conseqüentemente, o processo de desinstitucionalização.

A pesquisa bibliográfica e exploratória foi realizada por meio de análise de legislações pertinentes, relatórios das quatro conferências de saúde mental, atos normativos do Poder Executivo (portarias publicadas pelo Ministério da Saúde e resoluções da Secretaria de Estado da Saúde), dois documentários sobre o tema, além de visita e estudo sobre o acervo do Museu da Loucura, localizado em Barbacena.

A segunda etapa da pesquisa ocorreu em agosto de 2022 por meio de entrevistas semiestruturadas com 20 profissionais de saúde de nível superior dos serviços da RAPS, sendo três gestores do município de Barbacena. Dos profissionais que participaram da pesquisa, havia uma equipe multidisciplinar composta por 18 mulheres e dois homens, sendo três assistentes sociais, cinco enfermeiros e 12 psicólogos atuantes na gestão ou assistência da RAPS (CAPS AD, CAPS III e SRT).

A análise dos dados foi realizada a partir da hermenêutica, buscando interpretar e compreender as falas em seus contextos, considerando a complexidade desse processo e as implicações de ordem histórica, sociocultural e política (Minayo, 2002).

O material utilizado nesse artigo faz parte da pesquisa intitulada “A desinstitucionalização de pessoas egressas de hospitais psiquiátricos: contribuições, avanços e desafios da rede de atenção psicossocial de Barbacena” aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Secretaria Municipal de Saúde do município de Barbacena, conforme parecer CAAE 5.454.365. Todas as etapas do estudo estão em concordância com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 2012).

2. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados foram organizados em uma linha do tempo dividida por décadas. Buscou-se destacar os marcos históricos no contexto municipal, estadual e nacional que

se relacionam com o processo de implantação da RAPS de Barbacena impulsionada pelo processo de reforma psiquiátrica brasileira a partir da relação desses marcos temporais e históricos com as entrevistas dos profissionais que participaram da pesquisa.

2.1 DÉCADA DE 1960 E 1970: A SUCURSAL DO INFERNO, O HOLOCAUSTO BRASILEIRO E O DESPERTAR PARA A REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA

A década de 1960 foi marcada pelas denúncias da situação do Hospital Colônia em várias reportagens nos jornais da época, a exemplo do jornal Diário da Tarde, da revista O Cruzeiro e da TV Itacolomi. A situação era tão degradante que a revista O Cruzeiro, publicada no dia 13 de maio de 1961, nominou a instituição como “A Sucursal do Inferno” (Azevedo, 2015).

No fim da década de 1970 começam a surgir movimentos sociais em defesa de uma reforma sanitária e de uma reforma psiquiátrica. Em 1976 foi constituído o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), composto por sanitaristas e intelectuais que manifestavam a necessidade da reforma. Posteriormente, em meados de 1978, é criado o movimento dos trabalhadores de saúde mental (MTSM) dando início à luta em defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos (Amarante & Nunes, 2018; Brasil, 2005).

Os movimentos da reforma psiquiátrica brasileira tiveram início com a denúncia da situação da assistência ofertada pelos hospitais psiquiátricos, composto por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas e pessoas com longo histórico de internações. A reforma configura-se como um processo político e social complexo, realizado por movimentos sociais, instituições e forças de diferentes origens que buscaram desconstruir os manicômios, o modelo hospitalocêntrico e a hegemonia de uma rede privada de assistência (Amarante & Nunes, 2018; Brasil, 2005).

Importante destacar que, em 1979, o psiquiatra italiano Franco Basaglia, conhecido por sua atuação na reforma da saúde mental na Itália, esteve no Brasil e participou de uma série de conferências em Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo. Durante sua estadia no Brasil, visitou Barbacena e comparou o Hospital Colônia aos campos de concentração nazistas, nomeando aquele cenário de “holocausto brasileiro” (Amarante, 2001).

Nesse mesmo período, de acordo com documentos e reportagens expostas no Museu da Loucura, o Secretário de Estado de Saúde da época, Eduardo Levindo Coelho e o corpo diretor da FHEMIG autorizaram a imprensa a entrar na instituição. Assim, o jornalista Hiram Firmino elaborou uma série de reportagens para o Jornal Estado de Minas intituladas “Nos porões da loucura”, mostrando um cenário degradante, gerando enorme impacto junto à opinião pública e diversos setores da sociedade, principalmente devido à ausência total de assistência, aos meios de segregação, óbitos por descaso e abandono generalizado. Em 1986, as matérias foram reunidas e deram origem a um livro com o mesmo nome da reportagem.

Em 1979, o cineasta Helvécio Raton produziu o documentário “Em nome da razão”, que abordou a situação dos pacientes internados no Hospital Colônia, conhecido pelas condições desumanas e pelos abusos cometidos contra os internos. O material subsidiou e serviu de instrumento de denúncias de violação dos direitos humanos das pessoas internadas, compondo

a história da luta de movimentos sociais para uma sociedade sem manicômios, tornando-se um marco para a reforma psiquiátrica brasileira (Goulart, 2010).

O documentário, feito em preto em branco, utiliza estratégia discursiva que convoca o telespectador à indignação diante da situação de abandono e maus tratos. Apresenta as enfermarias, os pátios, percorre a estrutura do manicômio, suas celas, mostrando a forma de “tratamento” pautada na contenção medicamentosa, eletrochoque e lobotomia. Era perceptível o desespero, o desalento e a miséria. A sonorização é a captura dos gritos misturada aos relatos dos pacientes e dos choros, evidenciando o sofrimento e violações sofridas, além do cárcere, da exploração da mão de obra e do vigiar constante.

Nessa época, Barbacena mantinha seis hospitais/clínicas em funcionamento. Além disso, havia o Manicômio Judiciário Hospital de Custódia Jorge Vaz (HJV), que foi instituído em 15 de junho de 1929 sob o nome de Manicômio Judiciário de Barbacena. Essa instituição, criada pelo Decreto 7.471 de 31 de janeiro de 1927, foi renomeada em 1956 para Manicômio Judiciário Jorge Vaz e em 1987 recebeu o nome de Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz, que permanece ativo até os dias atuais (Azevedo, 2015).

2.2 DÉCADA DE 1980: REFORMA DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE BARBACENA E A CRIAÇÃO DE NOVOS SERVIÇOS NO TERRITÓRIO HOSPITALAR

Na década de 1980, após as denúncias de violação de direitos humanos, houve uma reestruturação administrativa e assistencial no CHPB por meio da contratação de profissionais e da construção de módulos para atendimento de casos agudos, módulos residenciais compostos por cinco casas com capacidade de abrigar 24 moradores e a “Casa Amarela”, um espaço de transição para a desinstitucionalização (Azevedo, 2015).

Contudo, mesmo com a criação de estruturas alternativas, a reestruturação se mostrou insuficiente, tendo em vista que as melhorias ficaram restritas à questão da hotelaria e condições sanitárias. Os módulos acabaram se tornando enfermarias, mantendo-se a lógica médico centrada e ausência de autonomia dos pacientes (Kyrillos Neto & Dunker, 2017). O relato de um participante traz essa constatação: “[...] os módulos residenciais eram muito grandes perto de uma casa, tinha estrutura e lógica hospitalar. P14”.

No Brasil, em 1987, ocorreram dois marcos importantes. O primeiro deles foi o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru/SP que instituiu o dia 18 de maio como dia da luta antimanicomial, tendo como lema a busca por uma sociedade sem manicômios. O Movimento da Luta Antimanicomial, composto por profissionais, usuários, familiares e ativistas de direitos humanos, propunha a desconstrução de práticas manicomiais, o combate ao estigma e à exclusão de pessoas em sofrimento psíquico grave (Amarante & Nunes, 2018).

O segundo marco desse período foi a realização da primeira Conferência Nacional de Saúde Mental em desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Nela foram lançadas as diretrizes para a construção de um sistema de saúde destinado a todas as pessoas. O relatório da primeira conferência destacava a importância da realização da reforma sanitária, a criação

de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, bem como a criação de legislação sobre a internação psiquiátrica e os direitos dos usuários (Brasil, 1988).

Como desdobramento das demandas e orientações da I Conferência, foi apresentado em 1989, no Congresso Nacional, o Projeto de Lei nº 3.657/1989 do deputado Paulo Delgado (PT/MG). O projeto propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos no país. Nesse período, começam a surgir os serviços comunitários, cooperativas e residências para os egressos do hospital e associações, ações fundamentais para o avanço da reforma (Brasil, 2005).

2.3 DÉCADA DE 1990: A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O INÍCIO DA CRIAÇÃO DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS DE BARBACENA

As ações e serviços de saúde, a participação da comunidade e o financiamento na área da saúde foram regulamentadas pela Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990, que instituíram o Sistema Único de Saúde. Nessa época, o Ministério da Saúde passou a publicar normas que começaram a delinear uma política de saúde mental de base territorial. Destaca-se a Portaria SAS nº 224/1992, que normatizou o atendimento em saúde mental na rede SUS, tendo como diretriz a organização dos serviços, garantia da continuidade do cuidado e ênfase na participação social no processo de formulação das políticas de saúde mental (Brasil, 2005).

Entre os diversos serviços substitutivos, o serviço residencial terapêutico (SRT) é estratégico e fundamental para o processo de desinstitucionalização. Na década de 1990, alguns municípios brasileiros já tinham iniciado a sua implantação mesmo sem norma específica do MS que foi publicada somente em 2000. O município de Barbacena também se antecipou na implantação de SRT, sendo a primeira residência implantada em 1999, conforme relato de participante da pesquisa: “A gente, em 99 já tinha uma residência terapêutica. Naquela época a gente começou a entender, que valia a pena retirar as pessoas do hospital. P12”.

No campo jurídico, inspirado no projeto de lei Paulo Delgado, oito estados, incluindo Minas Gerais aprovaram leis estaduais sobre o tema. A Lei Estadual nº 11.802, conhecida por lei Carlão foi aprovada em 18 de janeiro de 1995, dispendo sobre a promoção da saúde, a reintegração social do portador de sofrimento mental e substituição progressiva da assistência no hospital psiquiátrico por outros serviços. Essa lei também previa o processo de desinstitucionalização, de acordo com o seu artigo 19:

Art. 19 - Aos pacientes que perderam o vínculo com o grupo familiar e se encontram em situação de desamparo social, o poder público providenciará a atenção integral de suas necessidades, visando, por meio de políticas sociais intersetoriais, à sua integração social.

Tais normas favoreceram a expansão dos serviços comunitários, contribuindo para a redução de leitos e o fechamento de hospitais psiquiátricos, além do desenvolvimento de ações e estratégias de desinstitucionalização de pacientes moradores de hospitais (Brasil, 2005; Borges & Baptista, 2008).

Um ponto relevante é que a construção das políticas de saúde mental contou com as contribuições advindas de espaços de participação social. Assim, em 1992, foi realizada a

2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em que se discutiu os seguintes temas: a rede de atenção em saúde mental com enfoque no modelo assistencial; revisão legal para o cumprimento de leis; direito à assistência qualificada; resgate da cidadania e reinserção social de pessoas internadas por períodos prolongados (BRASIL, 1994).

2.4 ANOS 2000 A 2010: A IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS DO MUNICÍPIO DE BARBACENA, CAMINHO PARA O INÍCIO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E REINserÇÃO SOCIAL

O Ministério da Saúde iniciou a publicação de portarias com mudança da lógica assistencial na década de 1990 em busca da consolidação de um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, introduzindo o paradigma da atenção psicossocial como modelo de atenção (ALMEIDA, 2019). Entretanto, o SRT, estratégico para o processo de desinstitucionalização, só veio a ser criado por meio da Portaria nº 106/GM/MS/ 2000. A criação dos CAPS e SRT foram de crucial importância para o início desse processo (Suiyama, 2007).

A coordenação municipal de saúde mental da época realizou diagnóstico e identificou que haviam 769 pessoas que se tornaram moradoras. Em seguida, foi elaborado um relatório apresentando os gastos com a proposta de criação de SRT, de dois Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), sendo um direcionado ao uso de álcool e outras drogas, além de Pronto Socorro, Ambulatório e Centros de Convivência, prevendo a redução de 70% dos encaminhamentos para internação e contribuindo para a redução de custos. Foi então formatada a proposta de reformulação assistencial, sendo relevante a justificativa econômica na tomada de decisão da gestão pelas mudanças (Azevedo, 2015).

Por outro lado, a opção pela implantação de uma política de saúde mental encontrou resistência no município por parte dos hospitais psiquiátricos, de profissionais de saúde e até mesmo de familiares. De acordo com os relatos de participantes da pesquisa: “na verdade, foi uma verdadeira luta da saúde mental com os hospitais e alguns profissionais, principalmente com os hospitais privados que tinham convênio com o SUS” (P2). E outro: “Eu vi muitas pessoas brigando, famílias que não queriam tirar os seus parentes de dentro do hospital. Eu presenciei muito isso, mais isso do que o contrário” (P15).

Portanto, é possível entender, a partir das entrevistas, que o processo de abertura de serviços de desinstitucionalização ocorreu por fatores ligados à mudança de gestão, profissionais incomodados com aquele cenário e a confluência política e ideológica que estava presente naquele momento, conforme relatos: “Mas foi um processo que teve o apoio de uma equipe que estava com muita vontade, muito coesa e querendo realmente apostar” (P4). E mais: “Então, acho que o processo de Barbacena, ele nasce com uma confluência naquele momento política ideológica muito precisa” (P12).

A efetivação de políticas públicas é possível através de investimentos. Portanto, o financiamento dos serviços era uma etapa fundamental, sendo consolidado por meio dos normativos publicados no ano 2000. Nesse período, o município enviou ao Ministério da Saúde uma proposta prevendo a implantação gradativa de 20 SRT (Azevedo, 2015).

De forma paralela, foram implantados em 2001 o Centro de Atenção Psicossocial e, posteriormente em 2003, o Centro de Convivência e Cultura, serviços importantes para a reinserção social. Os profissionais compreendiam que era necessária a implantação do CAPS e do CCC, de acordo com o relato abaixo: “A gente cria o CAPS e a residência já iniciando o processo, o centro de convivência vinha em seguida, porque a gente entendia que esse dispositivo era fundamental para a oferta do cuidado” (P12).

Os serviços eram implantados gradativamente, inclusive com o acolhimento de moradores de outras cidades, visto que Barbacena é polo de sua macrorregião de saúde e atende outros municípios da região. Desse modo, a cronologia de implantação dos serviços da RAPS de Barbacena ocorreu da seguinte forma: em 1999, um SRT; em 2001, um CAPS III e um SRT; em 2003, sobe para nove SRT, sendo também implantando o CCC; em 2004 implanta-se mais dez SRT; em 2005, um SRT; em 2006 continua a expansão com dois SRT e em 2007 são implantados mais dois SRT.

Importante salientar que todo o processo era inovador para os profissionais envolvidos e não havia apoio de outros serviços da rede de saúde e rede intersetorial. A equipe atuante na época foi responsável por organizar os serviços e superar as resistências da população. De acordo com os entrevistados:

a gente não tinha apoio da rede ainda... Tanto é que quando a gente falava: Ah vou alugar para uma residência terapêutica e as pessoas respondiam: Não pelo amor de Deus! Vocês vão colocar os loucos aqui perto?! Isso não vai dar certo. Inclusive muitos lugares não quiseram alugar as casas para residências terapêuticas (P4).

Concomitante ao processo de implantação de serviços, o município de Barbacena participou do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), instituído pela Portaria nº 251/GM/2002. Em 2003, após passar por avaliações do PNASH/PSIQUIATRIA, ocorreu o descredenciamento pelo SUS dos leitos do sanatório de Barbacena e em 2004 da Casa de Saúde Xavier. O PNASH foi extremamente importante para o êxito do processo, conforme relatos: “PNASH foi muito importante e já estava a todo vapor e fechando os leitos. O fechamento do sanatório eu acho que foi um segundo divisor de águas” (P12). E este outro: “A internação era aberta, chegava na porta e internava mesmo. Eu lembro que um hospital que cabia 120 tinha 200, 250. Então, a primeira questão era pensar em como fechar isso e o PNASH foi fundamental” (P20).

No âmbito jurídico, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) de 1989 foi sancionado no ano de 2001, sendo convertido na Lei nº 10.216/2001. Após mais de 12 anos de tramitação, esse marco legal configurou-se como um arcabouço jurídico que respalda as ações realizadas nos territórios. A lei redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, prevê o processo de desinstitucionalização e enfatiza que as internações devem ocorrer como último recurso terapêutico (Brasil, 2001; Borges & Baptista, 2008).

Dando continuidade ao processo de formulação de novas políticas sobre o tema, em 2001 ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília, sendo que a temática

central discutida foi “Cuidar, sim. Excluir, Não”. Foram debatidos o financiamento das ações de saúde mental, a fiscalização e supervisão dos hospitais e demais equipamentos assistenciais, a criação de novas estruturas de suporte à desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de internação em hospitais psiquiátricos, a formação de recursos humanos adequados, entre outras relevantes questões para a área (Brasil, 2001).

Em 2002, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 336 que estabeleceu os CAPS de acordo com modalidades e porte (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS AD e CAPS ADIII), e Portaria SAS/MS nº 189 que definiu as normas e diretrizes para a organização dos serviços de saúde mental. Os CAPS se tornaram serviços estratégicos para a oferta de assistência e reinserção social dos pacientes, prevendo funcionamento diário e na lógica do território, independentemente de qualquer estrutura hospitalar.

Dessa forma, foram construídos atos normativos e diretrizes assistenciais para organização de uma rede substitutiva e a expansão desses serviços em todo o país. Destaca-se a Lei Federal nº 10.708/2003 que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas a partir de dois anos ininterruptos em hospitais psiquiátricos ou de custódia, sendo parte integrante do Programa De Volta para Casa (Brasil, 2003). Essa lei possui grande relevância nesse contexto e já vinha sendo debatida desde a década de 1990. Destaca-se que o município de Barbacena participou das discussões sobre essa legislação.

O Programa De Volta para Casa é uma estratégia potente para a efetivação da reinserção social, configurando-se como um recurso adicional ao exercício da cidadania, inserindo o indivíduo no ambiente produtivo e social (Guerrero, Bessoni, Cardoso, Vaz, Braga-Campos & Badaró, 2019). O viver em sociedade requer acesso a renda e o PVC é uma conquista que possibilita o habitar e o poder de comprar e trocar (Lima et al., 2022; Silva et al., 2022). Importante destacar que os moradores dos SRT de Barbacena são beneficiários do PVC, permitindo que eles exerçam efetivamente a cidadania, possibilitando assim, o resgate da autonomia.

2.5 ANOS 2010 A 2022: A IMPLANTAÇÃO DE NOVOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS NO MUNICÍPIO DE BARBACENA PARA GARANTIA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO, A VISIBILIDADE NACIONAL DO MUNICÍPIO, OS DESAFIOS DO CENÁRIO POLÍTICO E A RETOMADA DO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Apartir da realidade de um alto número de moradores de hospitais psiquiátricos, o município priorizou a implantação de serviços com enfoque no processo de desinstitucionalização. Assim, novos serviços da RAPS foram implantados em Barbacena da seguinte forma: em 2010 foram criados dois SRT e um ECR; em 2014 mais quatro SRT, um CAPS AD e leitos de saúde mental em hospital geral, além do CAPS i em 2020.

Nota-se que, no âmbito do estado de Minas Gerais, ainda há um déficit de CAPS AD e insuficiência de CAPS i. Dados de estudo nacional apontam que, considerando o parâmetro populacional, os CAPS i são desigualmente distribuídos, havendo a ocorrência de vazio

assistencial (Coelho et al., 2022). Diante da realidade da assistência, foi verificada a priorização dos serviços direcionados a população adulta com transtorno mental.

Em 2013, Barbacena tem maior visibilidade na mídia após a publicação do livro *Holocausto Brasileiro* (Arbex, 2013) que retrata as violações de direitos humanos e condições degradantes que viviam os pacientes através do depoimento de ex-funcionários. No mesmo ano, o documentário *Holocausto Brasileiro*, adaptação do livro homônimo, dirigido por Daniela Arbex e Armando Mendz é lançado, possibilitando a ampliação do conhecimento da temática por outros instrumentos.

O livro e documentário “*Holocausto Brasileiro*” retratam um cenário de atrocidades através da história de pessoas que vivenciaram os horrores da tortura, abandonadas por anos em condições desumanas. Cabe salientar que ambos foram publicados em um momento no qual já existiam políticas públicas e serviços para a oferta de assistência. Porém, não há citação sobre tal questão para o leitor ou telespectador que, desconhecendo a temática, não toma conhecimento sobre os desdobramentos das denúncias e a desinstitucionalização.

Conforme dados do Museu da Loucura, o município de Barbacena, diante da *expertise* construída aos longos dos anos, é contemplado em 2014 na primeira chamada do Curso Formativo como Rede Perceptora na linha reabilitação psicossocial. Houve o acolhimento de 100 profissionais dos estados do Amazonas, Piauí, Pernambuco, Paraná e São Paulo. No ano de 2015, o MS convidou o município para ser Rede Preceptora de desinstitucionalização, uma vez que já tinham habilitados 32 SRT. Ainda em 2014, o processo de credenciamento de leitos SUS estava em andamento, fato comprovado pelo credenciamento da Clínica Mantiqueira (Fassheber, 2009).

Na perspectiva de avançar na consolidação da RAPS, no âmbito estadual, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) publicou a Resolução nº 5.461 em 2016, que instituiu a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, tendo como diretriz o cofinanciamento estadual para os serviços da RAPS e a concretização do processo de desinstitucionalização no estado incluindo o CHPB (Minas Gerais, 2016).

Em 2017 foi elaborado o plano de desinstitucionalização do estado de Minas Gerais, prevendo a desospitalização de pacientes ainda internados nas instituições com leitos SUS. No mesmo ano, foi publicada a Resolução nº 5.926 que autorizou a destinação de recursos financeiros para o custeio do Programa de Desinstitucionalização que permitia a contratação de profissionais pelo município de Barbacena (Minas Gerais, 2017). Entretanto, considerando a situação de calamidade financeira do estado, o Decreto nº 47.101/2016 inviabilizou o repasse de recursos naquele momento, dificultando a sua continuidade.

Posteriormente, em 2020, a SES/MG conseguiu efetivar o repasse de recursos para a desinstitucionalização, possibilitando a retomada das articulações para a efetivação do processo de 110 moradores remanescentes do CHPB e pacientes judiciários com cessação de periculosidade do HJV. Assim, após pactuações em Comissão Intergestora Bipartite (CIB), foi publicada a Resolução SES/MG nº 7.185/2020, prevendo recursos para implantação de 9 SRT nos municípios de Antônio Carlos, Carandaí e Ibiritoga, pertencentes à Superintendência Regional de Saúde de Barbacena (Minas Gerais, 2020).

Com isso, o município de Barbacena realizou a contratação de profissionais de saúde para integrar a equipe de desinstitucionalização com o objetivo de concretizar o processo no CHPB e HJV, bem como ofertou apoio e suporte na formação da equipe dos serviços da RAPS dos municípios de Antônio Carlos, Carandaí e Ibertioga, visando a qualificação dos profissionais para garantir um processo de transição cuidadoso com os moradores. “Agora recentemente está tendo a desinstitucionalização de moradores que estão no módulo da FHEMIG. Apesar de ter as casas eles não deixam de estar no espaço hospitalar. Está tendo também de alguns pacientes do hospital de custódia de Barbacena” (P2).

No transcorrer desses anos foram desinstitucionalizadas 434 pessoas moradoras de diversos serviços. Dados do relatório da equipe de desinstitucionalização da coordenação municipal de Barbacena de 2022, descrevem os seguintes números: 20 pessoas provenientes do CAPS (pacientes com vínculos sociofamiliares rompidos), 208 do CHPB, 40 do HJV, 77 da Clínica Mantiqueira, 40 do Sanatório de Barbacena, 35 do Santa Isabel e 14 da Clínica Xavier. O município de Barbacena acolheu 328 pacientes/moradores desinstitucionalizados dos hospitais psiquiátricos, sendo que 22 pacientes tiveram alta para família.

A reduzida quantidade de pessoas acolhidas pelos familiares demonstra que a longa internação propiciou um rompimento dos vínculos familiares. De acordo com relato da Coordenação Municipal de Saúde Mental, Barbacena implantou vários SRT e, devido a própria capacidade do território, tornou-se inviável a implantação de novos serviços.

Vários pacientes foram direcionados para SRT mais próxima de suas cidades de origem. Outros municípios implantaram o serviço e acolheram pessoas desterritorializadas, ou seja, que não tinham informação de origem. Os pacientes remanescentes e provenientes do HJV foram acolhidos em SRT dos seguintes municípios: Água Boa, Antônio Carlos, Belo Horizonte, Carandaí, Carmo do Cajuru, Contagem, Ibertioga, Conselheiro Lafaiete, Lavras, Mutum, Santa Maria do Suaçuí, São João Evangelista e Vespasiano.

Conforme dados do relatório da equipe de desinstitucionalização da Coordenação Municipal de Saúde Mental de Barbacena, entre 2021 e 2023, cerca de 75 pacientes foram desinstitucionalizados e atualmente há 170 moradores em SRT do município. Importante salientar que, considerando a faixa etária e as comorbidades existentes, vários moradores faleceram ao longo dos anos.

Diante de todo o percurso explorado, o município de Barbacena avançou na implantação dos serviços e dispõe de uma rede adequada aos parâmetros do Ministério da Saúde. Ainda, é importante salientar que os únicos dispositivos da RAPS que o município não possui são a Unidade de Acolhimento Adulto e Unidade de Acolhimento Infantojuvenil, que são unidades transitórias para acolher pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, sendo um serviço ainda incipiente no país.

Observa-se, portanto, que ocorreu uma mudança na rede, anteriormente focada em leitos psiquiátricos e atualmente, a partir de todas as ações implementadas, foi possível a construção de uma rede de saúde mental com serviços substitutivos diversificados.

No módulo residencial do CHPB, existem 32 moradores remanescentes devido à ausência de vagas em SRT de outros municípios. Assim, a SES/MG, por meio da Resolução

CIB/SUS nº 8.519, de 19/12/2022, repassou recurso para implantação de 4 SRT no município de Contagem com vistas a conclusão do processo (Minas Gerais, 2022b).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo descreveu o percurso histórico para a implantação e organização da rede de saúde mental construída pelo município de Barbacena a partir da criação dos serviços substitutivos, transposição do modelo de assistência à saúde mental que possibilitou o início do processo de desinstitucionalização, bem como apresentou a situação atual, considerando o fato de ainda existirem moradores no CHPB.

No âmbito nacional, vários atores foram fundamentais e destaca-se o papel das denúncias, dos movimentos sociais, a criação do SUS, bem como a realização de conferências nacionais de saúde mental que propiciaram desdobramentos na esfera política, assistencial e jurídica. O processo de desinstitucionalização exigiu diversos esforços, sendo necessária alterações nas legislações, criação de um plano de execução e recursos para implantação dos serviços da RAPS. Além disso, é de suma importância destacar o papel dos profissionais de saúde envolvidos desde o início do processo que, com muito empenho, resiliência, persistência e afeto, conduziram as ações de forma peculiar e cuidadosa.

Com isso, o município de Barbacena, marcado por uma história trágica e de atrocidades sofridas por milhares de pacientes nos hospitais psiquiátricos, conseguiu, ao longo dos anos, modificar a oferta de assistência em saúde às pessoas com transtorno mental para uma forma humanizada, se empenhando na construção de uma rede que pudesse formar outros destinos para as pessoas com transtornos mentais, anteriormente excluídas, através de uma rede de serviços que preconiza a autonomia, cidadania e o cuidado no território.

Destaca-se que a implantação dos serviços, a mudança da lógica assistencial e a desinstitucionalização são processos complexos e vários desafios surgiram ao longo do percurso, entre eles: mudanças na política de saúde mental, resistência dos profissionais dos hospitais psiquiátricos e demandas de desinstitucionalização advindas de pacientes judiciários. Além disso, houve a saturação do SRT no município estudado, uma vez que, mesmo diante do empenho dos atores envolvidos, 32 pacientes/moradores remanescentes do CHPB aguardam a implantação do serviço em outro município.

O estudo teve enfoque na revisão bibliográfica e documental e análise das entrevistas dos profissionais que, de forma geral, apontam as questões na perspectiva assistencial. Portanto, questões relacionadas com a análise dos recursos financeiros e enfrentamentos políticos provocados pelas mudanças de governo não foram exploradas. Compreende-se que a descrição do percurso histórico contemplando dados atuais é importante para entendimento desse processo, tendo em vista que ele necessita de uma conclusão que possibilite o acolhimento de todas as pessoas que sofreram durante anos nessas instituições, servindo também como exemplo de um modelo que possa ser utilizado em outros territórios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarenga, L. T. & Novaes, C. O. (2007). Estratégias na reforma psiquiátrica no município de Barbacena: a cooperação entre gestor público e o terceiro setor. *Hist. cienc. Saude, Mangunhos*, 14 (2). <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/dnBdTPybJ7xp4g4yy5zsvSd/>.
- Almeida, J. M. C. de. (2019). Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(11).
- Amarante, P. (2001). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2ª ed.). FIOCRUZ.
- Amarante, P. & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômio. *Ciências e Saúde Coletiva*. 23(6).
- Arbex, D. (2013). *Holocausto Brasileiro*. Geração Editorial.
- Azevedo, K. R. N. (2015). *E aí as histórias ficam boas: narrativas sobre a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Barbacena/MG*. [Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São João Del Rei, Minas Gerais, Brasil].
- Barbacena. *Relatório de Gestão em Saúde Mental*. (2004). Período de janeiro de 2001 a novembro de 2004: A construção de uma nova lógica assistencial e a consolidação do modelo da Reforma Psiquiátrica na cidade das rosas. Barbacena (documento não publicado).
- Borges, C. F. & Baptista, T. W. F. (2008). O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (2).
- Brasil. Ministério da Saúde. (1988). *I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final*.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1994). *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). *Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*.
- Brasil. (2003). *Lei nº 10.078, de 31 de julho de 2003*. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. OPAS.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2022). *Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde*.
- Coelho, V. A. A., Andrade, L. I., Guimarães, D. A., Pereira, L. S. M., Modena, E. A. A., Guimarães, E. A. A. & Gama, C. A. P. (2022). Regionalização da Atenção Psicossocial: Uma Visão Panorâmica da Rede de Atenção Psicossocial de Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(05), 2022. <https://www.scielo.br/j/csc/a/www9ygxnmfmcwrccljhsvnc/#>.
- Fassheber, V. B. (2009). *O processo de reforma psiquiátrica no Município de Barbacena-MG no período 2000-2004: um estudo de caso acerca da cidade dos loucos*. [Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro].
- Freitas, M. T. D. A. (2002). A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. *Cadernos de Pesquisa*, (116), 21-39.
- Guerrero, A. V. P., Bessoni, E. A., Cardoso, A. J. C., Vaz, B. C., Braga-Campos, F. C. & Badaró, M. I. M. (2019). O Programa de Volta para Casa na vida cotidiana dos seus beneficiários. *Saúde e Sociedade*, 28(3), 11-20.
- Goulart, M. S. B. (2010). Em nome da razão: Quando a arte faz história. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 20 (1).
- Kyrillos Neto, F.; Dunker, C. I. L. (2017). Depois do Holocausto: efeitos colaterais do Hospital Colônia em Barbacena. *Psicologia em Revista*, 23(3). http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167711682017000300011.
- Lima, H. P., Silva, D. B., Aratani, N., Arruada, G. O., Lopes, S. G. R., Palhano, P. S., Saraiva, K. V. O. et al. (2022). Avanços e desafios do Programa de Volta para Casa como estratégia de desinstitucionalização: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(1), 89-100. <https://www.scielo.br/j/csc/a/DZ6xR9CtYN9gdk7qVTY4nkH/?lang=pt>
- Minas Gerais. (2016). *Resolução SES/MG N° 5.461, de 19 de outubro de 2016*. Institui a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.
- Minas Gerais. (2017). *Resolução SES/MG N° 5.926, de 18 de outubro de 2017*. Autoriza a destinação de recurso financeiro, em caráter excepcional, para o custeio do Programa de Desinstitucionalização.
- Minas Gerais. (2020). *Resolução SES/MG N° 7.185, de 10 de agosto de 2020*. Estabelece as regras de adesão, execução e avaliação do incentivo financeiro de custeio, em caráter excepcional, à implantação e custeio de SRT tipo II na Rede de Atenção Psicossocial de municípios da Superintendência Regional de Saúde de Barbacena.

- Minas Gerais. (2022a). *Deliberação CIB-SUS/MG N° 4.019, de 17 de novembro de 2022*. Aprova o Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial de Minas Gerais.
- Minas Gerais. (2022b). *Resolução SES/MG N° 8.519, de 16 de dezembro de 2022*. Dispõe sobre as regras de adesão, repasse, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro, de caráter excepcional, para custeio SRT II da Rede de Atenção Psicossocial do Município de Contagem.
- Minayo, M. C. S. (2002). *Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social*. Editora Fiocruz.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (12ª ed.). Hucitec.
- Resgalla, R. M. & Freitas, M. (2004). A residência terapêutica: o melhor lugar de se viver. *Revista Mineira de Enfermagem*, 8(2).
- Sampaio, M. L. & Bispo Júnior, J. P. (2021). Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 19.
- Silva, G. A., Cardos, A. J. C., Bessoni, E., Peixoto, A. C., Rudá, C., Silva, D. V., Branco, S. M. J. (2022). Modos de autonomia em Serviços Residenciais Terapêuticos e sua relação com estratégias de desinstitucionalização. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(1): 101-110. <https://www.scielo.br/j/csc/a/kKy7RrYV3ncSPnwk9KfggJS/>
- Suiyama, R. C. B., Rolim, M. A. & Colvero, L. A. (2007). Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos. *Saúde e Sociedade*, 16 (3): 102-110. <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/JspZ7bVdvGYFKQHjRgnDXLr/>
- Venturini, E. A. (2010). desinstitucionalização: limites e possibilidades. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 20 (1).
- Vidal, C. E. L., Gontijo, E. C. D. M. e Bandeira, M. B. (2007). Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29 (3): 294-304.

