

Desinstitucionalização

Da saída do manicômio à vida na cidade:
estratégias de gestão e de cuidado



desinstitute

É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte.

Disponível também em: www.desinstitute.org.br

1ª edição – 2023

Realização: Desinstitute

Coordenação Geral: Lucio Costa, Daniela Skromov e Jaqueline Marques

Pesquisa e Redação: Marcela Lucena e Enrique Bessoni

Revisão técnica: Marcela Lucena, Enrique Bessoni, Nicola Worcman, Aurélia Rios, Gérica Branco e Thaís Lopes

Revisão de texto: Maira Pascoal

Projeto Gráfico: Weyni Rodrigues

Diagramação: Weyni Rodrigues e Gabriel Zanucci

Autores do capítulo II: Admil Sebastião Ortiz; Adriano Alves da Silva; Bento Márcio da Silva; Coleta Rodrigues Gomes; Dirceu Luiz Rohr Júnior; Edjane Maria Vieira; Germânio Eustáquio da Silva; Mario Moro; Marisa Cristina da Silva; Renildo Mariano de Aguiar; Roque Júnior; Rosa Nascimento Marinho; Sandra Mara Lopes da Silva; Tatiana de Freitas.

Agredcimentos:

Bruno Shimitzu; Carolina Gomes Duarte; Daniel Elia; Elias Tischenberg; Elisa Zaneratto Rosa; Fernanda Dultra Pinchiaro; Érika Andréa Santos; Henrique Apolinário de Souza; Hugo Marques Fagundes Junior; João Marcelo Costa Ferreira; Karla Patrícia André da Rocha Lima; Károl Veiga Cabral; Luciano Elia; Marcos Roberto Vieira Garcia; Maria Tavares Cavalcanti; Rafael Wolski de Oliveira; Ricardo Ramos da Silva; Rodrigo Silva Simas; Roxane Alencar Coutinho.

Colaboradores:

Para elaboração deste documento, foi instituído o Grupo de Discussão e Acompanhamento (GDA), composto por um coletivo de pessoas que apresentam diferentes inserções nos processos de desinstitucionalização no Brasil. Desta forma, este trabalho foi discutido em todas as suas etapas de escrita com o referido grupo, o qual, conta como integrantes:

Adriana Gonçalves Queiroz; Adriele Cardoso Sussuarana; Ana Carolina Khouri; Ana Maria Fernandes Pitta; Barbara Coelho Vaz; Daniel Adolpho Daltin Assis; Domingos Sávio do Nascimento Alves; Ed Carlos de Faria; Fernando Sfair Kinker; Fernanda Otoni de Barros Brisset; Flávia Denise Barbosa Vasques; Florianita Coelho Braga Campos; Haroldo Caetano da Silva; Leandra Mara de Vilhena Melo Vidal; Lisiane Cristina Braecher; Luciana Togni de Lima e Silva Surjus; Marta Elizabete de Souza; Maria Fernanda de Silvío Nicacio; Mirsa Elisabeth Dellosi; Norma Maria de Sousa Cassimiro; Paulo Duarte de Carvalho Amarante; Pedro Gabriel Godinho Delgado; Roberto Tykanori Kinoshita; Sandra Maria Sales Fagundes; Sergio Levcovitz; Sônia Barros; Stellamaris Pinheiro de Souza Nascimento.

Equipe Desinstitute

Aurélia Rios - Diretora de projetos e interseccionalidade

Daniela Skromov - Diretora de relações institucionais

Gabriel Zanucci – Estagiário de comunicação

Gérica Branco – Assessoria Jurídica

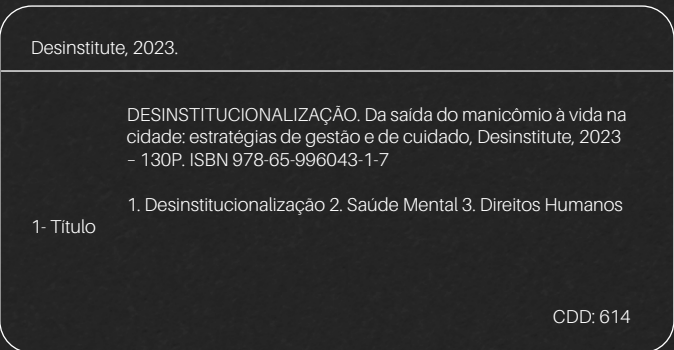
Jaqueline Marques - Diretora de administração e finanças

Lucio Costa - Diretor executivo

Nicola Worcman - Diretora de assuntos científicos

Thaís Lopes – Assessoria Jurídica

Referências bibliográficas conforme ABNT NBR
Direitos para esta edição – Desinstitute



Produzido:
2022

Publicado no Brasil:
Maio de 2023

Como citar este documento:
DESINSTITUTE. *Desinstitucionalização: da saída do manicômio à vida na cidade: estratégias de gestão e de cuidado*. Brasília:[s.n.], 2023.



O Desinstitute é uma organização da sociedade civil sem fins lucrativos que trabalha pela garantia de direitos no campo da política de drogas e pelo cuidado em liberdade na política da saúde mental no Brasil e na América Latina. Fundado em 2020, atua por meio da produção e publicação de conhecimento técnico, da interlocução com movimentos sociais e organizações da sociedade civil, do monitoramento e análise de políticas públicas e de *advocacy* no Legislativo, Executivo e sistema de Justiça. Sua missão prioritária é influenciar e respaldar tecnicamente o desenvolvimento de políticas públicas baseadas em evidências e orientadas por princípios democráticos, de defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e de garantia dos direitos humanos a todas as pessoas.

Para mais informações, acesse: <https://desinstitute.org.br/noticias/por-que-somos/>.

Lista de Siglas

AIH	Autorização de Internação Hospitalar	LBI	Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com
AT	Acompanhamento Terapêutico		Deficiência
ATP	Ala de Tratamento Psiquiátrico	MJ	Ministério da Justiça
BPC	Benefício de Prestação Continuada da	MS	Ministério da Saúde
	Assistência Social	MTS	Movimento dos Trabalhadores de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial		Mental
CDPD	Convenção sobre os Direitos das Pessoas	NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
	com Deficiência	OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
CFP	Conselho Federal de Psicologia	OMS	Organização Mundial de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite	ONU	Organização das Nações Unidas
CIR	Comissão Intergestores Regional	OPS	Organização Panamericana de Saúde
CNDH	Conselho Nacional de Direitos Humanos	PAD	Programa de Apoio à Desospitalização
CNJ	Conselho Nacional de Justiça	PAILI	Programa de Atenção Integral ao Louco
CnR	Consultório na Rua		Infrator
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental	PAI-PJ	Programa de Atenção Integral ao Paciente
CONASEMS	Comissão Nacional de Secretários		Judiciário
	Municipais	PFDC/MPF	Procuradoria Federal dos Direitos do
CONASS	Comissão Nacional de Secretários		Cidadão do Ministério Público Federal
	Estaduais	PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à
COSEMS	Comissão Nacional de Secretários		Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade
	Municipais		no Sistema Prisional
CREAS	Centro de Referência Especializado de	PNASH	Programa Nacional de Avaliação de
	Assistência Social		Serviços Hospitalares
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social	PRH	Programa Anual de Reestruturação da
CT	Comunidade Terapêutica		Assistência Hospitalar Psiquiátrica
EAP	Serviço de Avaliação e Acompanhamento	PTS	Projeto Terapêutico Singular
	de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à	PVC	Programa de Volta para Casa
	Pessoa com Transtorno Mental em Conflito	RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
	com a Lei	RENILA	Rede Nacional Internúcleos da Luta
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente		Antimanicomial
ECT	Eletroconvulsoterapia	RI	Residências Inclusivas
ESF	Estratégia Saúde da Família	SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz	SRT	Serviço Residencial Terapêutico
GAM	Gestão Autônoma da Medicação	SUAS	Sistema Único de Assistência Social
GDA	Grupo de discussão e acompanhamento	SUS	Sistema Único de Saúde
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento	TJMG	Tribunal de Justiça de Minas Gerais
	Psiquiátrico	UA	Unidade de Acolhimento
HP	Hospital Psiquiátrico	UPA	Unidade de Pronto Atendimento
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social		

Lista de Quadros

Quadro 1 – Documentos internacionais.....	19
Quadro 2 – Panorama das Conferências Nacionais de Saúde Mental	21
Quadro 3 – Legislações bases para a desinstitucionalização	22
Quadro 4 – Estratégias de regulação	25
Quadro 5 – Estratégias de desinstitucionalização.....	27
Quadro 6 – Instrumentos jurídicos bases para a desinstitucionalização de pessoas em medida de segurança	29
Quadro 7 – Regulamentações direcionadas à saúde no sistema prisional	30
Quadro 8 – Regulamentação da RAPS	31
Quadro 9 – Ações de saúde mental e desinstitucionalização no sistema prisional	74
Quadro 10 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.....	77
Quadro 11 – Modalidades de equipes de desinstitucionalização	81

Sumário

Apresentação

1. A desinsti- tucionalização na política brasileira de saúde mental

(p. 11)

1.1 Breve Histórico da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial brasileira	15
1.1.1 Constituição Federal de 1988 e criação do Sistema Único de Saúde (SUS)	16
1.1.2 Documentos marcos no âmbito internacional e na América Latina	17
1.1.3 Referências normativas e técnicas da política de saúde mental do Brasil	20
1.1.3.1 Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM)	20
1.1.3.2 Dimensão jurídica para sustentação das proposições da política	22
1.1.3.3 Proposições da Política Nacional de Saúde Mental	24

2. As vozes dos usuários e usuárias da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): as implicações da desinsti- tucinalização na vida

(p. 35)

2.1 A perspectiva assistencial	36
2.1.1 Dimensão institucional	36
2.1.2 Dimensão operacional	39
2.1.3 Dimensão da sustentabilidade	43
2.2 A perspectiva econômica	45
2.3 A perspectiva ético-política	47
2.3.1 A reprodução da lógica de controle	48
2.3.2 Metodologias de cuidado emancipatórias	49
2.3.3 A pandemia e suas implicações	51
2.4 Recomendações para o trabalho de desinstitucionalização	52

3. A operacio- nalização dos processos de desinstitucio- nalização: estratégias de gestão

(p. 54)

3.1 Eixo operacional I: fechamento de hospital psiquiátrico e de custódia e tratamento psiquiátrico	56
3.1.1 Fechamento de hospital psiquiátrico	57
3.1.1.1 Estratégia I: realização de inspeções, vistorias e avaliação dos hospitais quanto às garantias de direitos humanos e normativas assistenciais	58
3.1.1.2 Estratégia II: regulação das internações psiquiátricas e fechamento da porta de entrada do hospital	59
3.1.1.3 Estratégia III: realização de gestão pública clínica ou clínico-administrativa do hospital na perspectiva da desinstitucionalização	62
3.1.1.4 Estratégia IV: fechamento de leitos psiquiátricos e realocação dos recursos da autorização de internação hospitalar	65
3.1.2 Fechamento de hospital de custódia e tratamento psiquiátrico	66
3.1.2.1 Estratégia I: implementação de uma nova cultura para a efetivação das medidas de segurança	67
3.1.2.2 Estratégia II: entrada de equipes de saúde nos HCTP para desenvolvimento do cuidado na perspectiva da desinstitucionalização	69
3.1.2.3 Estratégia III: fechamento da porta de entrada dos HCTP com vistas à sua extinção	70
3.1.3 Reflexões finais do eixo I	71

3.2 Eixo operacional II: articulação e organização da rede de saúde e assistência social, de forma intersetorial e comunitária	72
3.2.1 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional	73
3.2.2 Sistema Único de Assistência Social	75
3.2.3 Rede de Atenção Psicossocial	76
3.2.3.1 Ampliação da Rede de Atenção Psicossocial	82
3.2.3.2 Qualificação dos trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial	84
3.2.3.3 Gestão pública e participativa da Rede de Atenção Psicossocial e dos processos de desinstitucionalização	85
3.2.3.4 Trabalhos em conjunto com as promotorias e defensorias	86
3.2.3.5 Organização política dos usuários e trabalhadores	87

4. O direito à cidade: estratégias de cuidado

(p. 90)

4.1 Eixo operacional III: início do processo de desinstitucionalização das pessoas institucionalizadas em hospitais psiquiátricos e de custódia e tratamento psiquiátrico	91
4.1.1 Organização do processo de trabalho	93
4.1.2 Pessoas institucionalizadas	97
4.1.2.1 Cuidados clínicos	98
4.1.2.2 Cuidados psicossociais	98
4.1.2.3 Questões jurídico-civis	99
4.1.3 Famílias	100
4.1.4 Rede territorial	101
4.2 Eixo operacional IV: o cuidado em liberdade e a garantia de direitos	103
4.2.1 Moradia	103
4.2.1.1 Configuração da casa em relação a sua composição	104
4.2.1.2 Imóvel e localidade da casa	104
4.2.1.3 A ocupação da casa e convivência coletiva	104
4.2.2 Cuidados em saúde	107
4.2.2.1 Gestão Autônoma de Medicação (GAM)	108
4.2.2.2 Grupo de Ouvidores de Vozes	109
4.2.2.3 Grupos de Ajuda de Suporte Mútuo /cartão de crise	109
4.2.3 Trabalho renda e direitos	109
4.2.4 Cultura	112

Considerações finais

114

Referências

117



Apresentação

Atual conjuntura política no Brasil e no mundo, dada a intensificação das forças de extrema direita, tem imprimido na nossa sociedade uma lógica de “incivilidade”, com fragilização das políticas públicas, acirramento das desigualdades sociais e intensificação de uma cultura de intolerância promotora de violações de direitos.

Nesse cenário, as práticas de exclusão e a diluição dos processos de sociabilidade ocorrem mediante o fortalecimento da institucionalização e segregação de determinados grupos da sociedade. Em cárceres, instituições de tratamento forçado ou de permanência obrigatória, essa dinâmica produz efeitos nocivos para a vida das pessoas, além de onerar os cofres públicos.

No campo¹ específico da saúde mental, a partir de 2015 até o ano de 2022, em meio aos retrocessos impostos pelo governo federal, preocupa-nos especialmente o recrudescimento de instituições com características asilares², entre elas, os hospitais psiquiátricos (HP) e de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP).

Por meio de mudanças de normativas, da ampliação do financiamento de instituições com características asilares e de desinvestimentos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), imprime-se uma interrupção ou desaceleração dos investimentos federais na política de saúde mental e, conseqüentemente, nos processos de desinstitucionalização em curso no Brasil.

Por considerar a desinstitucionalização como o caminho para o enfrentamento das práticas de exclusão e de violação de direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico, esta publicação se propõe a funcionar como um instrumento provocador de reflexões e ações. Portanto este documento procura subsidiar diversos atores políticos, no território, para a realização de leituras e de ações necessárias quanto aos processos de desinstitucionalização de pessoas internadas em HP e HCTP.

Compreendem-se como o coletivo de atores nos territórios os tomadores de decisões de diferentes âmbitos (municipais e estaduais), a saber: trabalhadores, operadores do Direito, acadêmicos, gestores (Executivo), instâncias do controle social e movimentos sociais, usuários e familiares envolvidos diretamente em processos de desinstitucionalização.

A história brasileira revela que é nos municípios que a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial acontece. Nesse sentido, faz-se necessário evidenciar nas várias localidades a condição das pessoas em sofrimento psíquico internadas em manicômios (especificamente HP e HCTP), as possibilidades de desenvolvimento de processos de desinstitucionalização e de mecanismos de interrupção de novas institucionalizações.

Este documento toma como base os amparos conceituais, legais e técnicos de diferentes áreas e de variadas experiências no âmbito da saúde mental. A sistematização do conjunto de estratégias, aqui reunidas, pode levar o leitor a olhar, problematizar a sua realidade e, ao mesmo tempo, projetar processos de desinstitucionalização. Parte-se do acúmulo teórico-

prático da experiência brasileira e enfatiza-se o processo de construção da política de saúde mental, com seus avanços e entraves ante a perspectiva da desinstitucionalização.

Com base nesse acúmulo, pretende-se subsidiar os diferentes atores políticos dos territórios para o desenvolvimento de um raciocínio analítico sobre suas realidades, do qual resultem ações concretas. A ideia é que as discussões apresentadas neste documento colaborem para a criação de arranjos locais no sentido de sustentar e dar continuidade aos processos de desinstitucionalização, considerando o cenário atual, os desafios e as possibilidades futuras na implementação de políticas públicas.

Para articularmos a sua difusão em maior escala, decidimo-nos por elaborar um texto em formato digital para ampla divulgação eletrônica. A sistematização do documento em questão contempla: problematização, diretrizes, instrumentos normativos, possibilidades operacionais e recortes de experiências com a finalidade de abordar questões cotidianas encontradas nas diferentes realidades.

Para ampliarmos o acesso às informações reunidas no texto, optamos também por indicar para cada documento mencionado um endereço eletrônico e, para cada experiência prática, um *link* que a retrate por meio de documentos de referência, reportagens, vídeos ou trabalhos acadêmicos, sempre que disponíveis.

A elaboração deste documento foi discutida com pessoas de diversos segmentos da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, entre elas, gestores, profissionais, pesquisadores, trabalhadores e usuários.

No que se refere à metodologia aplicada, o processo deu-se em diferentes etapas, a saber: articulação e composição com colaboradores, pesquisa, escrita do documento, apresentação e validação do texto produzido nas várias fases. Tal metodologia teve como etapa embrionária, em outubro de 2020, a realização de duas rodas virtuais de conversas sobre processos de desinstitucionalização. À época, o Desinstitute articulou a participação de pessoas com experiências diversas no tema, oriundas da gestão e atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) e no sistema de Justiça, de diferentes locais do país.

Para os encontros, algumas perguntas norteadoras sobre como conduzir processos de desinstitucionalização foram encaminhadas e debatidas, com base nas vivências e referências de cada participante. Desses momentos, foi gerada uma relatoria que configurou a primeira sistematização das linhas de raciocínio do documento.

Em seguida, compusemos um grupo de trabalho para discussão e acompanhamento das etapas de elaboração do documento, que nomeamos grupo de discussão e acompanhamento (GDA). Para compor esse grupo, contamos com algumas pessoas que participaram das rodas de conversa do momento embrionário, mas ampliamos as participações para contemplar outros atores envolvidos com experiências municipais e estaduais de desinstitucionalização.

O principal objetivo do grupo foi estabelecer consenso sobre pontos que subsidiaram a construção coletiva do documento quanto a sua finalidade, linhas de discussão, difusão e seu uso prático na realidade.

A execução do trabalho com o GDA deu-se em três momentos. O primeiro encontro consistiu na apresentação e discussão de validação do desenho e finalidade do documento. O produto desse momento foi a elaboração de uma ementa, contendo uma matriz geral. O segundo encontro foi marcado pela realização de análise e de ajustes do texto produzido (produto parcial). Já o terceiro encontro consistiu na apresentação, discussão e validação do documento na sua versão final.

Tomando a ementa como norteadora, foi organizada uma pesquisa acerca dos principais marcos legislativos e regulatórios

¹Tomamos por campo da saúde mental, neste documento, a área de abrangência marcada por saberes e práticas coletivamente construídos através da interlocução de atuação de diferentes atores socioprofissionais – da saúde, da educação, da cultura e da Justiça – e atores com atuação em movimentos sociais, como na Luta Antimanicomial.

²Este documento compreende as instituições com características asilares conforme a referência da *Lei nº 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001)*: instituições desprovidas de recursos para garantia de direitos. Toma-se aqui, especificamente, por instituições com características asilares aquelas que segregam sob o falso pretexto do cuidado, com características de tratamento forçado e/ou de permanência obrigatória, configurando certo modelo de intervenção, aqui nomeado como modelo asilar. Na contemporaneidade, para além da saúde, observamos a presença dessas instituições com diferentes configurações, voltadas para crianças, adolescentes, adultos e idosos.

do campo da saúde mental, realizada em bancos de dados científicos e oficiais.

A partir do primeiro encontro com o GDA e em comum acordo com esse coletivo, foram realizadas ainda outras duas rodas virtuais de conversa com usuários da RAPS de várias regiões do país. Formamos um grupo de 15 pessoas com diferentes inserções na rede e/ou na Luta Antimanicomial como também alguns profissionais de referência de moradores de serviços residenciais terapêuticos (SRT).

As rodas de conversas com os usuários buscaram responder às seguintes perguntas: “por que e para que fechar HP e HCTP?” e “por que desinstitucionalizar pessoas?”.

Assim nasceu um dos capítulos do documento, escrito com base nas narrativas do coletivo de usuários. Após uma potente e emocionante roda de conversa sobre as suas trajetórias, a transcrição dos diálogos foi organizada, priorizando as falas das pessoas e sistematizando os temas que foram discutidos por elas. Vale ressaltar que o texto produzido na sua versão preliminar foi analisado pelos usuários, também autores do capítulo dois.

Compreendendo o tecimento metodológico da escrita desta publicação, o leitor encontrará neste documento as seguintes seções:

Capítulo 1 - A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA POLÍTICA BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL: partindo do conceito norteador de desinstitucionalização, agregamos os principais marcos legais e normativos da Política Nacional de Saúde Mental e a contextualização até o ano de produção (2022);	Capítulo 2 - AS VOZES DOS USUÁRIOS E USUÁRIAS DA RAPS: as implicações do processo de desinstitucionalização na vida das pessoas inseridas nesse contexto, em que elas apontam, com base em suas experiências, importantes perspectivas críticas a respeito do modelo manicomial e psicossocial;
Capítulo 3 - A OPERACIONALIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: estratégias de gestão, em que podemos vislumbrar o planejamento, a implantação e as articulações necessárias para o fechamento dos HP e dos HCTP e a organização da rede de serviços territoriais para efetivação do cuidado em liberdade;	Capítulo 4 - O DIREITO À CIDADE: uma abordagem focal sobre estratégias cotidianas de cuidado, do hospital à cidade, pela perspectiva da restituição e garantia de direitos – acesso à moradia, trabalho e renda, cuidados em saúde e cultura;

Considerações Finais: destacamos alguns desafios para avançar com o desenvolvimento dos processos de desinstitucionalização no Brasil.

Os capítulos seguem uma lógica sequencial e complementam-se, mas a leitura de cada seção pode ser realizada de forma alternada, pelos assuntos de maior interesse do público leitor.



1. A desinsinstitucionalização na política brasileira de saúde mental

O manicômio reforça estigmas, fragiliza e produz rupturas de vínculos afetivos e sociais nos contextos de vida da pessoa internada, caminhando, portanto, na contramão de qualquer dimensão de cuidado em saúde.

Marcados por uma dinâmica institucional pautada na assimetria de poder e que produz violência, podemos compreender os manicômios como instituições de violência que se caracterizam pela:

[...] nitida divisão entre os que têm o poder e os que não o têm. De onde se pode ainda deduzir que a subdivisão das funções traduz *uma relação de opressão e de violência entre poder e não poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro*. A violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade (BASAGLIA, 1985, p. 101, grifo do autor).

Como refere Kinoshita (2016), aos sujeitos loucos, é atribuída a condição de não humano, dada certa desapropriação do corpo e da linguagem, produzida e legitimada pelo manicômio. Essa produção ocorre em uma complexa cadeia de eventos e situações sociais, envolvendo diversas instituições pelas quais o processo se dá como em um circuito, em que o manicômio exerce um papel estratégico no processo de exclusão e de normalização da vida (BRASIL, 2016, p. 3).

Tais elementos não refletem apenas uma estrutura, mas também uma lógica e uma dinâmica que repercutem na vida das pessoas. É essa repercussão que pode ser compreendida como o processo da institucionalização, a saber:

[...] o complexo de “danos” derivados de uma longa permanência coagida como aquela no hospital psiquiátrico, quando a instituição baseia-se em princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, dos quais as regras que o doente deve submeter-se incondicionalmente são expressão, determinam nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e de restrição do Eu, o induz a um vazio emocional (BASAGLIA, 1981 *apud* NICÁCIO, 2003, p. 108).

É no enfrentamento dessas circunstâncias que a desinstitucionalização se consolida como um processo permanente, crítico e inventivo. Para Basaglia (1985), trata-se de uma ruptura a ser realizada através do desmonte do aparato manicomial, mediante a transformação das relações e

dos lugares que as pessoas ocupam. Esse aparato se estende para além do lugar físico, sendo uma lógica que precisa ser repensada e modificada continuamente.

Nesse sentido, Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) apontam a necessidade de um trabalho terapêutico que vislumbre a reconstrução das pessoas como atores sociais mediante a transformação de sua vida cotidiana. Para realização de tal trabalho, a reabilitação psicossocial mostra-se um caminho potente, sendo considerada aqui como:

[...] um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por toda, já que os atores (e os poderes) em jogo são muitos e reciprocamente multiplicantes (SARACENO, 2001, p. 112).

Existe uma multiplicidade de conceitos e compreensões acerca da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial. Entretanto, é com base nas perspectivas anteriormente descritas que abordamos a experiência brasileira neste documento.

Dessa forma, no Brasil, a desinstitucionalização agrega certa radicalidade e diversidade na construção simultânea de práticas e saberes.

A desinstitucionalização não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações. Por isso, é acima de tudo, um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos (AMARANTE, 2009, p. 34).

O debate teórico-prático realizado por vários autores brasileiros (que, no limite deste documento, dada a sua natureza, não poderá ser aprofundado) articula desinstitucionalização com os direitos humanos e o exercício de cidadania. Nicácio (2003, p. 27) aponta que:

Na década de 1990, a afirmação dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e a superação do modelo asilar foram definidas com as principais diretrizes para o processo de reforma e para a implementação da política nacional de saúde mental,

engendrando mudanças significativas nas dimensões assistencial, legislativa e sociocultural.

No tocante à questão da cidadania, no Brasil, há o reconhecimento de que há uma relação entre determinação social e saúde mental, tomando como central a garantia de direitos³. Em outra perspectiva, de forma mais contemporânea, no debate brasileiro, também é crescente a referência aos marcadores sociais na produção de desigualdade social e de sofrimento.

A doença mental e as instituições psiquiátricas estariam, assim, diretamente vinculadas às exclusões da sociedade e, logo, envolvidas nas questões de: classe, gênero, raça/etnia, assim como as relações estabelecidas por questões relacionadas a sexualidade, identidade sexual, religião, geração, entre outras (PASSOS; PEREIRA, 2017, p. 34-35).

Ante o exposto, podemos ver como a perspectiva da desinstitucionalização constituiu base da experiência da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial brasileira. Num contexto político e econômico nem sempre favorável, ao longo de mais de 40 anos, desenhou-se um caminho singular de formulações e proposições para o enfrentamento do modelo asilar.

Embora a desinstitucionalização trate de uma ampla perspectiva ético-política, neste documento, é abordada com maior ênfase sua dimensão teórico-prática no que se refere à superação dos manicômios⁴ e à consequente restituição de direitos das pessoas por eles institucionalizadas.

Quanto ao panorama mais recente do modelo asilar, considerando as instituições objetos deste documento, o relatório do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) identifica que, em 2011, existia um universo de 189 HP financiados pelo SUS, dos quais 75% eram pertencentes ao setor privado (BRASIL, 2011a). Em 2020, nove anos de-

pois, o Brasil ainda apresentava 13.929 leitos distribuídos em 112 HP credenciados ao SUS (DESINSTITUTE, 2021). A preponderância da natureza privada dos HP é reafirmada quando o *Relatório de Inspeções* (CFP, 2019) aponta que, dos 40 HP inspecionados em 2018, as instituições privadas concentravam 4.482 leitos destinados ao SUS e os hospitais públicos de administração direta apresentavam o quantitativo de 1.878 leitos.

Em relação às pessoas institucionalizadas⁵, segundo dados oficiais do Ministério da Saúde, em 2011, 37% das 26.551 pessoas internadas em HP no âmbito do SUS contavam com internação há mais de um ano sem interrupção (BRASIL, 2011a). Já o *Relatório de Inspeções* (CFP, 2019), refere que em 2018, dos 40 HP visitados, em 33 estabelecimentos (82,5%), correspondentes a 6.760 leitos SUS, foram identificadas 1.185 pessoas com internação de longa permanência, ou seja, 25% do total de leitos ocupados nos referidos estabelecimentos (BRASIL, 2019).

Nesse sentido, é possível afirmar que o problema da institucionalização no Brasil, marcado pela lógica manicomial, também é atravessado por interesses econômicos e corporativos dos dirigentes dos manicômios brasileiros. A concentração histórica dos leitos de psiquiatria em instituições privadas/filantrópicas credenciadas ao SUS complexifica ainda mais o problema da institucionalização psiquiátrica no Brasil. Tal situação faz com que as opressões e violências sejam naturalizadas e mantenha-se a crença do isolamento como prática e concepção no âmbito da saúde mental.

Compondo ainda o cenário referido, é importante situar que, até 2013, segundo Diniz (2013), o Brasil contava com 23 HCTP, discussão que retomaremos mais adiante neste capítulo.

No enfrentamento ao modelo asilar, a Política Nacional de

³ Dimenstein *et al.* (2017, p. 75) destacam que a determinação social pressupõe que “a saúde humana deve passar pela análise interdisciplinar das formas de organização da sociedade, de sua estrutura social e econômica, entendendo que esta subordina a dimensão natural da produção da saúde, da doença e do cuidado”.

⁴ Para fins deste documento, conforme descrito na “Apresentação”, toda discussão será focada nos HP e nos HCTP.

⁵ Neste documento, toma-se como referência para caracterizar a internação psiquiátrica de longo período, ou seja, internação de longa permanência, o critério estabelecido pela Portaria GMA/MS nº 2.840/2014 (BRASIL, 2014a): internação superior a um ano, de forma ininterrupta. Vale ressaltar que o processo de institucionalização, como visto anteriormente, comporta outros elementos, para além do recorte temporal da internação.

Saúde Mental ancorada na Reforma Psiquiátrica Antimanicomial produziu significativos avanços na reversão do modelo manicomial para o psicossocial. Entre 2002 e 2020, registrou-se o fechamento de 37.464 leitos SUS em psiquiatria, a inserção de 4.520 pessoas no Programa de Volta para Casa (PVC), a habilitação de 2.785 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de 781 SRT, a aplicação de 88% dos recursos financeiros do orçamento da saúde mental nacional na rede extra-hospitalar e 12% na rede hospitalar (DESINSTITUTE, 2021).

Entretanto, com a mudança do contexto político do país a partir do ano de 2016, vem se configurando a desconstrução do Estado brasileiro democrático e, em consequência, dos direitos sociais, produzindo a vulnerabilização das pessoas, o aumento do encarceramento, a exacerbação das desigualdades sociais e da pobreza, entre outros (STEFANO; MENDONÇA, 2018). Nesse cenário, o governo federal, portanto, passa a assumir uma posição contrária à Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, com efetivação de mudanças de normativas técnicas e de financiamento da RAPS, as quais discutiremos mais detalhadamente.

Para compreender melhor os avanços e retrocessos no campo da saúde mental, é necessário percorrer brevemente a história da Política Nacional de Saúde Mental, situando alguns marcos emblemáticos e legais que dão sustentação às proposições marcadas pela perspectiva da desinstitucionalização.

1.1 BREVE HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA ANTIMANICOMIAL BRASILEIRA

Para além da influência das experiências europeias de reforma psiquiátrica, no Brasil, a busca pela superação dos manicômios inicia-se em um cenário específico, em meio à efervescência de vários movimentos em prol da redemocratização do país, entre eles, o movimento sanitário⁶. Contemporaneamente a esse movimento, e desenvolvendo uma história própria a partir da segunda metade da década de 1970, inicia-se a mobilização de trabalhadores de saúde mental em núcleos, especialmente na região Sudeste do país, para denunciar as irregularidades do sistema psiquiátrico brasileiro e reivindicar melhores condições de trabalho. Essa mobilização constitui o que se chamou de Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) (AMARANTE, 1997).

Em seguida, em 1987, no II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, conhecido também por Encontro de Bauru, nasce a Luta Antimanicomial, protagonizada por usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental, com o lema “por uma sociedade sem manicômios”.

Desde então, seus segmentos e entidades componentes vêm desenvolvendo um papel importante no que se refere a denúncias e formulação de proposições para superação dos manicômios.

 **Lembremos: as repercussões do papel de custódia do manicômio até os dias atuais atravessam a realidade brasileira. Produzem implicações diretas para a vida das pessoas, os cofres públicos e o sistema de Saúde.**

Damos destaque a dois documentos importantes e norteadores do ponto de vista ético-político para a experiência brasileira: o “Manifesto de Bauru”⁷ (1987), que funda a Luta Antimanicomial, e a “Carta de Bauru”⁸ (2017), por ocasião dos 30 anos do Encontro de Bauru.

O primeiro documento, fruto de uma articulação nacional entre o movimento popular e a classe trabalhadora, define as diretrizes e pautas em torno da extinção do manicômio:

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida (MANIFESTO..., 1987).

⁶ Movimento que apresenta como princípios “[...] o direito universal à saúde; o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; o papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde; a descentralização, regionalização e hierarquização do sistema; a participação popular; o controle democrático e, fundamentalmente, a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 22).

⁷ A referida carta foi produzida no II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em 1987, composto de 350 trabalhadores, em Bauru, no estado de São Paulo.

⁸ No fim de 2017 na cidade de Bauru, no estado de São Paulo, foi realizado o Encontro de Bauru: 30 anos de Luta “Por uma Sociedade sem Manicômios”, com a participação de representantes de centenas de serviços da RAPS, de organizações não governamentais (ONG), núcleos, grupos, associações de usuários e familiares, conselhos de classe, sindicatos (CARTA..., 2017).

O segundo documento, por sua vez, partiu da constatação dos avanços do SUS, das políticas públicas e da política de saúde mental no Brasil. Também problematizou a realidade contemporânea e o recrudescimento de retrocessos advindos do capitalismo nocivo, do neoliberalismo e de processos antidemocráticos. Nesse sentido, reafirma a defesa por “uma sociedade sem manicômios” e, entre outros pontos, posiciona-se contra:

[...] tudo aquilo que é intolerável para a dignidade das pessoas e nefasto para o seu convívio enquanto iguais: a exploração e a ganância, o manicômio e a tortura, o autoritarismo e o Estado de exceção (CARTA..., 2017).

A seguir, apontamos alguns marcos normativos que deram e dão sustentação aos processos de desinstitucionalização no Brasil:

- Constituição Federal de 1988 e criação do SUS;
- documentos marcos no âmbito internacional e na América Latina;
- referências normativas e técnicas da política de saúde mental do Brasil.

1. 1. 1 CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

As normas constitucionais são pilares para o modelo psicossocial desenhado no Brasil, uma vez que têm como base a garantia de direitos. Igualdade, liberdade e inclusão social são elementos centrais. Vejamos:

- * **Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: [...] II–a cidadania; III–a dignidade da pessoa humana; IV–os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; [...]**
- * **Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: I–construir uma sociedade livre, justa e solidária; [...] III–erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; IV–promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação; [...]**
- * **Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade [...];**
- * **Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988a).**

Essa base atrela a dignidade da pessoa ao exercício dos direitos básicos e fornece ancoragem para todas as normas que conferem segurança jurídica às proposições do campo da saúde pública e da saúde mental. O SUS, então, materializa-se como sistema universal e descentralizado, pelo conceito ampliado de saúde como resultante das condições de vida e como direito constitucional de todo e qualquer cidadão brasileiro e dever do Estado.

Com base na Constituição Federal, o SUS, regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990 (BRASIL, 1990a, 1990b), visa à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, à participação da comunidade na gestão do sistema e à criação de mecanismos específicos para garantir as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Tais premissas e diretrizes do SUS contribuíram também para o desenvolvimento de normativas que viabilizaram processos de desinstitucionalização.

1. 1. 2 DOCUMENTOS MARCOS NO ÂMBITO INTERNACIONAL E NA AMÉRICA LATINA

Inicialmente, é importante destacar a “Declaração Universal dos Direitos Humanos” (ONU, 2021), que preconiza de forma central a garantia da dignidade humana, dos direitos fundamentais, da liberdade e da segurança pessoal. Outro documento relevante da Organização das Nações Unidas (ONU) é o que trata dos princípios para “A Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental” (ONU, 1991). Tem-se ainda a “Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência – CDPD” (BRASIL, 2007b), que consiste em um tratado internacional firmado por vários países, entre eles, o Brasil, com o propósito de garantir direitos humanos e liberdades fundamentais às pessoas com deficiência.

Importante ressaltar que a CDPD, em seu texto original em inglês, trouxe o conceito de *disability*. No debate brasileiro, a tradução mais próxima definida foi a de deficiência. Nessa perspectiva, a convenção ampliou esse conceito, associando-o não apenas à condição exclusiva da pessoa, mas às condições socioambientais em que esta se insere. Kinoshita (2019) chama atenção que o *disability*, ou a deficiência na tradução brasileira, não se resume a atributos do indivíduo, mas engloba a avaliação da relação deste com as suas circunstâncias. Com essa amplitude, permite abarcar diferentes deficiências, entre elas, as decorrentes dos transtornos mentais. Por essa perspectiva, surge à tona a discussão de deficiência psicossocial⁹.

Pela importância da CDPD e dessa mudança de paradigma para a garantia de direitos, ela constitui um instrumento legal contemporâneo para o campo da saúde mental. A CDPD e os demais documentos descritos compõem o arcabouço que respalda as proposições de desinstitucionalização no Brasil.

As discussões mais contemporâneas no âmbito internacional relativas às pautas de direitos humanos estão sendo importantes para reafirmar e reforçar as proposições brasileiras, especialmente no cenário atual em que uma série de retrocessos se dá no campo da saúde mental, como discutiremos mais adiante.

⁹ O termo deficiência psicossocial é coerente com a perspectiva da CDPD, mas pouco discutido no Brasil. Para um aprofundamento quanto a essa discussão, sugerimos a leitura da *Nota Técnica 01/2017*, “Nota técnica sobre conceito de deficiência psicossocial”, elaborada pela Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos e pela Fundação de Articulação e Desenvolvimento de Políticas Públicas para Pessoas com Deficiência e com Altas Habilidades no Rio Grande do Sul, do estado do Rio Grande do Sul (SEVERO; MALAGUEZ; FERNANDES, 2016).

Nesse sentido, a ONU (2012), ao tratar dos Centros de Detenção e de Reabilitação obrigatórios relacionados ao tratamento de pessoas que fazem uso de drogas, aborda o problema das práticas de tortura e tratamento cruel, desumano e degradante nessas instituições, apontando para a responsabilidade do Estado ante tais situações, de maneira que as evite sob quaisquer circunstâncias.

Vale destacar que o fechamento de lugares que praticam internação forçada é um consenso internacional. A “[Declaración Conjunta](#)” (ONU, 2012) de diversos organismos do sistema da ONU insta os países a fecharem os centros de internação forçada para pessoas com problemas relacionados a drogas e a implementarem serviços comunitários de adesão voluntária, baseados na garantia dos direitos humanos.

✱ **Vejamos a [recomendação do Comitê da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência](#) (ONU, 2015), apresentada em relatório sobre o Brasil, a saber, especificamente o item 9: “O Comitê recomenda que o Estado Parte tome medidas, incluindo a revogação das disposições legais pertinentes, para abolir a prática de internação ou hospitalização involuntária, proibir tratamento médico forçado, em particular tratamentos psiquiátricos com base na deficiência, e forneça alternativas adequadas baseadas na comunidade”.**

A participação do Brasil nas discussões com outros países e órgãos internacionais acerca das questões de saúde mental apresenta um percurso importante. As referências e os consensos produzidos por essas interlocuções, ao mesmo tempo que representam o reconhecimento da experiência brasileira, reforçam o direcionamento dos processos locais na perspectiva da desinstitucionalização e dos direitos humanos.

Nesse cenário, destacamos no Quadro 1 alguns documentos produzidos no âmbito da América Latina:

Quadro 1 – Documentos internacionais

DOCUMENTOS	CONTEXTO	CONSENSOS
<u>Declaração de Caracas (CARA-CAS, 1990)</u>	Documento elaborado pelas organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, na capital venezuelana Caracas no ano de 1990.	Defesa das reformas na atenção à saúde mental nas Américas: reestruturação da assistência psiquiátrica, tomando como central a garantia de direitos humanos e civis, mediante elaboração de legislação local e organização de rede de atenção comunitária, com forte ênfase na atenção primária.
<u>Carta de Brasília (CARTA..., 2005)</u>	Elaborada na Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, aclamada por 160 participantes de 26 países, destacou a posição do Brasil e Chile como referências importantes pelos avanços na construção de um novo modelo de saúde mental.	Visando estabelecer princípios orientadores para o desenvolvimento da atenção psicossocial nas Américas, a carta enfatiza a necessidade de: participação de usuários e familiares no planejamento e implantação das ações de saúde mental; ampliação do financiamento por parte dos governos na rede de atenção de base comunitária substitutiva a hospitais psiquiátricos e desenvolvimento de colaboração entre países, para implantação de serviços, formação e pesquisa na área.
<u>“Consenso de Brasília 2013” (BRASIL, 2013a)</u>	I Encontro Regional de Usuários/as da América Latina, ocorrido no ano de 2013, em Brasília, realizado sob a coordenação da Organização Panamericana de Saúde (OPS) em parceria com o Ministério da Saúde do Brasil, com a presença de pessoas de vários países.	Seguem algumas das proposições assinaladas pelo documento, especialmente no que se refere aos direitos humanos: “1. Incentivar, apoiar e difundir legislações promotoras de cidadania e direitos humanos; 2. Promover o cuidado em liberdade na atenção psiquiátrica e saúde mental; 3. Ter acesso a proteção legal, técnica e outros instrumentos contra a internação involuntária por problemas de saúde mental; 4. Incentivar que os países da região promovam ações que permitam que os usuários de serviços de saúde mental exerçam plenamente seus direitos civis e políticos; 5. Tirar da invisibilidade os espaços onde ocorrem violações de direitos humanos contra os usuários de saúde mental e utilizar recursos institucionais e Estatais de denúncias e proteção” (BRASIL, 2013a).

Fonte: Elaboração própria.

Além dos documentos já expostos, em 2014 e 2020, em relação à pauta da desinstitucionalização especificamente, foram formulados dois importantes documentos internacionais, sendo eles: um da [Organização Mundial da Saúde – OMS](#) (WORLD...; GULBENKIAN..., 2014) e outro da [OPS](#) (2020), cujos conteúdos foram sistematizados com base em várias experiências, entre elas, a brasileira.

Esses documentos trazem a relevância do desafio da desinstitucionalização nos tempos atuais, problematizando as repercussões negativas das internações em instituições fechadas, e reforçam a necessidade do fechamento das instituições com características asilares e de investimentos por parte dos governos na rede substitutiva a este modelo.

Nessa perspectiva, destacamos a seguir cinco princípios para a desinstitucionalização sinalizados pela [OMS](#) (WORLD...; GULBENKIAN..., 2014, p. 40), que, de alguma forma, são reafirmados pelo documento da [OPS](#) (2020):

- I. que os serviços comunitários devem estar disponíveis para que a desinstitucionalização não resulte em falta de moradia, encarceramento ou negligência das pessoas institucionalizadas ou mesmo não onere exclusivamente as famílias quanto a sua responsabilidade;

- II. que os profissionais de saúde e suas organizações de classe devem estar ativamente envolvidos no planejamento, implementação e monitoramento das ações;
- III. que uma série de setores do governo, líderes acadêmicos, organizações não governamentais e usuários de serviços e suas famílias seja considerada e desempenhe seus papéis, uma vez que cada um desses grupos tem perspectivas únicas que podem ajudar no processo de desinstitucionalização;
- IV. que as transformações contextuais, como situações de emergência e mudanças na liderança política, devem ser consideradas por sua capacidade de criar aberturas para a desinstitucionalização;
- V. que seja garantido por parte dos governos financiamento adicional para apoiar a transição dos cuidados institucionais para os cuidados de base comunitária.

Vale destacar ainda o documento Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil (FIOCRUZ; FUNDAÇÃO..., 2015), elaborado com vista a subsidiar o Seminário Internacional de Saúde Mental “Desinstitucionalização e Atenção Comunitária: Inovações e Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira”, realizado no Brasil em 2015 e promovido por Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Plataforma Gulbenkian, OMS e Ministério da Saúde.

1. 1. 3 REFERÊNCIAS NORMATIVAS E TÉCNICAS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DO BRASIL

Como já mencionamos, a desinstitucionalização no Brasil traz um forte viés na direção da superação dos manicômios. Tal experiência, nomeada Reforma Psiquiátrica, configura-se como um movimento complexo marcado por diferentes ideias, fatos, forças e movimentos, que, conectados, permitiram a efervescência necessária para a constituição de uma política pública rumo à primazia do cuidado em liberdade.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p. 6).

Dada a complexidade e densidade da política de saúde mental, optamos aqui por apontar algumas das dimensões que marcam a sua construção, especialmente as relacionadas diretamente aos processos de desinstitucionalização:

- Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM);
- dimensão jurídica para sustentação das proposições da política;
- proposições da política de saúde mental antimanicomial.

1. 1. 3. 1 CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL (CNSM)

As CNSM expressam a singularidade da experiência da política pública brasileira de saúde mental construída desde a década de 1980, até 2015. Com a participação popular, as discussões e recomendações foram se dando em consonância com as conjunturas políticas, com a avaliação dos avanços no campo e com a complexidade das questões que se colocam em cada tempo.

Nesse percurso, elaboram-se propostas visando garantir os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e o desenvolvi-

mento do modelo de atenção psicossocial, trazendo a tônica da liberdade e da intersetorialidade como estratégica.

Vejamos o Quadro 2 para compreender melhor o papel das CNSM na formulação, implantação e implementação da política de saúde mental antimanicomial.

Quadro 2 – Panorama das Conferências Nacionais de Saúde Mental

CONFERÊNCIA	DISCUSSÕES TEMÁTICAS	COMPOSIÇÃO
<u>I CNSM</u> 25 a 28 de junho de 1987	Economia, Sociedade e Estado: Impactos sobre saúde e doença mental; Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental; Cidadania e doença mental: Direitos, deveres e legislação do doente mental (BRASIL, 1988b).	176 delegados
<u>II CNSM</u> 1 a 4 de dezembro de 1992	Atenção em Saúde Mental; Transformação e Cumprimento de Leis; Direito à Atenção e Direito à Cidadania (BRASIL, 1994).	500 delegados
<u>III CNSM</u> 11 a 15 de dezembro de 2001	Cuidar, sim. Excluir, não – efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social (BRASIL, 2002c).	1.700 Participantes e representantes internacionais - OPS e OMS.
<u>IV CNSM</u> 27 de junho a 01 de julho de 2010	Saúde Mental, Direito e Compromisso de Todos: consolidar avanços e enfrentar desafios: Políticas Sociais e Políticas de Estado – pactuar caminhos intersetoriais; Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial; Fortalecer os Movimentos Sociais; Direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial (BRASIL, 2010d).	1200 delegados, 102 observadores e 200 convidados.

Fonte: Elaboração própria.

É importante destacar que a I CNSM já propunha tomar a saúde mental como uma política pública de saúde, apontando como princípios balizadores as referências da Reforma Sanitária. Para isso, suas recomendações se davam em torno do fechamento progressivo dos HP e de sua substituição por leitos em hospital geral e por serviços territoriais inovadores. Ainda como proposição, apontava-se a necessidade de garantir a participação dos usuários e da comunidade no processo de implantação/implementação da rede substitutiva, assim como a revisão da legislação ordinária desse processo. No percurso seguinte, cada conferência foi aprofundando tais questões e produzindo novas problematizações e proposições.

Considerando que a IV CNSM foi a última que ocorreu no Brasil e que se diferencia das demais por marcar fortemente a intersetorialidade, optamos por descrever a seguir suas recomendações no que se refere à desinstitucionalização (BRASIL, 2010d):

- I. articulação intersetorial com a política de habitação, de assistência social, direitos humanos e outros;
- II. aprofundamento do processo de desinstitucionalização no âmbito da gestão com construção de indicadores, desenvolvimento de planejamento com participação social;
- III. fortalecimento do programa de desinstitucionalização com centralidade na singularidade das pessoas, no fechamento dos leitos psiquiátricos e organização da rede territorial, viabilizando moradia, trabalho, renda (através do PVC e de outros benefícios) e cultura;

- IV. garantia do processo de desinstitucionalização de crianças e adolescentes institucionalizados e não aceitação da internação compulsória;
- V. criação de grupo de trabalho para avaliação das condições das pessoas internadas em diferentes instituições com características asilares e para desenvolvimento de proposta de desinstitucionalização;
- VI. garantia do processo de desinstitucionalização das pessoas egressas dos HCTP;
- VII. cumprimento da legislação no que se refere aos processos de desinstitucionalização, independentemente do Executivo;
- VIII. realização de censo das pessoas com internação de longa permanência em instituições com características asilares.

1. 1. 3. 2 DIMENSÃO JURÍDICA PARA SUSTENTAÇÃO DAS PROPOSIÇÕES DA POLÍTICA

O Quadro 3 apresenta as principais normas federais que respaldam as proposições do campo da saúde mental. Algumas dessas serão retomadas nos capítulos III e IV pela abordagem de diferentes temas.

Quadro 3 – Legislações bases para a desinstitucionalização

INSTRUMENTO JURÍDICO / ANO	CONTEXTUALIZAÇÃO	PREMISSA	BASES PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO
<u>Lei Federal nº10.216/2001 (BRASIL, 2001)</u>	O projeto de lei “Paulo Delgado” foi elaborado em 1989 e, em 1995, dada as forças contrárias, teve como substitutivo o projeto Lucídio Portella. Esse processo tramitou durante 12 anos para aprovação final. Os interesses econômicos e corporativos foram grandes obstáculos neste jogo de forças. Entretanto, esta lei foi maturada por uma grande mobilização social envolvendo usuários, familiares e trabalhadores do campo. O projeto possibilitou um cenário propício para a formulação e aprovação de várias leis estaduais e municipais de Reforma Psiquiátrica durante a década de 1990. A lei traz como eixo central a garantia de direitos das pessoas em sofrimento psíquico e a mudança do modelo assistencial em saúde mental, além de destinar ao Ministério Público o dever de fiscalizar as internações involuntárias.	“Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.”	Essa lei é de extrema relevância para respaldar o processo de desinstitucionalização no Brasil. Entre seus vários artigos, destacamos: Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. § 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio. § 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. § 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares[...] Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Continua

INSTRUMENTO JURÍDICO / ANO	CONTEXTUALIZAÇÃO	PREMISSA	BASES PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO
<u>Lei Federal nº10.708/2003 (BRASIL, 2003a)</u>	Em 2003, essa lei é aprovada como desdobramento da aprovação da Lei Federal nº10.216/2001 e como resposta às recomendações das conferências nacionais de saúde mental. Essa lei cria o PVC.	“Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.”	Essa lei possibilita a saída das pessoas institucionalizadas do hospital e a criação de condições mínimas de cidadania e de moradia fora do hospital. Falamos de condições básicas para a vida na sociedade, uma vez que articula o acesso ao recurso financeiro com a moradia e com cuidado psicossocial.
<u>Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2007b),</u> incorporada pelo Brasil como emenda constitucional através do <u>Decreto nº 6.949/2009</u>	Esse decreto representa um importante ato do Brasil, como Estado Parte da Convenção Internacional sobre os Direitos das pessoas com Deficiência. O país assume com o decreto compromissos com a garantia da universalidade e da interrelação dos direitos humanos e liberdades, contra qualquer forma de discriminação, tortura e tratamentos/penas desumanas, degradantes e cruéis.	“Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007.”	Essa Convenção amplia o amparo legal quanto à defesa do cuidado em liberdade e da garantia das condições básicas de cidadania para as pessoas com deficiência. Ainda, dá respaldo para o enfrentamento das diferentes formas de institucionalização. Veda tratamento discriminatório. Reconhece que as pessoas com deficiência gozam de capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos da vida (artigo 12). Estipula que a existência da deficiência não pode justificar privação de liberdade (artigo 14). Impõe o Respeito à integridade física e mental (artigo 17). Garante Inclusão e participação na comunidade (artigo 19). Seditenta a necessidade do Consentimento livre e esclarecido e garante a mesma qualidade de serviços de saúde dispensadas às demais pessoas. Vale destacar que a capacidade jurídica inclui a capacidade de ser titular de direitos e de atuar em sua defesa. Capacidade jurídica e capacidade mental são conceitos distintos. Déficits na capacidade mental (discernimento), sejam supostos, sejam reais, não devem ser utilizados como justificativa para negar a capacidade jurídica. Quando não for possível determinar a vontade e as preferências de uma pessoa, a determinação do “interesse superior” deve ceder espaço à “melhor interpretação possível de sua vontade e preferências”. Direito de assumir riscos e cometer erros. Sedimenta a liberdade de tomar as próprias decisões, superando a antiga lógica das decisões substituídas pela lógica das medidas de apoio, quando voluntariamente solicitado.

Continua

INSTRUMENTO JURÍDICO / ANO	CONTEXTUALIZAÇÃO	PREMISSA	BASES PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO
<u>Lei Federal nº13.146/2015 (BRASIL, 2015b)</u>	Essa lei consiste numa grande conquista para garantia de direitos e proteção da dignidade das pessoas com deficiência.	“Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).”	No esteio da convenção supracitada, a lei em questão constitui um marco importante para a saúde mental, uma vez que aboliu a interdição total de pessoas com deficiência, conferindo à medida um caráter temporário, extraordinário e parcial, limitado aos atos de natureza patrimonial e negocial. Inova ainda ao trazer uma nova figura jurídica de suporte às pessoas com deficiência, a tomada de decisão apoiada, trazendo uma perspectiva mais coerente com os pressupostos da desinstitucionalização. A Lei brasileira da Inclusão veda expressamente a imposição de tratamentos médicos a pessoas com deficiência, assim como veda a institucionalização forçada (artigo 11). Também reconhece que a deficiência não afeta a plena capacidade civil das pessoas (artigo 6). Embora seja uma conquista, sua aplicação coloca-se como desafio, uma vez que ainda demanda ser incorporada na prática.Faz-se necessário construir uma nova cultura.

Fonte: Elaboração própria.

Outro documento a ser considerado é a [Resolução nº 8/2019](#) (BRASIL, 2019b) do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), que reafirma os princípios e as proposições da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

1. 1. 3. 3 PROPOSIÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

A Constituição Federal brasileira prevê o acesso à saúde como um direito do cidadão. Dessa forma, do ponto de vista constitucional, ninguém é obrigado a se tratar de qualquer comprometimento em saúde. Assim sendo, as privações de liberdade ou tratamentos forçados em nome do cuidado ou da saúde pública, como ocorrem em HP e HCTP, mais do que responder, terminam por violar direitos. Em contrapartida, cabe ao Estado prover o acesso à saúde com ações de promoção, prevenção e de cuidado, com respeito à dignidade humana, com reconhecimento e garantia dos direitos constitucionais.

Apresentamos a seguir como a Política Nacional de Saúde Mental vigente até 2015 foi construída com base nas proposições da Luta Antimanicomial e das recomendações das CNSM. As experiências de diferentes cidades brasileiras, nas décadas de 1980 e 1990, referentes à implantação de serviços e da rede comunitária substitutiva ao manicômio/HP, também foram estruturantes para sedimentar as proposições da política de saúde mental e de suas diretrizes normativas. Podemos citar, entre outras, a experiência do município de Santos, no estado de São Paulo, sendo um dos principais marcos históricos da Reforma Psiquiátrica do Brasil.

Como já mencionado, as décadas de 1980 e 1990 foram marcadas respectivamente pela crítica ao modelo asilar e pela produção dos primeiros desenhos e normatizações relativas à regulação da assistência hospitalar e da rede territorial. Para melhor contextualizar esse período, especialmente em relação aos processos de desinstitucionalização, destacamos:

a [Portaria nº 224/1992](#) (BRASIL, 1992), que define as normativas do atendimento ambulatorial e hospitalar, como também as diretrizes gerais relativas à assistência em saúde mental: organização de serviços baseada nos princípios do SUS; diversidade de terapêuticas nos vários níveis de atenção; multiprofissionalidade na prestação de serviços; ênfase na participação social e definição dos órgãos gestores locais para complementação das normativas, controle e avaliação dos serviços prestados;

o Programa de Apoio à Desospitalização (PAD), que, na década de 1990, buscou destinar recursos gastos pelo Ministério da Saúde com internação psiquiátrica para serviços substitutivos e para pessoas egressas de longas internações. Na prática, tal programa encontrou barreiras jurídicas para sua implantação (CAMPOS, 2008; ALVES, 2016). Entretanto consideramos que o PAD teve uma importância significativa para o amadurecimento das proposições que se desenharam historicamente para a operacionalização dos processos de desinstitucionalização.

Nos anos subsequentes, deu-se a expansão da rede psicossocial com amadurecimento dos elementos norteadores da política e das normativas técnicas e de financiamento. Assim formulou-se uma política de saúde mental pública direcionada para os processos de desinstitucionalização, trazendo como eixo central a mudança do modelo asilar para o psicossocial.

Para fins de recorte das proposições desenhadas ao longo do tempo, vamos priorizar aqui as principais portarias publicadas a partir de 2001. As tomamos como estratégicas e centrais para os processos de desinstitucionalização, ou seja, orientadoras na perspectiva ético-político-conceitual.

Considerando que todas as referências postas serão retomadas nos capítulos III e IV através de uma discussão mais operacional dos processos de desinstitucionalização, apresentaremos a seguir apenas um panorama geral das portarias do Ministério da Saúde com normativas referentes à:

- regulação dos leitos em HP;
- desinstitucionalização;
- recomendações e ações voltadas para o processo de desinstitucionalização em HCTP;
- RAPS.

1. 1. 3. 3. 1 REGULAÇÃO DOS LEITOS EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS (HP)

Visa ao fechamento progressivo dos HP, conseqüentemente à reversão do modelo hospitalocêntrico (Quadro 4).

Quadro 4 – Estratégias de regulação

ESTRATÉGIA	INSTRUMENTO NORMATIVO/DE FINANCIAMENTO	OBJETIVO
Normatização da assistência hospitalar com implantação do processo contínuo de avaliação	Portaria MS/GM nº 251/2002 (BRASIL, 2002a).	Institui o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) com pontuação dos hospitais, de acordo com critérios assistenciais e de respeito aos direitos humanos. “Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, definindo estrutura e porta de entrada das internações na rede SUS.”
Regulação do controle das internações psiquiátricas involuntárias e voluntárias	Portaria SAS nº 2.391/2002 (BRASIL, 2002b)	“Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.”

Continua

ESTRATÉGIA	INSTRUMENTO NORMATIVO/DE FINANCIAMENTO	OBJETIVO
Mudança de porte dos hospitais (de macrohospitais para hospitais de menor porte)	Portaria MS/GM nº 52/2004 (BRASIL, 2004a)	Tais portarias induzem progressivamente à diminuição de leitos em HP com emissão de classificação e valorização financeira para as instituições com menor número de leitos. Estratégia utilizada para mudar o perfil do hospital até chegar ao seu fechamento definitivo, garantindo assim uma diminuição processual dos leitos em psiquiatria. Criam o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica (PRH) no SUS e o Plano Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar.
	Portaria nº 53/2004 (BRASIL, 2004b)	

Fonte: Elaboração própria.

O PNASH/Psiquiatria, tendo sua última edição ocorrida no período de 2012-2014, possibilitou avaliar periodicamente a assistência hospitalar psiquiátrica ofertada pelo SUS e identificar situações de violação de direitos.

Segundo o documento [Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01](#), publicado pelo Desinstitute (2021) com base nos resultados do PNASH, 57 HP foram indicados para descredenciamento do SUS entre os anos de 2002 e 2016, induzindo os gestores estaduais e municipais a descredenciar essas unidades e desinstitucionalizarem as pessoas internadas. Alguns desses hospitais indicados foram fechados, contudo muitos ainda se encontram abertos e, mesmo que tenha sido sugerido seu descredenciamento, seguem financiados pelos SUS, com a continuidade de práticas abusivas.

Isso pode ser visto também no documento [Relatório de Inspeções](#) (CFP, 2019), ao apontar que, dos 16 hospitais inspecionados que contavam com indicação de descredenciamento pelo PNASH, 10 ainda se encontravam abertos até o fechamento do relatório. Entre as principais questões identificadas neste documento, destaca-se a presença das seguintes violações de direitos: situações de violência, exploração da mão de obra das pessoas internadas, castigos com práticas de tortura, internações de crianças e adolescentes e situações de alimentação e infraestrutura degradantes.

1. 1. 3. 3. 2 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

No âmbito da política nacional, foram desenvolvidas estratégias e normativas tendo em vista a substituição do modelo manicomial, considerando as necessidades e particularidades das pessoas com internação de longa permanência (Quadro 5).

Quadro 5 - Estratégias de desinstitucionalização

ESTRATÉGIA	INSTRUMENTO NORMATIVO/DE FINANCIAMENTO	OBJETIVO
Criação dos SRT	I. Portaria MS/GM 106/2000 (BRASIL, 2000)	I. “Cria os serviços residenciais terapêuticos no âmbito do Sistema de Saúde para o atendimento ao portador de transtornos mentais.
	II. Portaria MS/GM 3.090/2011 (BRASIL, 2011f)	II. “Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).”
Regulamentação do PVC	Portaria nº 2.077/2003 (BRASIL, 2003b)	Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8º.
Criação do Programa de Desinsitutonali-zação	Portaria nº 2.840/2014 (BRASIL, 2014a)	“Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal.”

Fonte: Elaboração própria.

Os SRT e o PVC são estratégicos nos processos de desinstitucionalização. São esses dispositivos que garantem às pessoas com longo período de internação a possibilidade de viver no meio comunitário.

Sobre os SRT, vale destacar as referências das [Portarias nº 106/2000](#) (BRASIL, 2000) e [3.090/2011](#) (BRASIL, 2011f) que nomeiam esses dispositivos, respectivamente, como:

Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social. (BRASIL, 2000). [...] unidades de moradia, inseridos na comunidade, devendo estar localizados fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, estando vinculados à rede de serviços de saúde (BRASIL, 2011f).

O PVC, por sua vez, traz um caráter reparador, uma vez que as pessoas institucionalizadas tiveram como principal financiador da sua condição de restrição de liberdade, ao longo dos anos, o próprio Estado. Consiste em um auxílio reabilitação psicossocial, pago mensalmente, diretamente a todas as pessoas beneficiárias cadastradas (independentemente de morar sozinha, em um SRT ou com a família).

Em relação ao Programa de Desinstitucionalização, esse se configurou como um ganho estratégico para o campo. Nele, são sistematizadas todas as ações voltadas para o processo de desinstitucionalização: a criação da equipe de desinstitucionalização, o desenvolvimento do trabalho de desinstitucionalização dentro e fora do hospital e a criação das condições de financiamento para realização das ações de desinstitucionalização em todas as suas etapas.

Vale destacar que a [Portaria nº 2.840/2014](#) (BRASIL, 2014a) não foi regulamentada e implementada pelo governo brasileiro.

Pelo contrário, mais recentemente, foi suspensa pela [Portaria GM/MS nº596](#), de 22 de março de 2022, que desmontou praticamente todas as previsões legais para o financiamento do programa de desinstitucionalização.

Entretanto, a Portaria 2.840/2014 será tomada como central neste documento, por trazer no seu bojo prerrogativas técnicas, políticas e formato de financiamento que norteiam o desenvolvimento do cuidado, do projeto de reabilitação psicossocial e dos processos de gestão no âmbito da desinstitucionalização.

É importante registrar que, em 2015, a Fiocruz em parceria com a Fundação Calouste Gulbenkian e a OMS, em [Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil](#), reafirmaram que as experiências de desinstitucionalização não são lineares e são muito singulares. Contudo referiram que existe um comum de estratégias que estão presentes em todos os processos, o que também podemos constatar neste documento.

1. 1. 3. 3. 3 RECOMENDAÇÕES E AÇÕES VOLTADAS PARA O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO (HCTP)

Os HCTP são unidades prisionais onde são internadas pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei, no cumprimento de medida de segurança. As medidas de segurança, por sua vez, são destinadas às pessoas que cometem ato tipificado como crime e que, em função do sofrimento psíquico, no momento do ato, segundo a lei penal, não se encontravam em condições de discernir ou responder pelos seus atos, sendo consideradas inimputáveis ou semi-imputáveis (BRASIL, 2011c).

Vale ressaltar que, no atual cenário brasileiro, as medidas de segurança também são aplicadas com internações em alas de tratamento psiquiátrico (ATP) dentro de presídios comuns – expressando a complexidade dos problemas das internações penais, para além do HCTP. Dada a inexistência de dados atualizados sobre as ATP, este documento foca a discussão nos HCTP.

Em 2011, a publicação [A Custódia e o Tratamento Psiquiátrico no Brasil – Censo 2011](#) (DINIZ, 2013, p. 35) retratou o perfil institucional dos HCTP e da população internada nesses estabelecimentos, conforme podemos ver a seguir:

Em 2011, o conjunto dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) no Brasil era formado por 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs), localizadas em complexos penitenciários. Nos estados de Acre, Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins, não havia ECTPs. As três ATPs estavam localizadas no Distrito Federal, no Mato Grosso e em Rondônia. Os estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo possuíam três unidades de HCTP, e os demais 17 estados possuíam uma única unidade HCTP cada um.

Em 2011, a população total dos 26 ECTPs era de 3.989 indivíduos, entre os quais 2.839 estavam em medida de segurança, 117 estavam em medida de segurança por conversão de pena e 1.033 estavam em situação de internação temporária. A população total era formada por 92% (3.684) de homens e 7% (291) de mulheres. No Brasil, pelo menos 25% (741) dos indivíduos em medida de segurança não deveriam estar internados por cumprirem medida de segurança com a periculosidade cessada, por terem sentença de desinternação, medida de segurança extinta ou internação sem processo judicial, ou ainda por terem recebido o benefício judicial da alta ou desinternação progressiva.

Os dados descritos apresentam uma distribuição dos HCTP pelas cinco regiões do país, concentrados na região Sudeste. Chama-nos atenção, também, o número expressivo de pessoas internadas nesses estabelecimentos, sendo 25% destas com indicação de desinternação, mas ainda privadas de sua liberdade.

Sabe-se que a medida de segurança é aplicada tomando como referência a condição de inimputabilidade ou semi-imputabilidade, seguindo a lei penal. Na atualidade, as medidas de segurança podem ser de internação em HCTP ou estabele-

cimento congênere ou de tratamento ambulatorial, mediante acompanhamento por aparelho de atenção à saúde mental com fiscalização judicial. Recomenda-se, entretanto, no âmbito do sistema de Justiça, a incorporação das proposições antimanicomiais, fazendo-se com que as normativas atuais, nacionais e internacionais, sobre o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico espalhem sua luz sobre todo o ordenamento jurídico, inclusive o penal. Observamos no Quadro 6 alguns materiais jurídicos que concretizam essa incorporação.

DOCUMENTO	AUTOR	REFERÊNCIAS
<u>Resolução 113/2010</u> (BRASIL, 2010a)	Conselho Nacional de Justiça (CNJ)	“Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências”. Ou seja, define a possibilidade da medida de segurança ser aplicada não apenas através da internação, como também no âmbito ambulatorial.
<u>“Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a Perspectiva da Lei 10.216/2001”</u> (BRASIL, 2011c)	Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF)	Que a pessoa em medida de segurança é um sujeito de saúde, e não da justiça e que os HCTP devem ser extintos.
<u>Recomendação nº35/11</u> (BRASIL, 2011g)	CNJ	Que os tribunais, “na execução da medida de segurança, adotem a política antimanicomial, sempre que possível, em meio aberto”.
<u>Nota nº 06/2014/Comissão Especializada em Execução Penal do Colégio Nacional dos Defensores Públicos Gerais – CEEP (CONDEGE) (SÃO LUIZ, 2014)</u>	Defensoria Pública Geral	Que o processo de desinstitucionalização precisa chegar ao sistema de justiça, uma vez que a privação de liberdade de pessoas em medida de segurança em HCTP ou em outro estabelecimento do sistema prisional constitui-se como crime de tortura. Que as medidas de segurança devem ser aplicadas de forma que onsidere as proposições da política de saúde mental proposta a pela Lei Federal 10.216/01 (BRASIL, 2001).

Fonte: Elaboração própria.

Os referidos documentos apontam para a importância da desativação dos HCTP e a necessidade de se imprimir outra lógica para aplicação das medidas de segurança. Respaldam ainda as normativas técnicas e de financiamento criadas para o cuidado em saúde mental das pessoas em conflito com a lei. Para entender melhor essas proposições, vejamos as portarias direcionadas à saúde no sistema prisional (Quadro 7).

Quadro 7 - Regulamentações direcionadas à saúde no sistema prisional

PORTARIA	OBJETIVO	OBSERVAÇÕES
<u>Portaria Interministerial nº 1/14 dos Ministérios da Saúde e da Justiça (BRASIL, 2014b)</u>	“Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.	Nesse programa, que traz como centralidade a marca da intersetorialidade, enfatiza-se a oferta dos cuidados básicos em saúde, incluindo como público-alvo as pessoas custodiadas pelo Estado, sejam as inseridas no sistema prisional ou as em cumprimento de medidas de segurança. Nessa perspectiva, são propostos diferentes tipos de <i>equipes de atenção básica</i> , entre elas, algumas com incorporação de profissionais de saúde mental – veremos no capítulo 3 o detalhamento dessa proposição pelas <u>Portaria GM/MS nº 482/2014</u> (BRASIL, 2014c) e <u>Portaria nº 37/2021</u> (BRASIL, 2021d).
<u>Portarias nº 94/2014 e 95/2014 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014d, 2014e)</u>	Cria o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) e dispõe sobre o financiamento desse serviço no âmbito do SUS, respectivamente.	Essa portaria é a mais estratégica para o desenvolvimento das ações de desinstitucionalização. As proposições para essa equipe, sob gestão da saúde, implicam desenvolvimento de ações relativas ao processo de desinstitucionalização das pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei, através: da construção de projeto terapêutico singular (PTS); trabalho conjunto com a Defensoria Pública e articulação com a rede territorial intersetorial. Os capítulos III e IV tratarão sobre os processos metodológicos possíveis dessa portaria.

Fonte: Elaboração própria.

Destaca-se que as pessoas em situação de medida de segurança no país, de acordo com todas as normativas existentes, devem ter acesso a dispositivos de saúde para o seu tratamento, não à prisão e à segregação em instituições com características asilares, como são os HCTP. Nesse sentido, não cabe ao poder judiciário definir a modalidade desse tratamento, mas aos operadores do cuidado na RAPS e no SUS. As pessoas internadas e todo seu processo de desinstitucionalização devem encontrar no SUS suas referências de tratamento, assim como de sua inclusão comunitária.

1. 1. 3. 3. 4 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

Desde a década de 1990, uma série de serviços territoriais foi criada, com normativas técnicas e de financiamento, como os CAPS, por meio da Portaria nº 336/2002 (BRASIL, 2002d), e os SRT, pela Portaria nº 106/2000 (BRASIL, 2000), como vimos anteriormente.

As portarias do Ministério da Saúde publicadas até 2015 determinam o cuidado longitudinal no território e que as situações de crise que demandem acolhimento integral possam ser realizadas em CAPS e em leitos de hospital geral, com o devido suporte, quando necessário, da rede de urgência/emergência.

Em 2011, na perspectiva de sistematizar os diferentes dispositivos de saúde mental numa rede de atenção integrada, com parâmetros populacionais, princípios psicossociais e diretrizes operacionais, é instituída a RAPS, através da Portaria nº 3.088/11, republicada em 2013 (BRASIL, 2013a).

É importante lembrar que a RAPS constituiu uma das redes temáticas, no processo de organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), cujas diretrizes foram estabelecidas pela Portaria nº 4.279/2010 (BRASIL, 2010b). Ainda nesse cenário, foi

instituído o Decreto nº 7.508/11 (BRASIL, 2011h), regulamentando a Lei nº 8.080/1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, entre outras providências (Quadro 8).

Quadro 8 – Regulamentação da RAPS

ESTRATÉGIA	INSTRUMENTO NORMATIVO/ DE FINANCIAMENTO	OBJETIVO
Criação da RAPS	<u>Portaria nº 3.088/2011</u> , republicada em 2013 (BRASIL, 2013a)	“Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).” A RAPS constitui uma rede integrada e articulada por diferentes serviços voltados para as pessoas em sofrimento psíquico, incluindo crianças e adolescentes e aquelas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Possibilita a sistematização de todos os dispositivos criados ao longo do tempo, com ênfase na rede como uma linha de cuidado obrigatória para os planos municipais, regionais e estaduais de saúde. Apresenta parâmetros populacionais e técnico-políticos orientadores, como também financiamento para cada componente e ponto de atenção. Essencial para o desenvolvimento dos processos de desinstitucionalização, apresenta direcionamentos para o cuidado e a reabilitação psicossocial, mediante a sistematização dos seguintes componentes: • atenção básica em saúde; • atenção de urgência e emergência; • atenção residencial de caráter transitório; • atenção hospitalar; • atenção psicossocial estratégica – sistematização das várias modalidades dos CAPS, pela <u>Portaria nº 336/2002</u> (BRASIL, 2002d), como serviços estratégicos para ordenação da rede e desenvolvimento de atenção à crise, de matriciamento em saúde mental e de ações de reabilitação psicossocial; • estratégias de desinstitucionalização; • estratégias de reabilitação psicossocial.

Fonte: Elaboração própria.

A qualificação e formação dos trabalhadores da RAPS é um eixo importante para garantir a implementação dos serviços psicossociais, de acordo com os princípios da desinstitucionalização. Entre os vários projetos¹⁰ desenvolvidos no âmbito nacional, alguns já foram extintos e outros ainda permanecem em execução com financiamento federal.

¹⁰ Vejamos alguns desses: Programa Pet-Saúde – Educação pelo Trabalho para a Saúde, regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421/2010 (BRASIL, 2010a); Residência em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental; Escola de Redução de Danos, Escola de Supervisores e Supervisão Clínico-Institucional; Percursos Formativos na RAPS, baseado num projeto de intercâmbio entre profissionais de diferentes lugares do país com foco em diferentes temas, entre eles, desinstitucionalização e reabilitação psicossocial; Cursos de Atualização à distância; Caminhos do Cuidado para profissionais da atenção básica (agentes de saúde e técnicos de enfermagem); Curso de Especialização em linha de cuidado em Enfermagem; Curso de Tópicos Especiais de Policiamento e Ações Comunitárias (BRASIL, 2016).

Você encontrará a especificação de cada componente da RAPS e de seus respectivos pontos de atenção no capítulo 3, assim como os desafios e as proposições para sua operacionalização (de financiamento e de qualificação), tendo em vista o desenvolvimento operacional dos processos de desinstitucionalização.

Além das portarias federais, vale destacar que a experiência brasileira é plural, e alguns estados¹¹ e municípios construíram, ao longo do tempo, aparatos legais e arranjos assistenciais próprios para garantir o desenvolvimento dos processos locais.

Os desafios históricos concentraram-se na necessidade de acelerar os processos de fechamento dos hospitais, de desinstitucionalizar as pessoas com internação de longa permanência e ampliar a rede territorial de atenção em saúde mental. No ano de produção deste documento (2022), além desses, outros desafios se colocam.

Os novos desafios podem ser evidenciados pelas mudanças das normativas técnicas e de financiamento, expressas principalmente pelas Portarias de Consolidação nº 3 e 6, ambas de 28 de setembro de 2017, e pela Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017), alterando a RAPS instituída pela Portaria nº 3.088/2011 e republicada em 2013 (BRASIL, 2013a).

Em 2019, tais retrocessos foram acentuados com a Nota Técnica nº 11/2019 – CGMAD/DAPES/SAS/MS (BRASIL, 2019c), com a publicação de proposições de uma “Nova¹² Política de Saúde Mental”, apontando para: ampliação do financiamento dos HP e paralela desqualificação do PNASH; financiamento de equipamentos para uso da eletroconvulsoterapia (ECT) no âmbito do SUS; ênfase nas comunidades terapêuticas (CT) como referência de assistência para pessoas em sofrimento psíquico decorrentes do uso de álcool e outras drogas, entre outras proposições.

A referida nota ainda preconiza a decisão do Ministério da Saúde na defesa da mudança da lógica do modelo assistencial de saúde mental vigente no Brasil, contrariando, entre outras, a Lei Federal nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001) e a Convenção da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência (BRASIL, 2009a), dotada de força constitucional, conforme demonstram os trechos a seguir:

[...] O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza (BRASIL, 2019c, p. 3).

[...] a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos (BRASIL, 2019c, p. 5).

As implicações dessas mudanças podem ser vistas nos dados apresentados pelo Desinstitute (2021) no documento Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01.

Como consequência desse cenário de retrocessos, o problema da institucionalização intensificou-se no campo da saúde mental, seja pelos novos investimentos em HP, seja pela expansão das CT para o encaminhamento de pessoas em sofrimento psíquico com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

¹¹ Vale destacar que, até 2004, oito estados brasileiros contavam com legislação própria, a saber: Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte, e Rio Grande do Sul.

¹² A referida nota técnica nomeia como Nova Política o que compreendemos como velhas práticas vigentes no modelo asilar, que voltam a ganhar corpo no âmbito do governo federal, a partir de 2016 até o ano de produção (2022), contrariando os preceitos do arcabouço legal existente no país. Apesar desse cenário, entendemos e sinalizamos neste documento a existência de uma política pública de saúde mental formulada e implementada desde a década de 1980, com respaldo das proposições das Conferências Nacionais de Saúde Mental e da Luta Antimanicomial.

✱ O levantamento realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2017, p. 12) aponta a existência de 2.000 CT¹³, com oferta de 83.600 vagas, das quais 90% são destinadas ao público masculino e 24,1%, acolhem pessoas com menos de 18 anos.

Vale ressaltar que, em 2021, o governo federal criou normativas que, na contramão das referências nacionais e internacionais, enfatizam a internação de adolescentes com necessidades decorrentes do uso de drogas. Criaram-se, no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), as Portarias nº690/2021 (BRASIL, 2021b) e 700/2021 (BRASIL, 2021c), definindo, respectivamente, referências para o plano individual de atendimento e o fluxograma de acolhimento de adolescentes em CTs, assim como a regulamentação da fiscalização das CT que praticam acolhimento de adolescentes.

✱ O Desinstitute (2021) refere que o orçamento reservado do governo federal via Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) para as CT foi de R\$ 153,7 milhões, em 2019, e de R\$ 300 milhões, em 2020.

O Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018), realizado em 28 estabelecimentos, em 11 estados brasileiros e no Distrito Federal, aponta que essas instituições são marcadas, entre outras, pelas práticas de: castigo e maus-tratos, que poderiam ser enquadrados como tortura segundo a legislação brasileira; restrição de convívio social e liberdade religiosa; desrespeito à diversidade de orientação sexual e de identidade de gênero; internações de crianças e adolescentes, sem a observância do previsto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (CFP, 2018, p. 12).

Segundo o documento “Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020” (CONECTAS; CEBRAP, 2022), as CT receberam, nesse período, o total de R\$560 milhões do poder público (esferas federal, estadual e municipal). O estudo destaca ainda o valor pago a essas entidades por meio de emendas parlamentares, montante que ultrapassou R\$ 30 milhões entre 2017 e 2020. Agravando a situação, tem-se ainda a aprovação da Lei Complementar 187/2021 que permitiu que essas entidades adquirissem o direito de buscar imunidade tributária, o que consiste em uma espécie de financiamento público indireto.

É importante também registrar que atos do governo federal no primeiro trimestre de 2022 liberaram – por meio do recente Edital de Chamamento Público nº. 3/2022, lançado pela Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), do Ministério da Cidadania – um repasse no valor de R\$10 milhões a hospitais psiquiátricos, reforçando a diretriz manicomial e ferindo a Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001).

Embora as CT não sejam objeto deste documento, entendemos que essas, com os HP e HCTP, expressam significativa-

¹³ Trata-se de CT registradas em um cadastro organizado pelo Centro de Pesquisas em Álcool e outras Drogas do Hospital das Clínicas de Porto Alegre e pelo Laboratório de Geoprocessamento do Centro de Ecologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (IPEA, 2017).

mente uma faceta do problema da institucionalização no Brasil e dos retrocessos postos, desde 2016, no campo da saúde mental.

Somando-se a esse cenário, consideramos que o desencadeamento da pandemia do novo coronavírus no ano de 2020 terminou por agravar ainda mais a situação da RAPS e trazer repercussões para os processos de desinstitucionalização em curso. Além do contexto pandêmico produzir implicações para a saúde e vida das pessoas e da sociedade, com intensificação das desigualdades sociais, também repercutiu no cotidiano dos serviços territoriais.

As novas referências sanitárias impuseram mudanças no que se refere às metodologias de cuidado desenvolvidas na rede, com produção de certo desalojamento da rotina cotidiana dos serviços. Tal situação, somada às precárias condições de trabalho e problemas estruturais da rede, oriundos, em parte, dos desinvestimentos no SUS e retrocessos citados anteriormente, impôs aos trabalhadores e usuários novos desafios em relação ao trabalho psicossocial no território.

Para além desse panorama, é importante ressaltar que a situação das pessoas internadas em instituições com características asilares foi agravada. Isso se deve à desaceleração dos processos de desinstitucionalização e aos riscos eminentes de contágio e morte por COVID-19, dadas as condições de higiene precárias e de aglomeração dentro de tais instituições.

Apesar de todas as problematizações expostas, destacamos que a política de saúde mental com base na Reforma Psiquiátrica Antimanicomial é consistente. Em meio a um cenário complexo, a RAPS mantém-se viva e inventiva, muito em função da atuação dos municípios e dos vários atores locais, especialmente usuários e trabalhadores que sustentam a política de saúde mental em sua perspectiva comunitária.

Para melhor entendermos os efeitos dos processos de desinstitucionalização na vida das pessoas, sigamos no capítulo 2, com base nas narrativas dos usuários e usuárias da RAPS, discutindo sobre “por que e para que fechar instituições com características asilares e desinstitucionalizar pessoas”.



2. As vozes dos usuários e das usuárias da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): as implicações da desinstitucionalização na vida

Este capítulo tem por objetivo apresentar razões para o fechamento dos HP e HCTP e para o desenvolvimento de processos de desinstitucionalização. Essas razões foram constituídas em diálogo com pessoas institucionalizadas e violadas em seus direitos em instituições brasileiras com características asilares.

Em função da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, essas pessoas puderam reorientar o percurso de suas existências por processos de desinstitucionalização e da atenção à saúde de base comunitária, que possibilitaram a protagonização de suas próprias vidas.

Realizamos uma reunião virtual com um coletivo de 15 pessoas, as quais nomeamos, neste capítulo, como nossas interlocutoras¹⁴. Trata-se de pessoas que vivem a experiência da desinstitucionalização, entre as quais, algumas com inserção em movimentos sociais de Luta Antimanicomial e em espaços de controle social do SUS no país. A reunião também contou com o apoio de profissionais da Reforma Psiquiátrica e da Justiça, com o intuito de evidenciar reflexões em torno da questão central deste capítulo.

A sistematização das reflexões dos participantes primou por dialogar com três perspectivas sobre o fechamento das instituições com características asilares e a urgência da desinstitucionalização, a saber:

- A perspectiva assistencial;
- A perspectiva econômica;
- A perspectiva ético-política.

Para cada perspectiva, apresentamos uma contextualização e os principais temas surgidos na roda de conversa. Cada tema também será acompanhado de uma breve reflexão articulando as falas dos interlocutores.

Destacamos as narrativas de cada uma das pessoas participantes da roda de conversa acerca dos processos de desinstitucionalização. Vale ressaltar que as pessoas e os seus relatos aqui apresentados representam uma pequena fração de uma realidade e da história de milhares de pessoas ainda institucionalizadas no Brasil, conforme assinalado no Capítulo I.

Então, vamos lá!

2.1 A PERSPECTIVA ASSISTENCIAL

Inicialmente, essa perspectiva consiste em reconhecer os HP e os HCTP como lugares de opressão, sem trocas entre “cuidadores” e “pacientes”, e que, portanto, devem ser substituídos por serviços territoriais que ampliem as redes de negociação e emancipação de pessoas.

Ao tratar dessa perspectiva assistencial, nossos interlocutores e interlocutoras apontam três dimensões acerca da questão “institucionalização X desinstitucionalização”:

- institucional;
- operacional;
- sustentabilidade.

Vamos conversar sobre cada uma dessas dimensões?

2.1.1 DIMENSÃO INSTITUCIONAL

A questão central do porquê fechar HP e HCTP surge na forma de uma pergunta inversa, como nos apresenta *Mário Moro*:

“Como é que me podem fazer um processo de desinstitucionalização sem sequer estar fechando os manicômios?”¹⁵

De imediato, aponta-se a indissociabilidade entre o processo de saída das pessoas do manicômio e o fechamento deste. A desinstitucionalização só acontece quando as representações e os mecanismos de opressão e de institucionalização na nossa sociedade são diluídos. Para isso, fechar o HP é uma etapa fundamental.

Para entender melhor tal afirmativa, é necessário determo-nos sobre duas questões que denunciam a vida em instituições com características asilares e suas implicações:

- o circuito do controle;
- as violações de direitos.

As instituições com características asilares, historicamente, em nada se configuraram como locais de cuidado e de tratamento. Estabeleceram-se como locais de longas internações, com privação forçada de liberdade, de excessos de medicalização, de procedimentos médicos invasivos e de regramentos sobre o cotidiano, sem oferta das condições básicas para o viver humano, nem mesmo das condições estruturais mínimas para a sobrevivência. As instituições com características asilares constituem, portanto, locais de controle.

Nessa perspectiva, pensando no cenário brasileiro, *Dirceu*, um dos nossos interlocutores, lembra o percurso histórico da saúde mental, fortalecido pelo SUS. Foi esse processo que permitiu problematizar as instituições com características asilares como um **circuito de controle**.

“Porque o SUS, nada foi dado, tudo conquistado, tudo partiu de uma demanda da Vigilância Sanitária, dos trabalhadores de saúde mental, que viam e que tinha que ver o que aquela forma que os manicômios estavam funcionando não adiantava mais. São depósitos de pessoas, onde se são sujeitas a vários sofrimentos, né? Ficam sujeitos, submetidos, à vontade de pessoas que usam branco.”

Nessas instituições, o principal mecanismo do circuito de controle das pessoas dá-se, na maior parte das vezes, pela relação opressora, sustentada pelas violações de direitos. Sobre isso, *Edjane* e *Sandra Mara*, respectivamente, falam-nos:

“Eu quero contar um pouco da minha situação como era. Eu entrei lá no hospital de menor, grávida. Aí tive dois filhos lá. Eu não era doente assim. Eu trabalhava e estudava.”

¹⁴ Oriundas de diferentes municípios e estados, apresentamo-las: Roque Júnior, de Farroupilha (RS); Sandra Mara Lopes da Silva e Dirceu Luiz Rohr Júnior, de Porto Alegre (RS); Edjane Maria Vieira e Renildo Mariano de Aguiar, de Camaragibe (PE); Rosa Nascimento Marinho e Admil Sebastião Ortiz, de Carapicuíba (SP); Tatiana de Freitas, de Sorocaba (SP); Mário Moro, de Santo André (SP); Coleta Rodrigues Gomes, Germânio Eustáquio da Silva, Marisa Cristina da Silva e Bento Márcio da Silva, de Barbacena (MG); Adriano Alves da Silva, de Belo Horizonte (MG).

¹⁵ Na transcrição das falas, mantivemos as marcas de oralidade das pessoas interlocutoras.

“ Eu sou usuária da Saúde Mental desde os meus 14 anos, tive dez anos de moradia no Hospital São Pedro, aqui de Porto Alegre. Morei dez anos lá dentro e, de lá para cá, em 98, eu conheci a Reforma Psiquiátrica de uma maneira não muito legal, mas que foi o que me deu uma trajetória de vida que eu tenho hoje. Quando eu engravidei do meu filho mais velho, dentro do hospital psiquiátrico, ele ia nascer em 17 de fevereiro, e aí o médico chegou para mim assim: ‘beleza, tu pode morar aqui o resto da tua vida e quando tu for para maternidade a gente bota a criança pra adoção’. Eu tive que novamente provar que a Sandra, que tinha 91 internações, também tinha vida própria e tinha querer. Não queria que as pessoas decidissem por mim. [...] Hoje, eu moro na minha casa, hoje eu tenho a minha vida organizada e luto, sim, contra o manicômio, porque o jeito que eles tratam a gente não é humano, não é digno. As pessoas lá decidem por ti [...].”

Nas narrativas dessas mulheres, ao observarmos os longos anos de internação vividos (para algumas delas, desde a adolescência), identificamos implícita e explicitamente múltiplas violências direcionadas aos seus corpos e ao possível exercício da maternidade. Nesse sentido, várias perguntas emergem:

Em que condições essas mulheres engravidaram? Que cuidados receberam? Quais as repercussões de uma gestação em um ambiente hostil? Essas mulheres tiveram o direito de escolher criar ou não o próprio filho? Elas receberam o suporte necessário ante suas decisões?

Em meio a violações que acometem homens e mulheres em instituições com características asilares, há uma especificidade quando se evidencia a intensidade e as repercussões dessas violências na vida das mulheres. Observamos que, no espaço do asilo, reproduzindo as opressões estruturais que ocorrem fora dos muros institucionais, há um forte marcador de violência de gênero.

Podemos identificar, ainda, outras mulheres que, na roda de conversa, foram mais explícitas quanto às experiências de violações de direito. Vejamos o que nos dizem *Tatiana* e *Marisa*, respectivamente:

“ Então, eu fui para o hospital com 11 anos, né? Eu era maltratada, eu era chamada de gorda, de obesa!”

“ Mas no hospital não é bom. Lá, a gente é maltratada, a gente fica amarrada, a gente toma injeção, a gente toma banho frio e a gente não tem o que comer quase nada. A gente, a maior parte, a gente passa fome, porque no hospital só tem sopa, é meio pão, café ralo com leite.”

Coleta, por sua vez, ao contar sua história, resume o **circuito do controle** e as **violações de direitos**:

“ [...] tem muitos anos que eu saí do hospital psiquiátrico, eu fiquei lá muitos anos, sofri muito lá, com aquelas empregadas lá, eu sofri com elas, elas eram ruins para a gente naquela época, aquilo. Nós ficava preso no pátio, não deixava a gente sair de jeito nenhum, tinha um cadeado lá no portão lá, tinha um pátio grande lá. A gente saía só na hora do almoço só, e, quando almoçava, punha a gente lá naquele pátio de novo, a gente saía de jeito nenhum, fiquei lá muitos anos.”

As narrativas evidenciam fortemente uma imposição de maus-tratos no cotidiano que vão desde as relações autoritárias, de opressão, passando por tratamentos coercitivos, acesso precário à alimentação e cerceamento de liberdade. Não há brechas para a manifestação do desejo. As pessoas parecem submeter-se permanentemente a um ordenamento impositivo naquilo que se coloca como natural e até banal na vida comum das pessoas: banho, comida, ir e vir.

Ao conversarmos sobre necessidades reais, pessoas reais, vivendo vidas reais, deparamo-nos com outra dimensão da perspectiva assistencial: a operacional.

2. 1. 2 DIMENSÃO OPERACIONAL

Nesta dimensão, com base nas narrativas das pessoas interlocutoras acerca da vida em liberdade, identificamos temas que expressam as repercussões de mudança do modelo asilar para o psicossocial na vida de cada uma delas.

Visualizamos em suas falas que o não exercício de direitos básicos, como o acesso a bens e serviços estruturais (saúde, moradia, trabalho, renda e cuidado), foi determinante para sustentar as internações de longa permanência a que foram submetidas. Ou seja, a reclusão no hospital não se deu por uma necessidade clínica real das pessoas, mas pela ausência de suporte social e das ofertas de tal natureza e, conseqüentemente, pela impossibilidade de acessar tais direitos.

Nossas interlocutoras apontam objetivamente a garantia de direitos como uma questão central buscada e explicam o porquê de desinstitucionalizar pessoas. Assim, os principais temas desta dimensão são:

- cuidado;
- SUS;
- intersetorialidade;
- moradia;
- acesso à renda;
- inserção social.

Ter uma perspectiva de **cuidado**, no lugar de um circuito de controle e de violações de direitos, fez essas pessoas em processos de desinstitucionalização definirem o que é cuidado e como fazê-lo para si e para as pessoas em geral. Vejam as narrativas a seguir de *Dirceu* e *Edjane*, respectivamente, sobre suas experiências fora do hospital:

“ É o cuidado com aquelas pessoas que usam serviço de saúde mental, que não precisam estar numa emergência em saúde mental, que não precisa ir ocupar espaço no serviço. Ser atendido pela atenção básica; com todo o cuidado com o vínculo, cuidado com a liberdade, o fortalecimento dos vínculos com as próprias famílias.”

“ Eu não era doente assim não, eu trabalhava, estudava, nos 13 anos. Eu agora eu não me considero doente, não, sabe? Sou uma pessoa assim sensível como todo mundo, sabe? E ninguém tá doente assim, é cuidar da saúde, né? Fazer as coisas em casa, porque, se não fizer as coisas em casa, pega mais na mente, né? Ocupo muito a minha mente aqui, faço uma coisa, faço outra, sabe? Aí pronto. Eu tô gostando demais de tá aqui nesse lugar, nessa residência, viu?”

As pessoas podem ser olhadas de diferentes formas, em diferentes lugares da rede. Podem ser reconhecidas integralmente e fora do escopo da doença. Parece que é sobre isso que *Dirceu* e *Edjane* nos falam.

Essa perspectiva de cuidado só é possível quando há uma rede de serviços de base territorial dentro de um sistema universal e público, como o **SUS**. Isso constitui demanda central para os usuários e usuárias da rede de saúde mental. *Dirceu* aponta-nos:

“ A gente quer o SUS no território, que é a política do SUS.”

A implementação do SUS no território implica o exercício da **intersetorialidade**, como uma importante articulação para o desenvolvimento de estratégias territoriais. Observemos mais uma vez que *Dirceu* nos traz a complexidade e diversidade das demandas apresentadas pelas pessoas ao saírem do manicômio.

“ É importante ter os residenciais terapêuticos, ter políticas intersetoriais para poder atender essa demanda.”

A garantia de direitos é o principal elemento que marca o processo de desinstitucionalização, assim como a produção de saúde física e mental, e, portanto, fundamental à mudança do modelo de atenção. Além do cuidado em liberdade, como vimos até agora, a **moradia** é um marco importante para viabilizar o retorno à vida em sociedade.

Sobre poderem voltar a morar em residências próprias – ou aquelas custeadas pelo Estado –, como os SRT, vejam o que nos dizem as pessoas interlocutoras:

Sandra Mara: “Em Porto Alegre, um projeto de habitação, né, me forneceu uma casa de emergência que foi colocada no fundo da casa da minha irmã. E, aí, eu saí do São Pedro pra poder ganhar o Bruno, que hoje tá com 23 anos.”

Renildo: “Meu nome é Renildo Mariano de Aguiar, estou bastante alegre por ter saído do hospital e ter hoje em dia uma casa residência de sossego, de paz, de amor, de alegria.”

Germânio: “A casa terapêutica foi um milagre de Deus para nós. Tô aqui desde 2004 até agora.”

Bento: “E outra história de amor que me aconteceu na minha vida, as residências terapêuticas, que mudou a minha vida também muito.”

Nas narrativas anteriores, fica evidente o quanto ter uma casa repercute na vida das pessoas e transforma-as. Possibilita a aproximação com a família e a construção de um sentimento de pertencimento que produz bem-estar e aumenta as possibilidades de relação.

Na nova moradia, a diversidade de um cotidiano, em contraponto ao marasmo e vazio da vida em instituições com características asilares, parece reavivar as pessoas. Vejamos as narrativas a seguir:

Roque: “E, aí, vários, várias residências terapêuticas, as pessoas começavam uma vida, né? Começar de novo uma vida, como escovar os dentes, como controlar o dinheiro, como ir na quitanda, isso é uma coisa que é interessante relacionar aqui [...]. Como que é a vida dessas pessoas, é uma nova vida, é totalmente diferente, né?”

Rosa: “Eu gosto daqui da residência, aqui é muito legal pra mim, eu trabalho, estendo roupa no varal, eu obedeço as cuidadora. O que elas mandam obedecer, eu obedeço. Eu sou muito boa aqui na residência, eu sou muito legal, eu sou muito boa, viu? Minha mãezinha tá lá em Mauá. Tô esperando acabar o coronavírus para mim ir lá visitar ela, só isso.”

Marisa: “Na residência a gente tem liberdade de ter as coisas, pode sair, pode ir pros baile, né? Mas tem hora de chegar, assim também, não muito tarde, né? Mas a gente aproveita bastante, né. As coisas aqui da residência, a gente sai, tem liberdade de comer, liberdade do banho, dormir, tudo com liberdade. ”

O contexto muda, as pessoas mudam para melhor. As narrativas mostram o quanto cotidiano, relações, afeto e respeito são imprescindíveis para a saúde mental. Nesse sentido, notamos ser importante para a promoção do bem-estar e da vida em liberdade a conjunção de diversos desses fatores, não apenas um.

“ Meu nome é Edjane Maria Vieira. Eu moro em residência terapêutica também. Tomo remédio controlado também e faço atividade por semana, faço bolsa de pano, faço flores com caixas de ovos. Eu gostei muito de vir pra aqui, gostei muito de vir para esse lugar, para essa residência mista, amei vir para essa casa de residência [...].”

Além do cuidado, dos serviços territoriais, da moradia, o **acesso à renda** mostra-se essencial, seja por meio de projetos de geração de renda, seja pelo cadastro em programas de benefícios sociais, como o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC) e o PVC.

Germânio fala-nos da importância disso para o seu dia a dia, destacando que a renda, para além do poder de compra, possibilita-o circular na rua e fazer escolhas.

“Aqui a gente pode sair [...], assim a gente pode comprar as coisas, a gente compra roupa, eu compro roupa, alguns aqui compra roupa, compra as coisas na rua, compra coisa de comida na rua, come na rua.”

De alguma forma, o que está sendo enfatizado pelas pessoas interlocutoras é que o acesso ao trabalho e à renda somado à moradia permite concretamente vivências diversificadas e inserção social. *Mário Moro* expressa isso na sua narrativa:

“E as oficinas terapêuticas? Cadê o projeto de inclusão, inserção social? [...] A importância de investimentos em inserção, de inclusão social, de geração de trabalho e renda, não tem como se fazer saúde mental sem que isso ocorra!”

A inclusão econômica, na perspectiva da inserção social por meio de programas de geração de trabalho e renda, é fundamental. Quando os direitos são efetivamente restituídos pela articulação do cuidado, da moradia e do acesso a trabalho e renda, as pessoas em processos de desinstitucionalização passam a definir, por si, o que querem.

**Como sustentar as ações que restituem direitos e desejos?
Vejamos o que as pessoas referem sobre isso.**

2. 1. 3 DIMENSÃO DA SUSTENTABILIDADE

Nesta dimensão, podemos observar o quanto a reciprocidade permitida pelo processo de desinstitucionalização, ou seja, o reconhecimento das pessoas entre si, produz mudanças na forma como elas se relacionam, enxergam a sociedade e se posicionam no mundo. Dessa forma, trazemos agora temas relevantes que, ao mesmo tempo que são frutos do processo de desinstitucionalização, articulam e reforçam a vida nos territórios, a saber:

- protagonismo;
- autonomia;
- criticidade;
- cidadania.

Entendemos que a condução da própria vida e a participação nas definições sobre si e para si traduzem o que chamamos de **protagonismo**. As pessoas em reabilitação assistida saem da condição exclusiva de “pacientes” para a condição de pessoas, em que estabelecem as mais diversas trocas, desde a participação na concepção da política pública, até o envolvimento com os mecanismos de controle social. Vejamos o que *Mário Moro* e *Dirceu*, respectivamente, nos falam:

“Tem aqueles, como eu também, que muito colaborou na parte política da coisa, de discussão e conferências, em conselhos municipais da saúde e mobilização, para que isso, que isso se efetivasse de fato, certo? [...] Então, gente, nós temos que ir com as nossas vozes, reforçar, mostrar diante da voz do usuário que não é isso que a gente quer, o que é que a gente quer, um tratamento humanizado.”

“Eu sou Dirceu, eu sou oficineiro de serigrafia do Geração POA. Também, atualmente, sou coordenador do conselho local de saúde do Geração POA, atualmente também estou como vice-coordenador da Comissão de Saúde Mental do município de Porto Alegre, do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. O Conselho Nacional de Saúde, tá? Ele já convocou a Conferência Nacional de Saúde Mental para maio do ano que vem. Estão acontecendo, estão acontecendo as conferências populares de saúde, né? Nos territórios, daqui a pouco, as instâncias estaduais e municipais. Então que todos nós possamos engajar nessa frente ampliada, que está distribuída em todo o país, todos os territórios, todos os municípios. Participar e construir essas propostas. A gente precisa se mobilizar [...]. Então, a gente tem que se mobilizar. O Mário tá falando que ele participou do Conselho Estadual de Saúde lá em São Paulo. Eu indico ainda mais, Mario, assim como eu e alguns colegas da Geração POA, a gente participa da Comissão de Saúde Mental no município, porque é no município que a gente mora, no município que a gente decide as coisas, a gente tem... a Comissão de Saúde Mental, a gente tem vários pareceres, que já foi entregue na mão da gestão e a gente continua lutando pelos

nossos direitos, pela política pública de saúde mental que a gente acha o viés correto, que tem que ser, nada tá sendo inventado [...]. Então, assim, a gente tem várias formas de poder estar construindo, as políticas públicas, as sugestões estão aparecendo no Conselho Municipal de Saúde, nas comissões de saúde mental dos municípios.”

Vemos referências das pessoas interlocutoras à possibilidade de exercerem diferentes papéis, para além do de pessoas em sofrimento mental e usuárias da RAPS, mas de trabalhadores, de protagonistas políticos, de escritores, de estudantes, com possibilidades reais de escolherem futuros antes impensáveis, conforme nos dizem *Germânio* e *Roque*, respectivamente:

“ Eu tô fazendo até faculdade! Eu tô fazendo faculdade de publicidade. Tô indo muito bem na faculdade.”

“ Também fiz faculdade, fiz metade do curso de história, metade do curso de sociologia, escrevi, né? Publiquei mais de 50 livros que estão aí no meu *site*, e o laboratório para essa escrita dos livros foi o controle social, o Fórum Gaúcho de Saúde Mental, a RENILA [Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial] e outros assuntos que eu tenho feito aí nesse período, e eu me considero sempre aprendendo, né? Um eterno aprendiz, era isso!”

O protagonismo é fruto da **autonomia**, que se constrói ao longo do processo de desinstitucionalização. A experiência de acesso às possibilidades múltiplas de negociação aumenta a **criticidade** sobre si e sobre o mundo e o poder de decisão.

Vejamos a narrativa de *Mário Moro* ao tratar da questão do uso de drogas e dos tratamentos vigentes no nosso país. Ele faz uma importante articulação do agravamento dessa situação com a perspectiva racial.

“ Lá no Rio de Janeiro, sobre a questão também da represália, tudo, do negro, usuário de dependência química, tudo, que a gente tem que entender que, apesar de tudo, são pessoas, sujeito de direito e que, apesar de tudo, não merece essa forma, dessa forma que estão aí tentando fazer isso tudo, certo?”

Ao longo deste capítulo, podemos observar que as pessoas interlocutoras, de alguma forma, apontam, ao problematizar a realidade, as marcações imbricadas de gênero, raça e classe. Anteriormente, vimos como as mulheres retrataram as especificidades das violências postas a elas dentro do manicômio. Agora, *Mário Moro* nos traz a questão racial.

Mesmo que os exemplos dos trechos de falas destacados se refiram a um aspecto, entendemos que os marcadores gênero, raça e classe fazem parte de uma dinâmica interseccional, como marcações indissociáveis e que regulam a intensidade e

configuração das opressões às quais as pessoas são submetidas. De alguma forma, as narrativas das pessoas interlocutoras apontam para isso.

Para Biroli e Miguel (2015), na perspectiva da interseccionalidade, os indivíduos são um ponto de intersecção de diferentes opressões, e essa perspectiva permite apreender a multiplicidade e articulação dos sistemas de dominação e como estes restringem ou potencializam as trajetórias das pessoas. Ainda sobre o olhar crítico em torno da realidade, podemos destacar a seguir a narrativa de *Roque*, ao tratar da diferença entre os modelos de abstinência e de redução de danos, como também da atual política voltada para a questão de álcool e outras drogas. *Roque* aponta para as disputas presentes no campo do cuidado às pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas.

“ É bem importante a questão da redução de danos, né? A política que já se tem há muito tempo. É uma, é a política mais certa aí para questão de álcool e outras drogas, que é essa a questão da redução de danos, porque a abstinência é uma coisa ultrapassada, que não funciona [...]. Então eu acho que é interessante deixar registrada essa questão da necessidade de ampliação da redução de danos, era isso.”

O posicionamento crítico e participativo em relação ao que diz respeito à vida em sociedade traz o **exercício de direitos** como uma questão central. Para as pessoas interlocutoras, há a consciência de que são **cidadãs** e de que a condição psicopatológica, seja ela qual for, se existir, não pode violar o direito das pessoas. Vejamos o que nos diz *Dirceu*:

“ E também tem que se engajar, e assim, o estigma, a gente é paciente do SUS, a gente não pode ser considerado paciente, a gente tem que se posicionar como usuário do SUS [...]. Na verdade, as pessoas, elas são sujeitos de direitos, elas têm direito ao trabalho, elas têm direito à cidade, elas têm direito à cultura, é assim de ir e vir, de amar, de estudar, de trabalhar, de morar com qualidade, recuperar esses vínculos familiares [...].”

A narrativa de *Dirceu* traduz bem os princípios e as proposições garantidas pela Lei Federal nº 10.216/01 (BRASIL, 2001) e pelas demais normas que amparam a Reforma, conforme elencado no capítulo anterior. Compreendemos que as narrativas apresentadas neste capítulo, ao se debruçarem sobre a realidade, além de apontarem os retrocessos no âmbito da política de saúde mental, especificam o componente econômico que atravessa e determina as disputas em torno da substituição do modelo manicomial e dos recursos públicos.

2. 2 A PERSPECTIVA ECONÔMICA

Os retrocessos na política de saúde mental também foram parte do debate com as pessoas interlocutoras e autoras deste capítulo. As experiências de vida, mediante vivências de protagonismo e inserção social, permitiram a produção de refle-

xões críticas quanto ao momento de produção deste documento (2022) da política nacional de saúde mental.

As pessoas participantes da roda de conversa reafirmaram os princípios do SUS para a atenção psicossocial, além de sinalizarem, precisamente, em que consistem esses retrocessos. Vejamos as narrativas de *Dirceu* e *Mário Moro*, respectivamente:

“ E a política pública 10.216, ela preconiza que os serviços do SUS, privados, eles são complementares! Então, isso é uma exceção da regra, o problema que a política pública atual do desmonte tá transformando a exceção em via de regra. Então, a gente tem que combater isso, por exemplo, a política de não promoção de concurso público, e apenas terceirização, privatização, a gente tem que dizer um basta sobre isso, né? E eu quero dizer o seguinte, o CAPS hoje, o desmonte que tá acontecendo, ele tá sendo bloqueado.”

“ Inclusive pressionar esse governo, que ele não deve só pensar em investir em comunidades terapêuticas sendo a alma do negócio tudo. Cadê a habilitação de outros serviços nossos que está tudo parado lá em Brasília, de mais CAPS, mais unidades de acolhimento [UA], mais repúblicas terapêuticas, isso aí. Ô nem pensaram nisso aí, que é só um olhar do fator de internação e de serviços de comunidades terapêuticas. Então só pensam nisso!”

Tanto *Dirceu* como *Mário Moro* denunciam o quanto as proposições realizadas desde 2016 pela política nacional de saúde mental vão de encontro às referências da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e às necessidades dos usuários. Registram o desfinanciamento dos serviços territoriais, a ênfase dada ao modelo asilar com a inserção do hospital na RAPS, o não diálogo da gestão federal com os usuários quanto às suas necessidades e a violação das proposições da Lei Federal nº 10.216/01 (BRASIL, 2001).

Dirceu, especificamente, aponta as preocupações em torno da disputa econômica dentro do sistema. De complementar, o setor privado passa cada vez mais a receber recursos financeiros, desviando, portanto, aquilo que deveria ser aplicado em serviços públicos. Isso produz consequências nefastas para a rede: terceirização e precarização dos vínculos e das condições de trabalho. Vejamos o que *Dirceu* nos diz:

“ Eles estão com a visão capitalista, médico-centrada. Ela tá muito forte, tá cada dia mais organizada. [...] Recebeu muito dinheiro, são milhões de reais que a gente está falando, gente, porque tem toda uma indústria por trás de tudo isso.”

As narrativas anteriores apontam uma associação direta do modelo de atenção aos interesses de determinados seguimentos que parecem ser valorizados e legitimados pela atual gestão do governo federal no tocante à política nacional de saúde mental.

Sobre isso, *Mário Moro* leva-nos a concluir que a loucura foi e é lucrativa para o setor privado e que a permanência de tratamentos coercitivos, através das instituições com características asilares, sustentam esse setor, o que é bastante preocupante, dada a aplicação de recursos públicos em tratamentos que não contribuem para uma efetiva reabilitação na perspectiva dos direitos humanos.

“ Uma política mercantilista, que querem lucrar em cima da loucura e da abstinência dos usuários, porque imagine só o quanto que não proporciona de lucro para essas instituições religiosas, que estão hoje gerenciando as comunidades terapêuticas, cada usuário que, assim, fica lá é internado e fica nela, agora como é que me pode?”

Em concordância com essa narrativa, *Roque* refere que o manicômio apresenta várias roupagens e que, na atualidade, são as comunidades terapêuticas que estão mais incisivamente nas disputas das quais aqui falamos.

“ Hoje, o grande manicômio são as comunidades terapêuticas, como falou o intercessor aí. Hoje tá sendo aumentado a quantidade de comunidades terapêuticas credenciadas pelo Ministério da Saúde.”

As mudanças impostas pela atual gestão da política nacional de saúde mental baseiam-se em um modelo de Estado mínimo, como problematizamos no capítulo 1. Identificamos a necessidade de se monitorar as mudanças impostas para adoção de estratégias mais adequadas, a fim de evitar desmontes de serviços públicos. No caso dos serviços da RAPS, também é importante evitar os retrocessos das estratégias de cuidado.

Com a disputa de modelos assistenciais em jogo, é necessário reafirmar do que se trata e como se pode compor, nos territórios, redes potentes. Sobre isso, abordaremos a seguir, na perspectiva ético-política, as razões para o fechamento dos HP e HCTP e para o desenvolvimento de processos de desinstitucionalização.

2.3 A PERSPECTIVA ÉTICO-POLÍTICA

Como apontamos anteriormente, há retrocessos em curso induzidos pela gestão vigente do governo federal. A disputa, no que se refere ao modelo assistencial, produz também implicações econômicas para o sistema e para a RAPS.

Verificamos nas narrativas preocupações com antigos problemas herdados do modelo manicomial que, no ano de produção deste documento (2022), se intensificam ou, muitas vezes, se reproduzem com roupagens diferentes.

Ao abordarmos a perspectiva ético-política, queremos tratar da necessária resolutividade da atenção psicossocial, considerando os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, mas, principalmente, a problematização da realidade vigente, no sentido de atentar para que a lógica manicomial não se reproduza nos contextos territoriais. Para isso, o grupo de pessoas interlocutoras apontam-nos algumas reflexões que justificam, numa perspectiva ético-política, as razões pelas quais é preciso fechar hospitais e desinstitucionalizar pessoas. Algumas dimensões mencionadas são tratadas como ameaças, outras como possibilidades e outras como necessidades, no âmbito da desinstitucionalização. Falamos aqui de:

- reprodução da lógica de controle;
- metodologias de cuidado emancipatórias;
- pandemia e suas implicações.

2. 3. 1 A REPRODUÇÃO DA LÓGICA DE CONTROLE

Ao problematizarem os retrocessos da realidade atual, as pessoas interlocutoras identificam os desdobramentos do modelo asilar da “nova política de saúde mental” na contemporaneidade (2022). Referem o quanto essas proposições ultrapassam os muros institucionais e configuram ameaças que podem interferir, minar os processos territoriais de cuidado. *Mário Moro* sistematiza bem essa preocupação ao falar:

“ É outra coisa diferente, vamos ficar atento diante disso, mas nós precisamos e podemos, sim, aproveitar das nossas vozes. Tudo nesse espaço de tempo do 18 de maio, tudo, para mostrar para a sociedade, porque, senão, eles ficam lá fazendo live, fazendo vídeos, tudo, dizendo de quem é essa que chamam de uma nova política. Porque como é que me pode duas ou três portarias e, com isso, já disse, mudou tudo na nossa política? Como é que me pode mudar em algumas portarias, inclusive alguma delas que foi a que trouxe HP e comunidade terapêutica para fazer parte da rede de atenção psicossocial [...].”

Ante tais preocupações, dois recortes são feitos nas narrativas dos nossos interlocutores: os riscos da ECT e da hipermedicalização. *Roque*, por exemplo, expressa sua indignação com o retorno de certa valorização, dentro do SUS, da ECT:

“ O ano retrasado foi colocado daquela questão da nota técnica aí do ECT, né? Não tem cabimento isso. Os próprios estudos mostram que o ECT precisa ser acompanhado por um anestesista, um profissional na área de cardiologia e outras áreas também, né? E não tem comprovação científica a longo e médio prazo da ECT, isso é interessante saber!”

Lembremos que a ECT é uma prática há muito tempo contestada, principalmente pelo seu caráter invasivo e de muitas divergências científicas, ou seja, de inconclusões quanto à sua indicação, contraindicação e eficácia terapêutica (SILVA; CALDAS, 2008).

A ECT constituiu, historicamente no Brasil, castigo dentro dos manicômios, denunciada pelo seu uso indiscriminado, por várias pessoas que passaram por internações em HP. Não há consenso quanto ao seu uso e parece que a preocupação dos nossos interlocutores paira na ênfase dada a esse recurso na Nota Técnica nº 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS (BRASIL, 2019c), discutida no capítulo anterior.

A hipermedicalização, herdada como prática do modelo manicomial, aparece também nas narrativas. Nossos interlocutores

problematizam o lugar da medicação para lidar com o sofrimento psíquico. Sobre isso, *Mário Moro* diz:

“ A importância da gente pensar sobre a questão da droga lícita e da droga ilícita: se torna tudo um usuário de droga lícita, que são os remédios que a gente toma, né? Né, gente? Remédios são drogas lícitas, né? Então, se uma pessoa fica muito subordinada ao medicamento por um longo tempo, o organismo dele, o cérebro dela fica tudo viciado nessa droga lícita, e aí o que que acontece?”

Tal observação de *Mário* remete-nos a pensar sobre as análises de Freitas e Amarante (2015), quando problematizam a hipermedicalização em psiquiatria e apontam para consequências individuais e sociais dessa estratégia de controle dos corpos, utilizada enfaticamente pela psiquiatria biológica na relação que estabelece com a indústria farmacêutica.

Observemos que tanto *Roque* como *Mário Moro* enfatizam o quanto os retrocessos da política nacional de saúde mental em curso trazem no seu bojo ameaças. No momento em que há uma desaceleração dos investimentos federais na RAPS, conforme dados apresentados pelo *Desinstitute* (2021), e uma indução oficial para implantação de ações de saúde mental ambulatoriais, indiretamente se ampliam as brechas para o maior uso de recursos voltados para a contenção dos sintomas, do que propriamente para o cuidado integral e a reabilitação psicossocial das pessoas.

Nesse sentido, nossos interlocutores alertam para olharmos como se recompõem as velhas estratégias de controle dos corpos, com um discurso de modernidade e tecnologia. É com essa roupagem que as alusões à ECT e aos fármacos vêm sendo retomadas com maior ênfase na contemporaneidade. Tais provocações trazem a necessidade de que, no âmbito das políticas públicas, decisões referentes à implantação e à expansão da rede coloquem-se na pauta da sociedade e do Estado, não apenas numa perspectiva técnico-assistencial, mas principalmente ético-política.

Se a reprodução da lógica de controle dos corpos precisa ser combatida enfaticamente, em contrapartida nossos interlocutores apontam para a necessidade do desenvolvimento de tecnologias de cuidado imbricadas com o exercício de direitos.

2. 3. 2 METODOLOGIAS DE CUIDADO EMANCIPATÓRIAS

As estratégias consolidadas das RAPS apareceram, reafirmadas em sua potência, mais uma vez, por serem elas experiências vivas e vividas pelos nossos e nossas interlocutoras. Nessa dimensão, deparamo-nos com relatos que ratificam determinadas metodologias de cuidado que, baseadas na convivência e no vínculo, se opõem àquelas que operam na dimensão do controle dos corpos, a saber:

- referência técnica;
- PTS;
- estratégias de reabilitação psicossocial.

A **referência técnica** de uma pessoa é desenvolvida por profissional da rede com quem se estabelece mais fortemente o vínculo e com quem se constrói conjuntamente os caminhos para o percurso de cuidado e de reabilitação. É a referência técnica que apoiará diretamente a pessoa na retomada da sua vida em liberdade.

Sobre isso, *Sandra Mara* compartilha o início de sua experiência, após a saída do HP:

“ “ Aí, ganhei a vaga na pensão, eles começaram a fazer um trabalho, entrei no CAPS, né? E aí comecei a ficar em CAPS direto, e a Vera Leonarde sempre dizendo: ‘tu consegue, tu pode!’”

Podemos observar nessa narrativa o quanto um acompanhamento marcado pela relação de proximidade, confiança e apoio produz repercussões importantes para Sandra. O que nos faz retomar as premissas da clínica desenvolvida no âmbito da desconstrução manicomial: o direito de ir e vir, a interação com a cidade, o acesso ao cuidado em liberdade e, consequentemente, o protagonismo da própria vida.

Ter um projeto terapêutico comprometido com o projeto de vida das pessoas permite que elas alcem voos importantes nos seus territórios geográficos e existenciais. *Sandra*, referindo-se a uma discussão técnica sobre seu caso com a equipe do CAPS e o supervisor clínico institucional do serviço, afirma:

“ “ Falou como seria meu tratamento dali para diante, né? E, olha, eu digo para vocês que ele poderia ter chegado uns 20 anos antes! [...] Eu ganhei alta no ano seguinte no CAPS. Tô na rede básica, sou usuária do Sistema Único de Saúde, não de saúde mental, né?”

Podemos acompanhar, pelas falas, como a desinstitucionalização se dá de forma processual, cuja dinâmica se atualiza a cada dimensão do **projeto terapêutico singular**. Dito de outra forma, a cada dimensão da vida em liberdade.

De maneira muito confluyente, surgiram questões e relatos do cotidiano de cada pessoa participante da roda de conversa que reforçam a importância da articulação permanente de estratégias, em que a convivência e o uso de múltiplas linguagens (as possíveis para cada pessoa) são centrais.

Assim, as **estratégias de reabilitação psicossocial** se fazem em ato, nos encontros, nas trocas, nas diversas atividades terapêuticas, como um desenrolar de um novelo, em que, aos poucos, materializa-se de outro jeito.

Satílio e *Dirceu*, respectivamente, traduzem tais análises com suas narrativas:

“ “ O CAPS, a última vez que eu fui lá, foi para desenhar e pintar e fazer exercício, né, com a Débora. Na sexta-feira que vem agora, desta semana, dia 14, eu vou ir lá fazer exercício. E o ateliê, meus quadros no ateliê tem bastante, né? Eu antigamente, em 2015, antigamente eu ia para São Paulo, comprava 20 telas, 18 telas, trazia sozinho para casa, né. Aí, na segunda-feira, trazia os quadros né. Quando chegava em 2, 3 dias, 4 dias, tava pintada todas as telas, a óleo. O preço dos quadros é tabelado, né? Tabela dos preços que trabalho.”

“ “ A gente tinha que criar, por exemplo, centros de convivência, onde atividades culturais, venda de produtos, produção, uma renda e inclusão social e trabalho em coletividade, tinha também que ser criado, porque alguns municípios do Brasil têm o serviço de residenciais. [...] tá falando de serviços de convivência, centros de convivência, serviços de centro de convivências, lugar que as pessoas podem conviver, pode produzir, pode vender o seu produto, organizar várias festas para também arrecadar, rifas, vários eventos que são inclusive de que são além de relação para cidade, várias pessoas diferentes aprender se convive, gera uma renda, né?”

As estratégias levantadas sinalizam para além de atividades artesanais recreativas ou educativas. Apontam como a geração de trabalho e renda, articulada a outros espaços de trocas afetivas e sociais, é importante para um reposicionamento objetivo e subjetivo das pessoas nos seus contextos de vida. O capítulo 4, ao abordar o direito à cidade e ao cuidado em liberdade, voltará a explorar melhor tais dimensões.

Entre as problematizações e o levantamento de razões para justificar o porquê de fechar hospitais e desinstitucionalizar pessoas, nossos interlocutores ainda nos falam dos desafios atuais ante o contexto pandêmico e suas repercussões para a saúde mental.

2. 3. 3 A PANDEMIA E SUAS IMPLICAÇÕES

A pandemia da COVID-19 impactou a dinâmica de serviços e das relações. Nas narrativas dos nossos interlocutores, identificamos basicamente duas implicações.

Uma primeira implicação diz respeito àquela que afetou diretamente a vida das pessoas inseridas em processos de desinstitucionalização, no que se refere à mudança das rotinas de convivência, tão necessárias para sua reabilitação psicossocial. A questão do distanciamento social é tratada pelos nossos interlocutores como algo que atingiu diretamente as relações sociais e familiares. *Tatiana*, moradora de um SRT, ao tratar da relação com a família, diz:

“ “ Agora ela não tá podendo, agora ela pode, só que ela não vai poder. Sabe por quê? Por causa da pandemia! Ela não tomou a vacina ainda! Mas, assim, quando ela tomar a vacina, eu vou lá visitar ela, visitar ela, meu irmão, minha sobrinha, meu sobrinho.”

A segunda implicação remete aos desdobramentos sanitários, pensando o agravamento do sofrimento psíquico das pessoas em geral. Vejamos o que *Mário Moro* nos diz:

“ “ Precisamos lembrar também a importância da saúde mental dentro desse momento de pandemia. Vocês imaginam só quantos e quantas pessoas que nunca

tiveram antes com problema de transtorno mental, mas que, hoje, devido à problema de desemprego ou de gente da família ter se contaminado ou ter perdido membros da família por causa do COVID-19. Isso não abala psicologicamente?”

Mário Moro reforça o que a OMS, em seu documento The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment (WORLD..., 2020), tem apontado: a necessidade de qualificar e intensificar os cuidados em saúde mental para cuidar das pessoas durante e após o contexto pandêmico. Ele contextualiza bem os determinantes sociais que atravessam o sofrimento contemporâneo: as perdas de pessoas queridas, o medo do adoecimento e o desemprego.

Ante as reflexões apresentadas até aqui, seguimos com a sistematização de elementos ressaltados como essenciais nas narrativas das pessoas interlocutoras, os quais consideramos que constituem recomendações importantes para a desinstitucionalização.

2. 4 RECOMENDAÇÕES PARA O TRABALHO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Como forma de sintetizarmos toda a discussão realizada na roda de conversa que fundamentou a construção deste capítulo, delineamos doze recomendações:

- I. nada justifica a entrada e a permanência das pessoas no manicômio, porque esse é um lugar de violência e sofrimento;
- II. faz-se necessário retirar as pessoas do manicômio, mas não só retirar, como também dar as condições necessárias para viver fora “porque é uma nova vida”;
- III. essa nova vida requer se habilitar e desenvolver recursos para a convivência fora das instituições. A saída do manicômio representa, inicialmente, algo que assusta, requerendo um período de adaptação ao cotidiano de convívio social. Por isso a importância de retirar as pessoas da instituição e oferecer apoio e cuidado na perspectiva de ampliar a rede de relações e restituir direitos;
- IV. a saída do manicômio implica protagonismo da própria história. Para tanto, deve incluir o direito ao trabalho, a relação com outras pessoas, o exercício religioso, a moradia, a educação e o lazer. Nesse sentido, o SRT tem um peso muito importante, assim como o acesso à cultura, à atenção à saúde, ao trabalho e à renda, aos estudos;
- V. é importante não só retirar as pessoas do manicômio, mas também interromper a entrada delas, especialmente a de crianças;
- VI. em relação ao direito à saúde, é preciso defender o SUS e a RAPS para garantir o cuidado no território (pela atenção primária e pelo CAPS), com o suporte do SRT e o desenvolvimento do PTS, no sentido de fazer pontes com a cidade;
- VII. a intersetorialidade – a articulação entre saúde, assistência social e outras políticas sociais;
- VIII. algumas famílias ainda têm o manicômio como uma referência. Então, fazer o trabalho da desinstitucionalização é também trabalhar com a família;
- IX. a passagem pelo manicômio produz muito sofrimento a todas as pessoas, mas, no caso das mulheres, há especificidades: a violência sexual, a experiência da gravidez no asilo e a perda do direito ao exercício da maternidade;

X. é preciso atentar para o desmonte da política pública, para os retrocessos produzidos pelo atual governo federal e para as outras formas de institucionalização, especialmente no ano de produção deste documento (2022), que se dão dentro das comunidades terapêuticas;

XI. é importante extinguir os manicômios e criar uma realidade sustentável fora deles, para que as pessoas possam estar no território e ser cuidadas de outro jeito, com a garantia de um acompanhamento psicossocial na RAPS;

XII. é fundamental a mobilização e participação dos usuários e das usuárias da RAPS nos espaços de controle social, dentro dos municípios. É no município que as ações acontecem e no engajamento em conselhos gestores das unidades, conselhos de saúde, nas conferências (sejam elas institucionais e/ou populares de saúde), nos movimentos em torno das grandes discussões e debates de saúde mental.

Assim ecoam as vozes das pessoas inseridas em processos de desinstitucionalização, com delicadeza, afeto, vida, descoberta, respeito e reciprocidade. Ensinam-nos o porquê de fechar manicômios e desinstitucionalizar pessoas.

Como uma colcha de retalho, cada fala, cada pontuação, produz a evidência viva e real do que é a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial na vida das pessoas. São mais de 40 anos produzindo evidências.

As narrativas dos nossos interlocutores e interlocutoras foram registradas em vídeos, produzidos pelo Desinstitute. Para vê-las na íntegra, acesse o canal do Desinstitute no [YouTube](#).

Vejamos, a seguir, como operacionalizar os processos de desinstitucionalização nos territórios.



3. A operacionalização dos processos de desinstitucionalização: estratégias de gestão

Capítulo 3

Ao analisarmos os diferentes relatos de experiências de desinstitucionalização, observamos que, historicamente, as induções financeira, técnica e política no âmbito nacional foram fundamentais. Entretanto identificamos também que a decisão política e a capacidade de operação concreta com relação à desinstitucionalização sempre foi protagonizada pelos municípios, com maior ou menor apoio dos estados, a depender da região.

Assim, fica evidente que não há outro caminho senão a atuação proeminente das forças locais de cada região do país. Mesmo os processos de fechamento de hospitais que se deram por intervenção federal demandaram certo grau de operacionalização dos municípios, especialmente na construção da rede substitutiva local.

A atuação das gestões estaduais e municipais de saúde torna-se ainda mais necessária quando nos deparamos com os retrocessos desencadeados no âmbito nacional desde 2015.

Quais as reais responsabilidades e possibilidades do ponto de vista político, financeiro e de gestão de processos de desinstitucionalização que os sujeitos políticos locais têm e/ou podem desenvolver?

A experiência nos territórios, ao mesmo tempo que revela os obstáculos e limites postos por problemas de financiamento, de investimentos políticos e decorrentes do contexto pandêmico, aponta que a RAPS se mantém com proposições e inventabilidade e que os processos de desinstitucionalização de pessoas internadas em HP e em HCTP ainda continuam a acontecer.

Vale destacar que, quando falamos de processos de desinstitucionalização, estamos apontando a necessidade de desenvolver ações que possam ir para além da desospitalização, conforme vimos no capítulo 1. Nesse sentido, dois imperativos colocam-se: fechamento de leitos em instituições com características asilares e organização de rede territorial.

Dessa forma, apontamos neste capítulo **dois eixos operacionais** que consideramos essenciais para a organização dos processos de desinstitucionalização nos territórios, seja para retirar pessoas institucionalizadas dos HP ou dos HCTP, seja para interromper a institucionalização de novas pessoas nesses manicômios. São eles:

EIXO OPERACIONAL I:
**FECHAMENTO DE HOSPITAIS PSIQUITRÍ-
COS E DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO
PSIQUIÁTRICO**



EIXO OPERACIONAL II:
**ARTICULAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA REDE
DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, DE
FORMA INTERSETORIAL E COMUNITÁRIA**

Acreditamos que esses eixos podem configurar uma linha guia para possíveis atuações dos diversos segmentos locais. Embora os eixos propostos sejam indissociáveis entre si, as estratégias vinculadas a eles não constituem etapas a serem seguidas cronologicamente, mas proposições que precisam ser consideradas e desenvolvidas em um plano singular de cada localidade.

Que tal percorrer esses eixos pensando sobre a sua realidade e sobre as intervenções possíveis quanto aos processos de desinstitucionalização na sua cidade e/ou no seu estado?

3. 1 EIXO OPERACIONAL I: FECHAMENTO DE HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS E DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

A necessária direcionalidade para o fechamento dos hospitais nos processos de desinstitucionalização configura-se como um eixo central e demanda **decisão política**, uma vez que só assim é possível vislumbrar diferentes caminhos para que a gestão entre na unidade hospitalar e se debruce sobre os vários problemas advindos do processo de institucionalização psiquiátrica.

A decisão política em prol de processos de desinstitucionalização está diretamente associada ao poder e à posição dos agentes do Executivo que compõem as instâncias do SUS, especialmente aqueles que têm a condição de gestão plena do sistema. Essa tomada de decisão consiste em realizar abordagens relativas:

- ao lugar simbólico e imaginário que a instituição com característica asilar ocupa no meio social;
- aos melindres decorrentes das relações políticas que a instituição com característica asilar pode apresentar no território onde está inserida;
- às negociações dos recursos financeiros necessários para efetivação dos processos de desinstitucionalização;
- ao estabelecimento de cuidados e à viabilização de possibilidades concretas de retirar as pessoas do hospital para a vida comunitária, o que remete sempre a uma mediação com diretores, corpo técnico dessas instituições e familiares das pessoas institucionalizadas.

✱ Cada uma das dimensões anteriormente citadas apresentará graus diferentes de dificuldades que dependerão de múltiplos fatores, a saber: da configuração do hospital (se público ou privado), do alinhamento político no âmbito da gestão em torno da concepção da desinstitucionalização e, por fim, da intensidade das forças existentes nos territórios, aquelas contrárias e favoráveis ao processo de desinstitucionalização.

Dai a importância da decisão política, porque ela garante um contínuo de ações e intervenções que podem até ser modificadas quanto à sua metodologia, mas sempre na perspectiva de garantia da efetivação do processo em curso.

A experiência brasileira e os consensos internacionais¹⁶ apontam a decisão e a habilidade política como elementos-chaves nos processos de desinstitucionalização. Isso pressupõe uma capacidade:

- de análise da situação e das forças envolvidas;
- de otimização do tempo e das brechas favoráveis que emergem das realidades locais para alavancar processos dessa natureza;
- de flexibilidade para efetivar mudanças ante as demandas situacionais e, o mais importante, de materializar essa capacidade em estratégias concretas que possam produzir a transformação da realidade.

No ano de 2000, denúncias de diferentes entidades organizadas através da I Caravana Nacional de Direitos Humanos (Ordem dos Advogados do Brasil – OAB, representantes do Legislativo nacional e da Luta Antimanicomial, Conselho Federal de Psicologia e Ministério Público) foram fundamentais para colocar a pauta da desinstitucionalização na agenda política.

Toda decisão política ocorre nas mediações que se dão entre o Estado e a sociedade. É preciso que representantes da sociedade civil e operadores do sistema de Justiça possam pautar o problema da “institucionalização no âmbito da psiquiatria” para chamar o Poder Executivo à sua responsabilidade.

Como podemos observar, o fechamento do HP e HCTP engendra um emaranhado de questões. Portanto, tentaremos agora articular, para cada um dos hospitais mencionados, possíveis estratégias operacionais, pelas possibilidades legais, normativas e de financiamento disponíveis no Brasil. Destacamos que tais estratégias não são lineares e sim complementares entre si, podendo, com base na singularidade da região, compor com maior ou menor ênfase o conjunto de ações necessárias para efetivação do fechamento dos hospitais.

3. 1. 1 FECHAMENTO DE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Como ponto de partida, há de se destacar que o fechamento do HP não representa desassistência. Ao contrário, é fator decisivo para que o recurso destinado pelo poder público a essas instituições possa ser redirecionado para a RAPS e seus serviços comunitários, produtores efetivos de saúde e de respeito aos direitos humanos.

No que se refere ao fechamento de leitos existentes em HP, é preciso lembrar que estamos falando de instituições financiadas pelo SUS, sejam essas públicas ou filantrópicas/privadas conveniadas ao sistema público. Em ambos os casos, conforme a legislação do SUS, os gestores apresentam governabilidade direta para cumprimento dessa premissa. A Portaria GM/MS nº 2.840/2014 (BRASIL, 2014a), no seu artigo 18, aponta objetivamente tal direcionamento:

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

Como vimos no capítulo 1, há embasamentos técnicos e legais específicos, sistematizados por portarias ministeriais, voltados para o progressivo fechamento de HP e sua substituição por uma rede de serviços territoriais. Entretanto é preciso que os atores de cada localidade desenvolvam um planejamento singular, de acordo com seu contexto.

Dessa forma, destacamos a seguir quatro estratégias operacionais que podem ser desenvolvidas por diferentes segmentos no território, assim como as diretrizes ou linhas de ação que compõem cada uma delas.

¹⁶ Registrados em documentos elaborados pela Fiocruz e Fundação Calouste Gulbenkian (2015), OMS (WORLD...; GULBENKIAN..., 2014) e OPS (2020).

Estratégia I: inspeções, vistorias e avaliação dos hospitais quanto às garantias de direitos humanos e normativas assistenciais	As diretrizes desta estratégia apontam para a atuação do gestor local, envolvimento dos vários setores do SUS e da sociedade civil e uso da metodologia e do instrumento do PNASH e de outras experiências de inspeção, especialmente a inspeção nacional realizada em 2018, com base, entre outras, na metodologia do QualityRights.
Estratégia II: regulação das internações psiquiátricas e fechamento da porta de entrada do hospital	a. controle das internações e da porta de entrada do hospital; b. monitoramento da internação, quando essa ocorrer; c. Comissão Revisora de Internação Involuntária; d. fechamento da porta de entrada do hospital.
Estratégia III: realização de gestão pública clínica ou clínico-administrativa do hospital, na perspectiva da desinstitucionalização	a. decisão e ação de desinstitucionalização sem intervenção; b. intervenção judicial e técnica: - requisição parcial de serviços; - termo de ajustamento de conduta.
Estratégia IV: fechamento de leitos psiquiátricos e realocação dos recursos da autorização de internação hospitalar	As diretrizes desta estratégia apontam para o fechamento do leito e a realocação dos recursos da autorização de internação hospitalar para aplicação na RAPS, como também para a transformação da natureza jurídica da unidade hospitalar psiquiátrica.

3. 1. 1. 1 ESTRATÉGIA I: REALIZAÇÃO DE INSPEÇÕES, VISTORIAS E AVALIAÇÃO DOS HOSPITAIS QUANTO ÀS GARANTIAS DE DIREITOS HUMANOS E NORMATIVAS ASSISTENCIAIS

O gestor público local pode e deve realizar avaliações dos HP para conhecer e se apropriar do que existe no seu território e, principalmente, para mensurar os problemas advindos da prática asilar dessas instituições. Tal estratégia produz elementos e respaldo para qualquer tipo de decisão e ação do gestor, na perspectiva de traçar um plano de ação para o fechamento do hospital.

Uma das estratégias mais potentes para esse fim se trata da realização do censo psicossocial das pessoas internadas, que veremos mais detalhadamente no capítulo 4. Nesta seção, focamos a avaliação da unidade hospitalar com base em outros instrumentos no sentido de também respaldar a decisão política. Vale ressaltar que tanto o censo psicossocial como a avaliação da unidade hospitalar não são estratégias dicotômicas. Elas se entrecruzam. Neste documento, as abordagens dão-se em capítulos diferentes para oferecer melhor compreensão ao leitor.

Nesse sentido, pensando em outras formas de avaliação, paralelas ao censo psicossocial, a ação local deve contar com a articulação das equipes da vigilância sanitária, da RAPS e dos órgãos de controle, avaliação e auditoria do município e/ou estado. Além de tais instâncias, a estratégia em questão deve envolver conselhos de saúde, movimentos sociais, opera-

dores de direito e conselhos de classe (quando estes últimos estiverem inseridos nos processos de desinstitucionalização locais).

O Brasil já dispõe de experiências de inspeção e avaliação de instituições com características asilares. Destacamos duas: o PNASH/Psiquiatria e a inspeção nacional realizada em 40 HP no ano de 2018 pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), Ministério Público do Trabalho (MPT) e Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2019).

Como vimos no capítulo 1, o PNASH/Psiquiatria, instituído pela [Portaria GM/MS nº 251/02](#) (BRASIL, 2002a), configurou-se por muito tempo como uma estratégia institucional potente para operacionalização das inspeções e avaliações no âmbito nacional. Seu instrumento, por exemplo, com o estabelecimento de critérios específicos, trouxe em sua pauta elementos norteadores para as avaliações técnicas relativas à assistência hospitalar em psiquiatria, tendo em vista a dignidade humana. Além disso, sua metodologia, tanto no sentido de agregar diferentes atores na operacionalização da avaliação como de mensurar os achados durante a inspeção, em muito pode ajudar a organização de uma atividade dessa natureza no âmbito local.

Já a inspeção nacional tomou como base tanto a experiência do PNASH como as referências da CDPD e do seu instrumento internacional de avaliação de serviços de saúde mental e assistência social – QualityRights. Sobre esse instrumento, consideraram-se os critérios e as normativas de qualidade assistencial pela perspectiva dos direitos humanos, a saber:

1. Direito a um padrão de vida e de proteção social adequado;
2. Direito a usufruir o padrão mais elevado possível de saúde física e mental;
3. Direito a exercer capacidade legal e o direito à liberdade pessoal e à segurança da pessoa;
4. Prevenção contra tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes e contra a exploração, violência e abuso;
5. Direito de viver de forma independente e de ser incluído na comunidade (CFP, 2019, p. 41-42).

Entendemos que essa estratégia de avaliação hospitalar pode ser realizada por diferentes atores (governamentais e não governamentais) e em diferentes esferas federativas.

Nesse sentido, a carta da ONU (1991) “[A Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental](#)”, a [Lei Federal nº 13.146/2015](#) (BRASIL, 2015b) e a [Resolução nº 8/2019 do CNDH](#) (BRASIL, 2019b) recomendam enfaticamente a fiscalização e o monitoramento das instituições com características asilares por parte de um conjunto amplo de segmentos da sociedade.

3. 1. 1. 2 ESTRATÉGIA II: REGULAÇÃO DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS E FECHAMENTO DA PORTA DE ENTRADA DO HOSPITAL

Quando o hospital apresenta concomitantemente leitos de internação de longa permanência e leitos rotativos, pode ser preciso lançar mão de diferentes estratégias de regulação até chegar ao fechamento definitivo de sua porta de entrada e, em seguida, do seu fechamento.

Com base na [Portaria GM/MS nº 1.559/08](#) (BRASIL, 2008a), os processos regulatórios compreendem: **regulação do sistema de Saúde** (definição de diretrizes, execução de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância do sistema das três esferas de governo – municipal, estadual e federal), **regulação da atenção à saúde** (garantir prestação de ações e serviços de saúde de acordo com as pactuações no âmbito do SUS) e **regulação do acesso à atenção** (organização dos fluxos assistenciais).

Geralmente, essa necessidade de desenvolver diferentes estratégias de regulação surge quando o hospital tem uma abrangência territorial ampliada, ou seja, faz internação de pessoas oriundas de diferentes municípios. Nesses casos, o processo

de seu fechamento demanda negociações no Comissão Intergestores Bipartite (CIB)¹⁷.

Desenvolver estratégias de regulação das internações psiquiátricas é essencial para interromper seus fluxos, extinguir o fenômeno da porta giratória (recorrente entrada/saída/entrada das pessoas no hospital), como também diminuir o tempo dessas internações quando elas acontecem.

Dessa forma, as estratégias de regulação no campo da saúde mental, no que se refere ao HP, objetivamente tratam de quatro dimensões:

- A) controle das internações e da porta de entrada do hospital;
- B) monitoramento da internação quando esta ocorrer;
- C) Comissão Revisora das Internações Involuntárias;
- D) fechamento da porta de entrada do hospital.

3. 1. 1. 2. 1 CONTROLE DAS INTERNAÇÕES E DA PORTA DE ENTRADA DO HOSPITAL

Esse tipo de regulação deve ter como principal objetivo o estabelecimento de barreiras para a internação psiquiátrica. É importante nomear um serviço público (municipal ou estadual) que, baseado na legislação e nas diretrizes assistenciais do modelo psicossocial, autorizem ou não as internações em HP, elegendo, sempre como prioridade, os encaminhamentos para os serviços comunitários.

Os serviços comunitários, por sua vez, devem manter, nas suas diversas modalidades assistenciais, suas portas de entrada permanentemente abertas para acolher e cuidar das pessoas em situação de crise, substituindo efetivamente a internação no HP.

Importante dizer que a linha de ação em questão está diretamente ligada à decisão e à capacidade de potencialização dos cuidados na rede territorial, a qual discutiremos mais adiante, no eixo operacional II.

Vejamos a experiência (1, 2, 3, 4) de São Bernardo (SP). Entre 2009 e 2017, a cidade instituiu diferentes formas de controle da porta de entrada do HP do município, barrando as internações até o encerramento do convênio com a União, em 2013.

3. 1. 1. 2. 2 MONITORAMENTO DA INTERNAÇÃO QUANDO ESTA OCORRER

Essa ação demanda avaliar as internações realizadas, induzindo a redução do seu tempo de duração e articulando a rede

territorial para receber as pessoas. A Portaria GM/MS nº 2.644/2009 (BRASIL, 2009b), ao tratar, entre outros assuntos, do incentivo financeiro à curta internação, enfatiza tal responsabilidade dos gestores municipais e estaduais.

É importante destacar que, no caso das unidades filantrópicas ou privadas conveniadas ao SUS, para fazer valer as recomendações advindas do referido monitoramento, o gestor público contratante, municipal ou estadual, tem o poder de autorizar ou não o pagamento e a renovação das autorizações de internação hospitalar (AIH). Tal ação é decisiva quando há uma contraposição técnica por parte da equipe do hospital, ante a indicação das altas apontadas pela equipe de monitoramento.

Paralelamente a esse monitoramento, é preciso desencadear um processo de sucessivas negociações para diminuição progressiva e planejada dos leitos em HP. Para isso, pode-se tomar como respaldo as referências do PRH, instituído através da Portaria GM/MS nº 52/04 e Portaria SAS/MS nº 53/04 (BRASIL, 2004a, 2004b), conforme visto no capítulo 1.

3. 1. 1. 2. 3 COMISSÃO REVISORA DAS INTERNAÇÕES INVOLUNTÁRIAS

Outra forma de regulação importante e que extrapola a atuação do gestor, pela necessidade legal de agregar parceria com o Ministério Público, é a formação de Comissão Revisora das Internações Involuntárias.

Como vimos no capítulo 1, a Lei Federal nº 10.216/01 (BRASIL, 2001) trata dos diferentes tipos de internação e é enfática no que se refere à necessidade de notificação das internações involuntárias. No §1º do seu 8º artigo, refere que:

A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta (BRASIL, 2001).

A Portaria GM/MS nº 2.391/02 (BRASIL, 2002b), ao regulamentar “o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS”, determina:

- a internação deve ser praticada em última instância, após esgotados todos os recursos de tratamento extra hospitalares disponíveis;
- a existência de quatro tipos de internação¹⁸: involuntária, voluntária, voluntária que se torna involuntária e compulsória;
- no caso de toda internação de característica involuntária, o estabelecimento responsável pela internação no âmbito do SUS ou fora dele deve notificá-la em até 72h ao Ministério Público;
- cabe ao gestor estadual constituir a Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, seja no âmbito microrregional, municipal ou por regiões administrativas de municípios de grande porte.

Art. 10. § 1º A Comissão deverá ser multiprofissional, sendo integrantes dela, no mínimo, um psiquiatra ou clínico geral

¹⁷ No SUS, o espaço de articulação, negociação e pactuação entre os gestores das três instâncias governamentais se dá através de colegiados nas esferas: **estadual** – CIB, composta de secretários municipais (Comissão de Secretários Municipais – COSEMS) e estadual de saúde – e **federal** – Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta de representantes do coletivo dos secretários municipais (Comissão Nacional de Secretários Municipais – CONASEMS) e estaduais (Comissão Nacional de Secretários Estaduais – CONASS).

¹⁸ Conforme a referida portaria (BRASIL, 2002b), “§ 1º Internação Psiquiátrica Voluntária é aquela realizada com o consentimento expresso do paciente. § 2º Internação Psiquiátrica Involuntária é aquela realizada sem o consentimento expresso do paciente. § 3º A Internação Psiquiátrica Voluntária poderá tornar-se involuntária quando o paciente internado exprimir sua discordância com a manutenção da internação. § 4º A Internação Psiquiátrica Compulsória é aquela determinada por medida judicial e não será objeto da presente regulamentação”.

com habilitação em Psiquiatria, e um profissional de nível superior da área de saúde mental, não pertencentes ao corpo clínico do estabelecimento onde ocorrer a internação, além de representante do Ministério Público Estadual. É relevante e desejável que dela também façam parte representantes de associações de direitos humanos ou de usuários de serviços de saúde mental e familiares (BRASIL, 2002b).

O estado de Pernambuco, em 2002, implantou programa de revisão de internações involuntárias protagonizadas pelo Ministério Público e, após um período de lacuna, em 2020, retomou o processo, coordenado pela Secretaria de Saúde, com implantação da Comissão Revisora de Internações Involuntárias, envolvendo agora entidades representativas da sociedade civil.

É importante lembrar que a Lei Federal nº 13.840/ 2019 (BRASIL, 2019d), ao alterar a legislação sobre drogas vigentes no Brasil e dispor acerca do “Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e tratar do financiamento das políticas sobre drogas”, estipula no § 7º do artigo 23-A que todas as internações involuntárias devem ser notificadas em até 72h ao Ministério Público como também à Defensoria Pública e a outros órgãos de fiscalização.

Embora essa lei traga no seu bojo controvérsias no que se refere ao cuidado das pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de drogas, quanto à atenção aos princípios ético-políticos da perspectiva antimanicomial, tomamos como importante a inserção da Defensoria Pública como ator estratégico nos processos de controle e regulação das internações involuntárias, assim como o prazo máximo de 90 dias para as internações involuntária (§5º, III, do artigo 23-A).

3. 1. 1. 2. 4 FECHAMENTO DA PORTA DE ENTRADA DO HOSPITAL

Para realizar o processo de desinstitucionalização das pessoas internadas, o gestor público, por decreto ou portaria, pode fechar a porta de entrada do hospital para evitar a ocorrência de novas internações no estabelecimento. Essa ação é potente, uma vez que, simultaneamente, possibilita o início do processo de desinstitucionalização das pessoas internadas e interrompe os fluxos de internações em HP em funcionamento em dado território, redirecionando-os para o cuidado na rede comunitária.

Essa medida é prioritária para viabilizar o fechamento do HP e evitar a produção de novos processos de institucionalização. Não demanda, obrigatoriamente, a realização das ações de regulação citadas anteriormente. Pode ser instituída como primeiro passo, por pactuações no âmbito do sistema de Saúde local entre os atores institucionais do SUS. Várias experiências brasileiras tomaram essa ação como um dos pontos de partida no desenvolvimento de processos de desinstitucionalização.

3. 1. 1. 3 ESTRATÉGIA III: REALIZAÇÃO DE GESTÃO PÚBLICA CLÍNICA OU CLÍNICO-ADMINISTRATIVA DO HOSPITAL NA PERSPECTIVA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

A entrada do poder público no hospital para iniciar o processo de desinstitucionalização pode se dar de diferentes formas, de acordo com as especificidades do contexto.

Quando o hospital é público, o trabalho a ser realizado consiste na reorganização das ações administrativas e clínicas, com vistas a viabilizar o processo de desinstitucionalização das pessoas e o subsequente fechamento da unidade. O processo quase sempre se dá por meio de pactuações.

No caso dos serviços filantrópicos/privados conveniados ao SUS, é necessário, algumas vezes, que o poder público assumam parcial ou totalmente a gestão do ente conveniado, visando garantir o desenvolvimento das ações de desinstitucionalização. Nesses casos, essa entrada requer estratégias específicas.

Nos casos em que se assume a gestão administrativa de um hospital conveniado, o poder público termina por assumir o passivo de dívidas da instituição, incluindo o ônus de processos trabalhistas existentes. Daí a necessidade, nessas situações, de estudar a melhor estratégia jurídica para não onerar os cofres públicos com dívidas e responsabilidades pertencentes às instituições filantrópicas/privadas.

Há situações em que a decisão de fechamento é pactuada diretamente com a direção da unidade hospitalar (em geral, os hospitais públicos). Há outras (especialmente as filantrópicas/privadas) que demandam, sobretudo quando existem cenários extremos de violação de direitos, estratégias mais incisivas do ponto de vista de fazer valer o poder do Estado. Nesse sentido, a entrada do gestor público no hospital pode se dar por duas vias:

- A) da decisão e ação de desinstitucionalização;
- B) da tutela judicial e da atuação técnico-administrativa.

3. 1. 1. 3. 1 DA DECISÃO E AÇÃO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Em algumas cidades brasileiras, dada a existência de um número significativo de HP no território, é constituída uma agenda permanente de trabalho para desospitalização das pessoas institucionalizadas. Isso acontece especialmente quando se tem HP públicos sob administração direta do gestor local.

Quase sempre esse trabalho permanente é possível nos hospitais públicos e desenvolvido por alguma equipe interdisciplinar ou profissional designada pela gestão. Consiste na entrada cotidiana e sistemática no hospital, com fins de ir tecendo o trabalho de desinstitucionalização das pessoas institucionalizadas. Geralmente esses processos se dão mais lentamente e demandam muitas negociações técnico-políticas cotidianamente com a rede territorial de abrangência.

A Coordenação Municipal de Saúde Mental do Rio de Janeiro tem desenvolvido um trabalho contínuo e gradual em HP públicos, com vistas a avançar com os processos de desinstitucionalização.

3. 1. 1. 3. 2 DA TUTELA JUDICIAL E DA ATUAÇÃO TÉCNICO-ADMINISTRATIVA

Ao analisarmos o documento Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006 (BRASIL, 2007a), observamos que a entrada do gestor público em HP no Brasil se deu por duas vias: por tutela judicial (uso de liminar/ação pública para viabilizar a entrada no estabelecimento) ou por uma atuação técnico-administrativa (uso de decreto municipal ou estadual, respaldado pela responsabilidade do gestor público e pelos mecanismos existentes do SUS).

Ambas as formas são previstas no ordenamento jurídico e no âmbito do SUS. Devem ocorrer quando o poder público constatar irregularidades no gerenciamento de dada unidade ou descumprimento das obrigações assumidas no contrato de gestão e quando a pactuação não for possível. Vejamos, a seguir, com base nas experiências existentes, algumas configurações possíveis para a operacionalização dessa via. Dada a complexidade da questão, especialmente ante os resultados do PNASH, algumas ações do Ministério da Saúde ocorreram pela tutela judicial, demandando negociações com os gestores estadual e municipal.

Em 2004, o Ministério da Saúde tomou a decisão de agir sob tutela judicial em dez HP conveniados ao SUS, localizados em: Bahia, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro e Minas Gerais.

Ainda assim, boa parte das entradas de gestores públicos em HP se deu por decreto ou portarias, ou seja, através de atos administrativos, respaldados pela legislação do SUS.

Nesse sentido, ao observarmos as várias experiências, destacamos aqui o emprego de dois instrumentos legais no âmbito do SUS para viabilização da entrada no hospital: “atos administrativos municipais ou estaduais requerendo parcialmente os serviços” e “Termo de Ajustamento de Conduta”.

- Atos administrativos municipais ou estaduais requerendo parcialmente os serviços

Esse instrumento não prevê a gestão administrativa na sua totalidade, considerando apenas a atuação técnica no que se refere à gestão dos processos clínicos das pessoas internadas no hospital.

Vejamos o exemplo de Camaragibe (PE) e Paracambi (RJ), onde a intervenção se deu pela aplicação da “requisição de serviços”.

- Termo de Ajustamento de Conduta

O Termo de Ajustamento de Conduta é um acordo que o Ministério Público e a Defensoria Pública podem celebrar com o violador de determinado direito coletivo. Esse instrumento tem a finalidade de impedir a continuidade da situação de ilegalidade, reparar o dano ao direito coletivo e evitar a ação judicial.

Em cidades com parque manicomial significativo, ou seja, com a presença de vários hospícios, demanda-se a utilização de diferentes vias e instrumentos jurídicos, dada a necessária abordagem singular ao processo de cada hospital.

Vejamos o exemplo de Sorocaba (SP), que envolveu as três instâncias do SUS com ativa participação do Ministério Público e da Defensoria Pública, tendo como desdobramento o fechamento de todos os HP do município.

3. 1. 1. 4 ESTRATÉGIA IV: FECHAMENTO DE LEITOS PSIQUIÁTRICOS E REALOCAÇÃO DOS RECURSOS DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

A Portaria GM/MS nº 2.840/14 (BRASIL, 2014a), no seu artigo 18, normatiza que:

- § 1º Os recursos financeiros correspondentes às Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) dos leitos fechados serão mantidos ou realocados para o teto orçamentário do Município, que se responsabilizará pela atenção às pessoas desinstitucionalizadas, com fins de aplicação na RAPS local.
- § 2º A realocação dos valores correspondentes às AIH dos leitos fechados será pactuada e aprovada na CIR [Comissão Intergestora Regional] e homologada na CIB.

A AIH pode ser de dois tipos: AIH inicial (para tratamento inicial) ou AIH de continuidade, longa permanência (para permanência do tratamento inicial). Trata-se de um:

- Documento hábil para identificar o paciente e os serviços prestados sob o regime de internação hospitalar e fornecer informações para o gerenciamento do Sistema de Informação Hospitalar [...]. É através deste documento que se viabiliza o faturamento dos serviços hospitalares prestados no SUS (ANS, 2021).

A referida ação de realocação da AIH implica diretamente a decisão política de fechar o hospital e investir na rede territorial. Lembremos que, no caso das unidades privadas/filantrópicas conveniadas ao SUS, o fechamento dá-se pelo descredenciamento destas do sistema. Essa operação consiste nas negociações econômicas relativas à transferência e aplicação dos recursos financeiros decorrentes dos HP com o coletivo de municípios que vão receber as pessoas inseridas em processos de desinstitucionalização.

Vejamos a experiência de Pernambuco, que, no âmbito da CIB, emitiu Resolução CIB/PE nº 4.041/2018 (PERNAMBUCO, 2018) atestando que, em toda desospitalização de pessoas institucionalizadas em HP, deverá ser fechado o leito e realocados os valores da AIH para o município que receber a pessoa em processo de desinstitucionalização, devendo esse recurso ser aplicado na RAPS.

Vale ressaltar que, para iniciar o processo de implantação da RAPS, antes mesmo da realocação dos recursos financeiros da AIH, o gestor municipal conta com as linhas de financiamento de implantação e custeio existentes no âmbito federal, conforme veremos detalhadamente mais adiante.

É certo que, para viabilizar o início do processo de desinstitucionalização, ainda no hospital, um aporte de recursos financeiros complementar poderá ser necessário. Sabe-se que algumas experiências foram possibilitadas pelo estabelecimento de convênios entre estados e municípios, permitindo certa celeridade do processo.

Os HP Galba Veloso, localizado em Belo Horizonte (MG), e João Machado, na cidade de Natal (RN), por exemplo, foram transformados em hospitais gerais.

3. 1. 2 FECHAMENTO DE HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Conforme vimos no capítulo 1, diferentes tipos de documentos, seja do CNJ, do Ministério Público e/ou da Defensoria Pública, apontam para o necessário fechamento do HCTP, como condição importante para a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.

A decisão política de fechamento do HCTP encontra-se nas mãos do Executivo no âmbito do Sistema Prisional e de Justiça e requer uma articulação intersetorial para construção de nova cultura de atenção no que se refere às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Esse processo é possível, porém se faz necessário desenhar estratégias específicas, dado o fato de essa instituição constituir unidade prisional e ser gerida pela Secretaria de Administração Penitenciária ou de Segurança Pública.

Ainda no capítulo 1, vimos que as medidas de segurança, ao serem aplicadas, devem considerar as referências da Lei Federal nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), ou seja, a premissa do cuidado psicossocial em meio comunitário. Portanto, as pessoas internadas no HCTP passam a ser foco de atenção e de responsabilidade também do SUS. É certo que não há governabilidade direta do gestor do SUS no que se refere ao fechamento do HCTP ou mesmo em relação ao redirecionamento das medidas de segurança para o cuidado na RAPS. Contudo existe um acúmulo de experiência quanto ao cuidado em saúde das pessoas e também ao desenvolvimento de processos de desinstitucionalização, o que convoca e credencia os operadores do SUS a integrar esse desafio.

Alguns operadores do SUS apresentam resistência em receber pessoas egressas dos HCTP, por desinformação e/ou pela estigmatização acerca da condição das pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei. A valência dada à questão,

no trânsito entre a dimensão da Justiça e da Saúde, termina muitas vezes produzindo dificuldades de conceber as pessoas institucionalizadas no HCTP como de responsabilidade da Saúde.

Tal cenário amplia os desafios em relação ao fechamento do HCTP, requerendo a criação de estratégias específicas tanto para desinstitucionalizar as pessoas que lá se encontram internadas como para interromper os fluxos de novas internações. Isso demanda negociações e pactuações intersetoriais entre a Saúde, a administração penitenciária e a segurança pública, o sistema de Justiça e a assistência social.

Portanto, com base na revisão de documentos e em algumas experiências, apontamos no quadro a seguir um conjunto de ações compostas de três estratégias e suas principais características, na tentativa de contribuir com os possíveis processos locais:

Estratégia I: implementação de uma nova cultura para a efetivação das medidas de segurança	Estratégia II: entrada de equipes de saúde nos HCTP para desenvolvimento do cuidado na perspectiva da desinstitucionalização	Estratégia III: fechamento da porta de entrada dos HCTP com vistas a sua extinção
Formação para os operadores públicos; Criação de programas específicos; Potencialização das audiências de custódia e de sua articulação direta com a rede.	Equipes de atenção básica do sistema prisional; Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP).	Pactuação entre os sistemas penitenciário, de segurança pública e Justiça.

3. 1. 2. 1 ESTRATÉGIA I: IMPLEMENTAÇÃO DE UMA NOVA CULTURA PARA A EFETIVAÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

Faz-se necessário, no âmbito do próprio sistema de Justiça, conhecer e intensificar as referências da Recomendação nº 35/11 do CNJ (BRASIL, 2011g), para implementar, em casos de inimizabilidade ante o delito, o cuidado da pessoa na RAPS. Para isso, sinalizamos algumas possibilidades.

- a) Formação para os operadores públicos do sistema de Justiça, da Saúde e da assistência, para contemplar os conteúdos jurídico-legais, o modelo psicossocial e a pactuação entre os sistemas locais de Saúde e de Justiça, no que se refere ao cuidado das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Essa iniciativa pode se dar no âmbito local, provocada especialmente pelo Ministério Público e pela Defensoria Pública, e na instância do SUS, através da articulação das políticas de saúde do sistema prisional e da saúde mental.

No estado da Paraíba, tem acontecido processo formativo permanente, cujo I Webinário Paraibano “Cuidado em Rede: política para as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei” foi organizado pelo Grupo Interinstitucional e Trabalho Interdisciplinar em Saúde Mental (GITIS) com a Escola Superior de Magistratura da Paraíba (ESMA/PB).

b) Criação de ações e/ou de programas específicos no âmbito territorial, que possam assegurar que as pessoas em cumprimento de medida de segurança, encaminhadas para a RAPS, tenham a garantia do devido acompanhamento por parte da Justiça e da Saúde, respeitando todas as diretrizes postas na Recomendação nº 35/11 do CNJ (BRASIL, 2011g).

Vejamos a experiência do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) em Minas Gerais e do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) em Goiás.

O PAI-PJ, existente desde março de 2000, constituiu projeto piloto e, a partir de dezembro de 2001, um programa vinculado ao Tribunal de Justiça do estado de Minas Gerais (TJMG). Fruto da articulação entre os poderes Judiciário e Executivo, realiza o acompanhamento dos casos em todas as fases do processo criminal, desde a audiência de custódia até o término do processo na fase de execução, envolvendo a rede pública de saúde e a sociedade. Atua em prol da inserção social das pessoas em sofrimento mental infratoras – aquelas com suspeita de insanidades ou as que já estejam cumprindo medida de segurança (BARROS-BRISSET, 2010). Em 2020, sua estrutura e funcionamento foram definidos pela Resolução nº 944/2020 (TJMG, 2010) do Órgão Especial do TJMG.

O PAILI, existente desde 2006, é fruto do convênio entre as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, envolvendo a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, o Tribunal de Justiça e o Ministério Público do Estado de Goiás. O programa é “o órgão responsável pela execução das medidas de segurança no Estado de Goiás. Atuando de forma auxiliar aos juízes da execução penal, o PAILI tem a relevante tarefa de acompanhar os pacientes julgados e absolvidos pela Justiça Criminal, mas que, em razão de doença ou perturbação da saúde mental, são submetidos à internação psiquiátrica ou ao tratamento ambulatorial” (MP/GO, 2013, p. 5).

Esses programas, de naturezas diferentes, constituem experiências exitosas no que diz respeito à metodologia de acompanhamento de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Entretanto, não podem ser tomados como modelos universais no que se refere às estratégias substitutivas ao HCTP. O modelo a ser proposto em cada região deve sempre dialogar com as possibilidades locais e se comprometer radicalmente com o SUS, com a Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001) e com outros diplomas garantistas, como também ser capaz de enfrentar os desafios ante o fechamento dos HCTP.

c) Potencialização das audiências de custódia e de sua articulação direta com a rede, com estabelecimento de fluxos para a RAPS. As audiências de custódia foram lançadas em 2015, ancoradas em pactos internacionais.

Consistem na rápida apresentação da pessoa que foi presa a um juiz, em uma audiência onde também são ouvidos Ministério Público, Defensoria Pública ou advogado do preso. O juiz analisa a prisão sob o aspecto da legalidade e a regularidade do flagrante, da necessidade e da adequação da continuidade da prisão, de se aplicar alguma medida cautelar e qual seria cabível, ou da eventual concessão de liberdade, com ou sem a imposição de outras medidas cautelares. A análise avalia, ainda, eventuais ocorrências de tortura ou de maus-tratos, entre outras irregularidades (CNJ, 2021).

Somada às estratégias anteriores, a aposta nas audiências de custódia por parte do sistema de Justiça pode contribuir significativamente para construir barreiras em relação à prática de novas internações no HCTP e reforçar uma nova cultura em relação à aplicação das medidas de segurança, quando pensamos o cuidado no território. Segundo documento do CNJ (2018) Relatório Analítico Propositivo - Justiça Pesquisa, com a implantação das audiências de custódia em alguns es-

tados brasileiros, como RJ, SP e TO, por exemplo, é observável a redução de 50% dos encarceramentos provisórios. Como sinalizamos anteriormente, o PAI-PJ inicia o trabalho de acompanhamento das pessoas desde a audiência de custódia. Entendemos que essa estratégia pode constituir uma das barreiras para a interrupção do fluxo de internação nos HCTP.

Vejamos os exemplos:

Projeto Redes, de cogestão Fiocruz e Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas/Ministério da Justiça (SENAD/MJ), que, na cidade de São Paulo, nos anos de 2016 e 2017, disponibilizou profissionais de diferentes especialidades do campo do Direito, da redução de danos e da saúde mental, para apoiar pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas que passavam pela audiência de custódia. Esse trabalho tinha como perspectiva ajudar a articular o cuidado psicossocial para os custodiados junto à RAPS e à rede da assistência social.

Projeto “PAI-PJ na Custódia”, fruto da articulação do TJMG com o Programa Fazendo Justiça do CNJ, desde 2017. Iniciou-se, no âmbito das audiências de custódia da Comarca de Belo Horizonte, um processo para implementar o referido projeto. Desde 2020, os casos em situação de sofrimento psíquico que passam pela audiência de custódia são acompanhados junto à RAPS e outros equipamentos assistenciais, promovendo sua acessibilidade ao cuidado pela rede psicossocial, evitando assim o encarceramento ou a internação.

3. 1. 2. 2 ESTRATÉGIA II: ENTRADA DE EQUIPES DE SAÚDE NOS HCTP PARA DESENVOLVIMENTO DO CUIDADO NA PERSPECTIVA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Quando a medida de segurança é aplicada mediante internação no HCTP, a situação das pessoas é agravada, uma vez que as práticas de “tratamento” dessa instituição estão completamente dissociadas das diretrizes gerais da atenção em saúde mental preconizada pela Lei Federal nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001). Nesse sentido, a entrada de equipes de saúde no HCTP é fundamental. Tal estratégia objetiva o desenvolvimento do trabalho de desinstitucionalização, em parceria com a Defensoria Pública e com a RAPS.

Sobre isso, vimos no capítulo 1 que o Ministério da Saúde, no ano de 2014, criou normativas técnicas e de financiamento com vistas a viabilizar a substituição das sanções penais impostas por medidas de segurança nas alas de tratamento psiquiátrico em presídios e/ou HCTP pela atenção psicossocial territorial.

Dessa forma, podemos destacar, para viabilização dessa estratégia, a aposta na implantação das proposições da PNAISP, no que se refere:

- às equipes de atenção básica, especialmente as que incluem profissionais de saúde mental – ver Portaria GM/MS nº 482/2014 (BRASIL, 2014c). São equipes que desenvolvem o cuidado em saúde previsto na atenção básica, dentro dos estabelecimentos penitenciários, incluindo os HCTP. Pensando que os princípios da desinstitucionalização estão postos no cuidado em saúde mental, essa equipe tem um papel importante nos HCTP;

- ao EAP – ver Portarias GM/MS nº [94/2014](#) e [95/2014](#) (BRASIL, 2014d, 2014e). Essa é a equipe mais estratégica quando pensamos na saída das pessoas do hospital e na sua inserção na RAPS, por ter como objeto o processo de desinstitucionalização das pessoas em cumprimento de medida de segurança.

Voltaremos a discutir as especificidades dessas equipes mais adiante, no eixo operacional II.

3. 1. 2. 3 ESTRATÉGIA III: FECHAMENTO DA PORTA DE ENTRADA DOS HCTP COM VISTAS À SUA EXTINÇÃO

Essa estratégia é central e pode constituir resultado do percurso de desenvolvimento das ações anteriormente apontadas. Tal feito demanda um processo de alinhamento e planejamento entre os sistemas de Justiça e Saúde que dependerá em grande parte da formação:

- de uma nova cultura no sistema de Justiça, no que se refere à aplicação de medida de segurança;
- da atenção à saúde mental dispensada às pessoas com transtornos mentais no sistema prisional desenvolvida em cada localidade;
- da expansão e organização da RAPS no âmbito da saúde, de forma que garanta os cuidados longitudinais psicossociais para todas as pessoas em processo de desinstitucionalização.

Para o desenvolvimento das possibilidades indicadas, é necessário aporte financeiro, uma vez que o HCTP, por constituir unidade prisional, não apresenta a mesma possibilidade dos HP no que se refere à realocação de recursos financeiros da AIH.

Entendemos que os valores de custeio dessas unidades podem ser reconvertidos no próprio sistema prisional para investimentos em ações como as aqui até então assinaladas. Paralelamente às várias estratégias, é indispensável manter o reforço à atuação do EAP em parceria com as equipes de saúde da RAPS, no que se refere à criação de possibilidades de inserção social das pessoas oriundas do HCTP, respeitando as configurações e singularidades de cada contexto e de cada caso.

Já no âmbito da saúde, o indicado é ampliar as possibilidades de financiamento e fortalecimento da RAPS. Como já dito, a integração de ações das áreas técnicas de saúde mental e de saúde do sistema prisional é uma estratégia potente para a construção de arranjos locais para esse fim.

Como fruto dessa tentativa de integração, podemos citar o exemplo de Pernambuco, que, mediante negociação entre os sistemas de Saúde e Justiça, estabeleceu a [Resolução CIB/PE nº 5.305/2020](#) (PERNAMBUCO, 2020), definindo que uma vaga existente em cada SRT do estado fica disponibilizada para os processos de desinstitucionalização de pessoas oriundas do HCTP.

Vale ressaltar que o documento [Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a Perspectiva da Lei n. 10.216/2001](#) (BRASIL, 2011c) propõe o fechamento dos HCTP e o repasse dos recursos financeiros do sistema que o sustenta para o âmbito da saúde, através da mudança de gestão da instituição. A nosso ver, é necessário atentar que, mais importante do que a mudança de gestão de uma instituição como essa, é o desenvolvimento

de estratégias intersetoriais concretas, visando ao processo de desinstitucionalização e ao seu fechamento.

A reconversão de recursos necessariamente não passa pela mudança de gestão dos HCTP, mas por ações coletivas que viabilizem, em menor tempo e com corresponsabilidade, a efetivação da extinção dessas instituições. Reconversão esta que se destine para o fortalecimento da RAPS e de benefícios e projetos destinados diretamente aos egressos dos HCTP. Isso requer um esforço coletivo, o desenvolvimento de um plano de ação.

O estado da Paraíba criou, através da [Resolução CIB/PB nº 19/2021](#) (PARAÍBA, 2021), um [Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei](#), tendo como eixo central os direitos humanos e a desinstitucionalização. Como composição do grupo de trabalho para desenvolvimento do plano, agrega representações da Saúde, do sistema prisional, do sistema de Justiça, da universidade, do controle social e de entidades de direitos humanos.

O mais importante não é a metodologia e sim a decisão e construção de uma agenda política relativa ao tema da desinstitucionalização das pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei. Organizar colegiados, fóruns e comissões pode ser um bom caminho para o amadurecimento e o exercício do trabalho conjunto entre sistema de Justiça e de Saúde.

3. 1. 3 REFLEXÕES FINAIS DO EIXO I

Ao observarmos as estratégias do eixo I, podemos perceber que o desmonte da estrutura e lógica manicomial dos HP e HCTP requer esforços por parte dos vários segmentos da sociedade. Sem a publicização do problema, não conseguimos produzir os tensionamentos necessários para pautar a agenda política dos agentes dos sistemas públicos envolvidos.

Vale ressaltar que, no Brasil, alguns processos de desinstitucionalização demandaram a transferência das pessoas institucionalizadas para outras unidades com características asilares, seja pela ausência de dispositivos territoriais, pela nomeação de espaços provisórios de passagem do asilo para o território ou por imposições judiciais para continuidade da reclusão das pessoas. É o que denominamos como transinstitucionalização.

Tal estratégia constitui um alerta, uma vez que pode produzir processos de “reinstitucionalização”, por, inevitavelmente, reproduzir a dinâmica de controle e violação dos direitos, presentes no hospício, conforme aponta a OMS (WORLD...; GULBENKIAN..., 2014) e a OPS (2020).

O desafio de garantir o fechamento do hospital e a saída das pessoas diretamente para o território deve ser uma premissa perseguida. Caso a transinstitucionalização se configure em algum contexto como estratégia provisória, deve-se definir previamente as ações de continuidade do processo de desinstitucionalização e o tempo para fechamento desses espaços provisórios.

Vejamos o exemplo da cidade de Campina Grande (PB), que, ao fechar um HP privado conveniado ao SUS, demandou, dadas as circunstâncias locais, descredenciar o hospital e transferir as pessoas institucionalizadas para um espaço provisório até a inserção de todas as pessoas no território.

Os desafios para iniciar processos de desinstitucionalização e efetivar o fechamento de instituições com características asilares são inúmeros, a contar a resistência da população, dos funcionários do hospital e dos familiares. Muitas dessas instituições têm sua existência embrenhada com a própria história da cidade e ocupam um lugar representativo, no que se refere à geração de empregos na localidade. Tal cenário reforça a cultura manicomial e requer intervenções culturais na cidade que possibilitem o estabelecimento do diálogo e debate com a comunidade.

É importante reafirmar que, sem a desmontagem (da estrutura e lógica) do manicômio e a paralela organização da rede territorial, não há processo de desinstitucionalização. Essas operações estão imbricadas e indissociáveis. Passemos agora para a discussão do eixo operacional II, sobre articulação e organização de rede.

3. 2 EIXO OPERACIONAL II: ARTICULAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, DE FORMA INTERSETORIAL E COMUNITÁRIA

A Lei Federal nº 10.216/01 (BRASIL, 2001), ao tratar no parágrafo único do seu 2º artigo dos direitos da pessoa com transtorno mental, aponta:

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

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

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

Tais premissas apontam que a centralidade dos direitos da pessoa em sofrimento psíquico está no usufruto do cuidado em liberdade. Isso implica o desenvolvimento de ações de cuidado no território que sejam capazes de manter e preservar, mediante a oferta da atenção, o protagonismo das pessoas no que se refere à condução da própria vida e aos vínculos familiares e sociais.

Nesse sentido, pensar a articulação e organização de rede em saúde mental é pensar recursos que promovam espaços de trocas entre as pessoas, com circulação da palavra, intercâmbio de afetos e expressão do desejo no locus chamado cidade.

Conforme vimos no capítulo 2, é importante dizer que esses recursos precisam atender a quatro grandes necessidades humanas: *moradia, cuidados em saúde, renda e cultura*. Dessa forma, a rede psicossocial necessária para implantação e implementação dos processos de desinstitucionalização requer uma convergência entre as dimensões governamental e comunitária.

Conforme pudemos observar no capítulo 1, tanto a experiência brasileira como os consensos internacionais apontam a

implantação e implementação da rede comunitária como condição *sine qua non* para a efetivação da desinstitucionalização. Literalmente, isso pressupõe a substituição da vivência reclusa e isolada dentro do hospício pela convivência no meio comunitário.

Então, **temos dois pontos a discutir**: a oferta de recursos financeiros e humanos para montagem e sustentação da rede psicossocial nas suas várias dimensões e o desenvolvimento de uma cultura cotidiana para operar em rede.

O que é rede? Que território é esse do qual tanto falamos?

A desmontagem do manicômio projeta outra perspectiva, a territorial, demandando nessa operação a implantação de serviços de saúde mental, de suportes social e culturais. Toma os recursos da rede territorial como facilitadores para a construção de cidadania, emancipação e reprodução social. Nomeia território como “lugares sociais vivos, atravessados por múltiplas instituições, poderes contratuais, culturas, redes de relações e processos de produção de sentido e de valores...” (NICÁCIO, 2003, p. 198).

A articulação e organização da rede de saúde mental requer, para além da implantação de equipamentos, a incorporação de uma cultura cotidiana de integração e de negociação entre as pessoas que a compõem. Demanda um trabalho cooperativo e solidário em prol da efetivação do cuidado em liberdade.

Para tratar do tema da organização dos serviços territoriais, tomamos aqui apenas três políticas públicas, por as considerar mais estratégicas para o desenvolvimento dos processos de desinstitucionalização no território. São elas:

- no âmbito do SUS, a PNAISP;
- no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), os serviços e as ações de proteção social;
- no âmbito do SUS, a RAPS.

Para fins didáticos e melhor explicitação das linhas normativas e de financiamento dessas redes, separamo-las. Porém enfatizamos que, no cotidiano, elas se entrecruzam. Nenhum ponto de atenção isoladamente é suficiente para o acolhimento e cuidado das pessoas na perspectiva da desinstitucionalização.

3. 2. 1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL

Conforme referido anteriormente, tratamos aqui da PNAISP no âmbito do SUS, instituída pela Portaria Interministerial nº 1/14 dos Ministérios da Saúde e da Justiça (BRASIL, 2014b). Essa política intersetorial, com a estratégia das equipes de atenção básica, instituída pela Portaria GM/MS nº 482/2014 (BRASIL, 2014c), e com o EAP, criado pelas Portarias GM/MS nº 94/2014 e 95/2014 (BRASIL, 2014d, 2014e), traz possibilidades concretas de desenvolver ações de desinstitucionalização junto às pessoas institucionalizadas nos HCTP.

Tais portarias apresentam linhas normativas e de financiamento que viabilizam a entrada no sistema prisional para efetivação dos cuidados em saúde, entre eles, os de saúde mental. O EAP, especificamente, traz no seu bojo a perspectiva de de-

servolver o trabalho de desinstitucionalização. Vejamos a seguir as especificidades das portarias supracitadas (Quadro 9).

Quadro 9 – Ações de saúde mental e desinstitucionalização no sistema prisional

PORTARIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	OBJETIVO	QUEM PODE ACIO-NAR?	ESPECIFICIDADES DO OBJETO E DO FINANCIAMENTO
Portaria nº 482, de 1 de abril de 2014 (BRASIL, 2014c)	Institui normas para a operacionalização da PNAISP no âmbito do SUS.	Entes federativos (estadual e municipal) que aderirem à PNAISP.	Unidades prisionais com até 100 custodiados: • equipe de atenção básica prisional tipo I - valor do incentivo mensal (R\$ 3.957,50); • equipe de atenção básica prisional tipo I com saúde mental - valor do incentivo mensal (R\$ 6.790,00). Unidades prisionais com 101-500 custodiados: • equipe de atenção básica prisional tipo II - valor do incentivo mensal (R\$ 19.191,65); • equipe de atenção básica prisional tipo II com saúde mental - valor do incentivo mensal (R\$ 28.633,31). Unidades prisionais com 501-1.200 custodiados: • equipe de atenção básica prisional tipo III - valor do incentivo mensal (R\$ 42.949,96). Em 2017, considerando o redirecionamento da política de atenção básica, o financiamento dessas equipes deixou de ter rubricas específicas e foi incorporado ao teto geral da atenção básica. Como um dos complementos desse redirecionamento, a Portaria SAES/MS nº 37/2021 (BRASIL, 2021d) redefiniu o registro, entre outras, dessa equipe para Equipe de Atenção Primária Prisional (EAPP).
Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014 (BRASIL, 2014d)	Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, no âmbito do SUS.	O serviço poderá ser constituído em unidades federativas qualificadas ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) ou à PNAISP.	O serviço, com carga horária semanal mínima de 30 horas, deve ser constituído de equipe interdisciplinar, composta de cinco profissionais, e com as seguintes formações em nível superior: um enfermeiro; um médico psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental; um psicólogo; um assistente social e um profissional com formação em ciências humanas, sociais ou da saúde, preferencialmente educação, terapia ocupacional ou sociologia.
Portaria nº 95, de 14 de janeiro de 2014 (BRASIL, 2014d)	Dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do SUS.	Entes federativos que aderirem à PNAISP.	Incentivo financeiro fixo, no valor unitário de R\$ 66.000,00 mensais, para custeio do EAP, habilitado pelo Ministério da Saúde.

Fonte: Elaboração própria.

Para a instituição das equipes do EAP, segundo Kolker (2016, p. 227), são necessárias algumas etapas preparatórias, dada a necessidade das articulações intersetoriais:

- a necessidade de sensibilização dos órgãos que atuam no campo das medidas de segurança;
- a elaboração de termo de compromisso entre Ministério da Saúde, MJ, Ministério de Desenvolvimento Social, Secretaria de Direitos Humanos e secretarias responsáveis pela gestão dos HCTP e pela atenção à saúde e assistência social, visando à definição de responsabilidades próprias a cada área;

- o planejamento e a pactuação das ações para a desinstitucionalização dos internados e o fechamento da porta de entrada;
- o investimento em capacidades institucionais;
- a contratação e qualificação de recursos humanos para a adoção das medidas necessárias à reorientação do modelo de atenção às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Podemos citar como algumas das experiências exitosas de EAP a do [Pará](#), instituída em 2017, e a do [Maranhão](#), onde a referida equipe é vinculada ao Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAIMA) que tem referências definidas para o acompanhamento do SUS e SUAS (CORREGEDORIA..., 2020).

3. 2. 2 SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

O SUAS é um sistema público, com um modelo de gestão semelhante ao do SUS. Instituído pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), articula os níveis de governo: municípios, estados, Distrito Federal e União. Apresenta duas grandes linhas de ação:

- **proteção social básica:** “destinada à prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social” (BRASIL, 2015c).
- **proteção social especial:** “destinada a famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outros” (BRASIL, 2015c).

Articulado e integrado a ambas linhas de ações, o sistema ainda oferta benefícios assistenciais, voltados para a população vulnerabilizada.

O SUAS é um grande parceiro do SUS na efetivação dos cuidados psicossociais no território. Para melhor conhecer os serviços e programas do sistema e suas respectivas possibilidades de financiamento, sugerimos acessar o [link](#) a fim de identificar os recursos disponíveis que podem atender à necessidade do seu território (BRASIL, 2015c).

Nesse momento, contudo, gostaríamos de destacar o [Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência](#) – Plano Viver Sem Limite (BRASIL, 2013f), instituído pelo [Decreto Federal nº 7.612/11](#) (BRASIL, 2011b). Entre as várias proposições do referido plano, ressaltamos o eixo da inclusão social, cujas proposições consideramos ser de extrema valia, com possibilidades de contribuir com os processos de desinstitucionalização, a saber:

- I. **BPC:** consiste em pagamento de um salário mínimo a pessoas com deficiência e a idosos/as, a partir de 65 anos. Ofertado para pessoas com deficiência entre 16 e 45 anos que querem trabalhar, mas encontram dificuldades para inserção profissional. A condição para acesso é comprovar não ter meios de prover, por si ou por terceiros, meios para se sustentar. Embora a assistência social faça o cadastramento e monitoramento dos beneficiários, quem paga tal benefício é o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Vale ressaltar que o INSS não admite acúmulo de benefícios (ou seja, BPC e outros), exceto BPC e PVC;

II. *auxílio-inclusão*: consiste no pagamento de meio salário mínimo à pessoa com deficiência moderada ou grave que receber o BPC e conseguir se inserir no mercado de trabalho com remuneração de até dois salários mínimos; caso perca o emprego, o BPC é automaticamente reimplantado. Trata-se de um mecanismo para alcançar a emancipação;

III. oferta de ações de qualificação profissional pela avaliação e articulação do CRAS¹⁹;

IV. *residências inclusivas (RI)*: serviço de acolhimento do SUAS destinado a pessoas com deficiência (inclusive institucionalizadas) em situação de dependência, que não disponham de condições de autossustentabilidade ou de retaguarda familiar. Semelhante à configuração do SRT, deve ser organizada em pequenos grupos de até 10 pessoas por residência, cujo objetivo é promover acolhimento, convivência, desenvolvimento de capacidades funcionais à vida diária, autonomia e participação social. Foi criada a partir da Resolução nº 109/2009 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) (BRASIL, 2009c), que dispõe, mediante a tipificação nacional dos serviços socioassistenciais, sobre a previsão do atendimento de jovens e adultos com deficiência em RI no âmbito dos serviços de acolhimento institucional;

V. *Centro-Dia de Referência para Pessoas com Deficiência*: esses centros, com vinculação ao CREAS²⁰, têm como objetivo ofertar um conjunto variado de atividades de convivência na comunidade e no domicílio visando ampliar as relações sociais e evitar o isolamento social.

Embora tenhamos esses serviços do SUAS como potentes no processo de desinstitucionalização, em muitas realidades, articulá-los ainda constitui desafio, especialmente quando falamos das RI e dos Centros-Dia de Referência para Pessoas com Deficiência. Tal articulação nos territórios demanda alinhamentos e integração entre os operadores do SUS e SUAS tanto no âmbito da gestão como da operação dos cuidados. Entretanto, o CRAS e CREAS, na condição de serviços estratégicos, já consolidados no SUAS, devem ser integrados ao trabalho territorial dos pontos de atenção da RAPS. Lembremos que a condição social das pessoas está absolutamente imbricada com o processo de institucionalização. Sair do manicômio e viver na cidade requer um trabalho contínuo de fortalecimento dos laços, de minimização da condição de vulnerabilidade e de recursos concretos para restituição de direitos e dignidade. Essa parceria é indispensável para ampliar as redes de proteção e de trocas, tão importantes no processo de reabilitação psicossocial.

3. 2. 3 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Como vimos no capítulo 1, a RAPS constitui pontos de atenção de diversos níveis assistenciais e ações específicas para inserção social, como moradia e geração de renda. Para isso, incorpora o respeito aos direitos humanos, a redução de danos²¹, o cuidado no território e a equidade como elementos orientadores.

Para fins dessa discussão, tomaremos como base para explanação dos pontos de atenção da RAPS a Portaria GM/MS nº 3.088/2011, republicada em 2013 (BRASIL, 2013a). Conforme tratamos no capítulo 1, a Portaria GM/MS nº 3.588/2017 (BRA-

SIL, 2017), que reedita a composição da RAPS, ao incluir os HP na rede, vai na contramão de toda proposição da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, das diretrizes das Conferências Nacionais de Saúde Mental e não comunga, na sua totalidade, com a perspectiva da desinstitucionalização.

Vejamos, portanto, no Quadro 10, a explicitação dos componentes da RAPS de acordo com a Portaria GM/MS nº 3.088/2011, republicada em 2013 (BRASIL, 2013a).

Quadro 10 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial

COMPONENTES DA RAPS	PONTOS DE ATENÇÃO	PORTARIAS E ESPECIFICIDADES
(PORT. GM/MS Nº 3.088/11, REPUBLICADA EM 2013)		
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde;	As portarias criadas para essas modalidades são: NASF – <u>Portaria GM/MS nº 154/2008</u> (BRASIL, 2008b) e <u>Portaria GM/MS nº 3.124/2012</u> (BRASIL, 2012a); CnR – <u>Portaria GM/MS nº 122/2011</u> (BRASIL, 2011d) e <u>Portaria GM/MS nº 123/2012</u> (BRASIL, 2012b); Centro de Convivência e Cultura – <u>Portaria SAS/MS nº 396/2005</u> (BRASIL, 2005a).
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF);	
	Consultório na Rua (CnR);	É importante destacar que, dada a reformulação da política de financiamento da atenção básica, efetivada no ano de 2017, o financiamento desses pontos de atenção deixou de ter rubricas específicas e foi incorporado ao teto geral da atenção básica. Complementando esse redirecionamento, a <u>Portaria SAES/MS nº 37/2021</u> (BRASIL, 2021d) “redefine o registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)”. A exclusão da redução de danos como princípio, na reedição da RAPS em 2017, através da <u>Portaria GM/MS nº 3.588/2017</u> (BRASIL, 2017), também trouxe fragilidades para a sustentação dos CnR. No caso do Centro de Convivência e Cultura, estratégico para os processos de desinstitucionalização, embora conte com diretrizes normativas, não há financiamento específico para esse dispositivo. É importante destacar, porém, que constitui dispositivo de baixo custo, e algumas experiências têm mostrado que é possível sustentá-los com recursos locais, conforme veremos no capítulo 4. Consideramos relevante observar o <u>Cadernos de Atenção Básica nº 34</u> (BRASIL, 2013b), que apresenta diretrizes técnicas/operacionais para desenvolvimento das ações desse componente, focando o matriciamento ²² , o PTS ²³ e a redução de danos.
	Centros de Convivência e Cultura.	
Atenção de Urgência e Emergência	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192;	Sobre esse componente, observar as diretrizes dos vários dispositivos que admitem a atenção à urgência em saúde mental, cabendo aos gestores a articulação dessas áreas na implementação dos referidos serviços. Destacamos as recomendações existentes para a atuação do SAMU e a <u>Portaria GM/MS nº 342/2013</u> (BRASIL, 2013h), que, ao definir as modalidades das UPA, abre possibilidades para implantação de pronto atendimentos com diferentes especialidades, entre elas, a psiquiatria.
	sala de estabilização;	
	Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h e portas hospitalares de atenção à urgência/ pronto socorro e unidades básicas de saúde.	
		Continua

¹⁹ “É uma unidade pública da Assistência Social que oferece atendimentos individualizados (ou em grupos) a indivíduos e famílias. Nestes atendimentos, as pessoas podem compartilhar questões diversas relativas ao seu dia-a-dia em família e na comunidade, a exemplo das suas dificuldades de relacionamento, de sobrevivência, dos cuidados com os filhos e até situações mais delicadas como violência doméstica” (BRASIL, 2021f)..

²⁰ “É uma unidade pública da Assistência Social que atende pessoas que vivenciam situações de violações de direitos ou de violências. Uma pessoa será atendida no CREAS, entre outras situações, por sofrer algum tipo de assédio, de discriminação, de abuso, de violência ou por demandar cuidados em razão da idade ou deficiência” (BRASIL, 2021f).

²¹ “Redução de Danos (RD) é uma estratégia de saúde pública pautada no princípio da ética do cuidado, que visa diminuir as vulnerabilidades de risco social, individual e comunitário, decorrentes do uso, abuso e dependência de drogas” (BRASIL, 2004d).

²² Metodologia que visa à oferta de apoio especializado a profissionais responsáveis pela atenção a problemas de saúde (equipe de referência), mediante retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico, numa construção de diretrizes sanitárias e clínicas envolvendo “especialistas” e equipe de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

²³ Plano, sempre de caráter provisório, compartilhado entre profissional e usuário, composto de diversas intervenções que apontam a linha do cuidado integral a ser desenvolvida e que deve assegurar as múltiplas dimensões das necessidades do usuário (BRASIL, 2013b).

COMPONENTES DA RAPS (PORT. GM/MS Nº 3.088/11, REPUBLI- CADA EM 2013)	PONTOS DE ATENÇÃO	PORTARIAS E ESPECIFICIDADES
Atenção Psico-social Es-tratégica	CAPS nas suas diferentes modalidades, constante no quarto parágrafo do artigo 7º da Portaria GM/MS nº 3.088/2011, re-publicada em 2013 (BRASIL, 2013a): CAPS I: atende a pessoas com trans-tornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20 mil habitantes; CAPS II: atende a pessoas com transtor-nos mentais graves e persistentes, po-dendo também atender a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, in-dicado para municípios com população acima de 70 mil habitantes; CAPS III: atende a pessoas com transtor-nos mentais graves e persistentes. Pro-porciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e fins de semana, ofertando re-taguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclu-sive CAPS AD, indicado para municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes; CAPS AD: atende a adultos ou crianças e adolescentes, considerando as norma-tivas do ECA, com necessidades decor-rentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes; CAPS AD III: atende a adultos ou crian-ças e adolescentes, considerando as normativas do ECA, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com, no máximo, 12 leitos para observa-ção e monitoramento, de funcionamen-to 24 horas, incluindo feriados e fins de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes.	Inicialmente é importante retomar a existência da Portaria GM/MS nº 336/2002 (BRASIL, 2002d), que criou os CAPS. As posteriores portarias dos CAPS permanecem com a sua formata-ção inicial, mas agregando novos elementos. Vale ressaltar que estas demandam ser atualizadas quanto ao seu financiamento, congelado desde 2013. Observe: • a Portaria GM/MS de recursos financeiros do CAPS nº 3.089/2011, alterada pela Portaria nº 1.966/2013 (BRASIL, 2011e, 2013d); • a Portaria GM/MS CAPS AD III 24h nº 130/2012, republicada em 2013 (BRASIL, 2012e, 2013c); • a última Portaria GM/MS de alteração de custeio foi a nº 1.966/2013 (BRASIL, 2013d). Importante destacar que, através da Portaria GM/MS nº 2.987/2020 (BRASIL, 2020), o Ministério da Saúde “habilita/altera a habilitação de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Gru-po de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) dos Estados e Municípios”. Assim como os dispositivos da atenção básica, os CAPS passam a não ter rubrica própria, passando o seu recurso a ser incorporado no teto geral da média e alta complexidade. Para melhor compreender essa mudança de financiamento, veja a publicação do Desinstitute (2021).

Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA.	A portaria referente à UA, dispositivo vinculado ao CAPS, enfatiza esse serviço como uma moradia provisória para os usuários sob cuidados do CAPS que demandem esse tipo de assistência com-plementar durante o seu tratamento – Portaria GM/MS nº 121/2012 , republicada em 21 de maio de 2013 (BRASIL, 2012c).
---	-----	--

Continua

COMPONENTES DA RAPS (PORT. GM/MS Nº 3.088/11, REPUBLI- CADA EM 2013)	PONTOS DE ATENÇÃO	PORTARIAS E ESPECIFICIDADES
Atenção Hospitalar	enfermaria especializada em hospital geral; serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.	Esse componente foi bem importante para pensar a extensão dos cuidados em saúde mental em situações de crise com apre-sentação de comorbidades – Portaria GM/MS nº 148/2012 (BRASIL, 2012d). Contudo, com a reedição da RAPS em 2017, perdeu-se a ideia de leitos de saúde mental na clínica geral, e a ênfase foi dada apenas às enfermarias especializadas, ação inviável para boa parte das cidades brasileiras, que agregam, na sua maioria, hospitais de pequeno porte com ofertas exclusivamente das clínicas básicas.
Estratégias de Desins-titucionaliza-ção	SRT; PVC.	Esse é um componente estratégico para os processos de desin-stitucionalização. Como já vimos no capítulo 1, os SRT são instituí-dos pela Portaria GM/MS nº 106/2000 (BRASIL, 2000), alterada pela Portaria GM/MS nº 3.090/2011, republicada em 2011 (BRASIL, 2011f). Já o PVC foi implantado pela Lei Federal nº 10.708/2003 (BRASIL, 2003a) e regulamentado pela Portaria GM/MS nº 2.840/2014 (BRASIL, 2014a). Atualmente o valor do benefício do PVC é de R\$ 500,00, determina-do pela Portaria GM/MS nº 1.108/2021 (BRASIL, 2021a).
Estratégias de Reabili-tação Psi-cossocial	iniciativas de geração de trabalho e renda; empreendimentos solidários e coopera-tivas sociais.	Esse componente também é estratégico para os processos de desinstitucionalização. A Portaria GM/MS nº 132/2012 (BRASIL, 2012f) “institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimen-to do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Entretanto, obser-va-se que, na prática, tal portaria não foi operacionalizada de forma permanente na sua completude. Um aspecto importante a destacar é a articulação da saúde mental e da economia solidária²⁴, fundamental para a construção das principais diretrizes que embasam as ações desse componente. Ver o documento produzido pelo Ministério da Saúde: Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho (BRASIL, 2005b). O capítulo 4 explorará melhor a importância dessa estratégia para apoiar a inserção das pessoas no território.

Fonte: Elaboração própria.

Trataremos, a seguir, de forma mais detalhada das estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial que viabilizam diretamente as questões de moradia, trabalho e renda, fundamentais para os processos de desinstitucionaliza-ção.

Sobre os SRT, como já vimos, a [Portaria GM/MS nº 106/2000](#) (BRASIL, 2000) e a [Portaria GM/MS nº 3.090/2011](#) (BRASIL, 2011f) são importantes. Para aprofundar a discussão, tomaremos a segunda portaria, publicada mais recentemente, para tratar dos dois tipos de SRT I e II:

- § 1º São definidos como SRTs tipo I moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitu-cionalização. Esta modalidade de moradia deve acolher até 8 (oito) moradores.
- § 2º São definidos como SRTs tipo II as modalidades de moradia destinadas àquelas pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cui-dados permanentes específicos. Este tipo de SRT deve acolher até 10 (dez) moradores [...] (BRASIL, 2011f).

²⁴ “É antes de qualquer coisa uma opção ética, política e ideológica, que se torna prática quando os optantes encontram os de fato excluídos e juntos constroem empreendimentos produtivos, redes de trocas, instituições financeiras, escolas, entidades representativas, etc., que apontam para uma sociedade marcada pela solidariedade, da qual ninguém é excluído contra vontade” (BRASIL, 2005b, p. 11).

É importante lembrar que o SRT demanda a definição de um serviço de referência, seja o CAPS ou uma unidade da atenção básica, para o acompanhamento dos moradores. O município deve se habilitar no Ministério da Saúde para implantar os referidos serviços. O município pode implantar esses dispositivos, mesmo sem ser sede de um HP, desde que se responsabilize a apoiar o retorno de pessoas em processo de desinstitucionalização no seu território ou implantar esses serviços por uma pactuação interfederativa.

Como vimos no capítulo 1, a moradia articula-se ao PVC, que constitui um benefício para a garantia de uma renda mínima das pessoas em processo de desinstitucionalização (aquelas egressas de longas internações). O benefício é pessoal e, para assegurá-lo, as pessoas precisam ser acompanhadas por uma referência técnica no território. O município cadastra-se no Ministério da Saúde, indicando o profissional responsável para acompanhar os cadastros e articular estratégias de cuidado e de apoio à gestão do recurso, de acordo com as necessidades de cada pessoa.

No capítulo 4, exploraremos melhor a importância dessa estratégia para apoiar a inserção das pessoas no território, problematizando as questões cotidianas que se colocam na vivência do direito à moradia e ao auxílio do PVC. O componente da reabilitação psicossocial traz como questão central a geração de renda, não na perspectiva mercadológica que o sistema econômico impõe, mas com uma proposição inclusiva e solidária. Para isso, articulada à economia solidária, a perspectiva de geração de renda que tratamos aqui se mostra como uma forma de garantir a subsistência, mas desenhada, desde seu nascimento, a uma construção coletiva.

A Portaria GM/MS nº 132/2012 (BRASIL, 2012f) aponta que “o componente Reabilitação Psicossocial constitui-se de iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais”. Cria três linhas de financiamento e induz à elaboração de projetos em parceria com entidades representativas da organização de usuários e familiares. Essa portaria está vigente, mas seu financiamento foi praticado por meio de editais em um determinado período entre 2012 e 2015.

Como fruto de uma articulação intersetorial, foi criado no Brasil o potente Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social (PRONACOOOP Social), instituído pelo Decreto nº 8.163/2013 (BRASIL, 2013e). Infelizmente, tal proposição foi revogada pelo Decreto nº 10.087/2019 (BRASIL, 2019a), o que significou grande perda para o avanço de uma política de geração de renda com base na economia solidária e na perspectiva colaborativa e participativa, especialmente entre as pessoas vulnerabilizadas e com dificuldades de inserção no mercado formal do trabalho. Entretanto, como os empreendimentos solidários seguem existentes e resistentes, está em tramitação o Projeto de Lei nº 598/2021 (BRASIL, 2021e), propondo viabilizar a formalização das diversas iniciativas pautadas nas ideias de autogestão e de cooperação, como forma de retomar uma legislação norteadora.

Dados os retrocessos nacionais, a única possibilidade de avançar com projetos de geração de renda passa pelas articulações no âmbito local. Isso requer um exercício intersetorial: **articulação com Secretarias do Trabalho, da Assistência Social e outros empreendimentos solidários existentes na comunidade e voltados para pessoas vulnerabilizadas.**

Não podemos deixar de voltar a falar da importância da Portaria GM/MS nº 2.840/2014 (BRASIL, 2014a), que, ao criar o Programa de Desinstitucionalização, vinculado ao componente da RAPS “Desinstitucionalização”, viabiliza financeiramente a entrada de uma equipe técnica no HP e garante, após a conclusão da etapa de desospitalização, a realocação dessa equipe para a RAPS.

Vejamos as experiências de Santos, com as cooperativas de trabalho nas décadas de 1980 e 1990, de Porto Alegre, com o Geração POA, e de Goiânia, com o GERARTE, focando oficinas de trabalho com artesanato e com diferentes tipos de arte, e em Brasília, onde os usuários darede são responsáveis por um lava jato e uma oficina de produção de sabão, por exemplo.

Podemos citar ainda o Programa De Braços Abertos (DBA), em São Paulo, entre os anos de 2013 e 2017, como uma expressiva iniciativa de promoção de moradia e renda. Esse programa foi fruto de interlocução entre Secretarias da Saúde e da Assistência Social, com contratos de trabalhos formais estabelecidos junto à Prefeitura Municipal de São Paulo – serviços de limpeza urbana, gerais em prédios da administração pública.

Observemos, no Quadro 11, as possíveis modalidades de equipes e seus valores de financiamento.

Quadro 11 – Modalidades de equipes de desinstitucionalização

MODALIDADE DA EQUIPE DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	NÚMERO DE PESSOAS COM INTERNAÇÃO ACIMA DE UM ANO DE FORMA ININTERRUPTA	NÚMERO DE “EQUIPES DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO”	VALOR MENSAL DO INCENTIVO DE CUSTEIO (R\$)
A	8 a 19	2 profissionais	10.000,00
B. I	20 a 60	1 equipe	35.000,00
B. II	61 a 120	2 equipes	70.000,00
B. III	121 a 180	3 equipes	105.000,00
B. IV	181 a 240	4 equipes	140.000,00
B. V	241 a 300	5 equipes	175.000,00
B. VI	301 a 360	6 equipes	210.000,00
B. VII	A partir de 361	7 equipes	245.000,00

Fonte: Elaboração própria.

A portaria supracitada, atrelada a outros componentes de atenção da rede, termina por funcionar como um mecanismo indutor dos processos da desinstitucionalização no território. Conforme vimos no capítulo 1, a mudança do cenário político impossibilitou a efetivação do Programa de Desinstitucionalização. Isso porque, para além da indução referente à implantação da RAPS, a política de formação e qualificação da rede, necessária e indispensável à manutenção dos serviços, tem

sido cada vez mais inviabilizada.

Considerando o “apagão de dados” a respeito da política de saúde mental no Brasil, conforme aponta o [Desinstitute](#) (2021), é importante que os atores locais realizem mapeamento das ofertas de formação existentes na atenção psicossocial, no âmbito das esferas governamentais e das instituições públicas de formação.

Tomar conhecimento do que foi construído torna-se um passo importante para as reivindicações de fazer valer as proposições normativas, pela pauta das agendas dos gestores nos seus colegiados ou pelo sistema de Justiça, no tensionamento para que o Ministério da Saúde coloque em prática os instrumentos legais e as linhas de financiamento disponíveis para a efetivação dos processos de desinstitucionalização.

O financiamento insuficiente ou inexistente de alguns pontos da RAPS, a ausência de indução política por parte do governo federal, a existência de trâmites burocráticos e morosos nas gestões locais, a precarização dos vínculos e das condições de trabalho, somada à baixa oferta de programas de qualificação/formação da RAPS, constituem barreiras no que se refere ao acesso à rede e terminam por interferir no curso dos processos de desinstitucionalização nos territórios. Como agravante de tal cenário, temos as repercussões do contexto pandêmico que interferem no ritmo e desenvolvimento dos velhos e novos processos de desinstitucionalização, com produção de: esgotamento das equipes, intensificação das fragilidades dos serviços territoriais da saúde e da assistência social e aumento da vulnerabilidade social da população.

Compreendemos que muitas das problematizações destacadas acerca da RAPS se reproduzem com proporções diferentes e singulares nas demais redes (PNAISP e SUAS). A operacionalidade da intersetorialidade, apesar de estar na base das políticas públicas e se configurar como necessária para responder ao princípio da integralidade e às complexas demandas da população no território, ainda requer avançar.

Essas problematizações apresentadas em torno do cenário brasileiro interferem diretamente nos processos de desinstitucionalização, não apenas no que se refere ao seu desenvolvimento prático, mas à lógica com que se opera.

Com base nas diversas experiências brasileiras, destacamos a seguir algumas estratégias possíveis para abordagem das referidas problematizações:

- ampliação da RAPS;
- qualificação dos trabalhadores da RAPS;
- gestão pública e participativa da RAPS e dos processos de desinstitucionalização;
- trabalhos conjuntos das promotorias com as defensorias;
- organização política dos usuários e trabalhadores.

3. 2. 3. 1 AMPLIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Essa estratégia implica o exercício de negociações entre as esferas do SUS, considerando os desenhos regionais da RAPS,

especialmente no âmbito da CIR²⁵ e do CIB. Tal ação é necessária para avançar com a implantação e implementação dos serviços previstos no desenho da RAPS. Isso requer avaliação e repactuação da política de saúde mental no âmbito municipal no que se refere a:

- a. implantação de serviços;
- b. desenvolvimento de estratégias para garantia dos repasses dos recursos financeiros do SUS provenientes da esfera federal;
- c. pactuação de responsabilidade solidária entre gestores locais;
- d. apoio técnico e cofinanciamento das Secretarias Estaduais de Saúde para a RAPS.

3. 2. 3. 1. 1 IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS

Requer decisão política e agilidade na operacionalização dessa implantação, especialmente quando os recursos financeiros já foram pagos há anos e correm o risco de serem devolvidos. Não esqueçamos que fechar hospitais requer também a expansão e o fortalecimento da RAPS.

3. 2. 3. 1. 2 DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIAS PARA GARANTIA DOS REPASSES DOS RECURSOS FINANCEIROS DO SUS PROVENIENTES DA ESFERA FEDERAL

Falamos aqui dos tensionamentos necessários para que o Ministério da Saúde aplique devidamente e em tempo hábil os recursos financeiros e técnicos que viabilizem a implantação de novos serviços para garantir os processos de desinstitucionalização em curso nas diferentes localidades.

Vejamos o [Ministério Público Estadual de Pernambuco](#) que, ante o fechamento de HP no estado e a morosidade dos processos de desinstitucionalização, visibilizou em reunião pública os obstáculos para implantação dos SRT, atuando com o Ministério Público Federal nas devidas exigências e encaminhamentos para garantia do cumprimento do financiamento e das proposições normativas da RAPS.

3. 2. 3. 1. 3 PACTUAÇÃO DE RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA ENTRE GESTORES DO MESMO ESTADO EM RELAÇÃO À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DE PESSOAS INSTITUCIONALIZADAS EM HP E HCTP, COM COMPROMETIMENTO DA ORGANIZAÇÃO DA REDE E CONSEQUENTE ACOLHIMENTO DAS PESSOAS INSTITUCIONALIZADAS

Importante que, na formalização dessa pactuação, se formatem instrumentos de gestão que garantam a realocação da AIH dos HP e vagas necessárias nos SRT implantados no território para pessoas oriundas de HCTP. Sobre isso, apontamos

²⁵ CIR é uma instância de articulação, negociação e pactuação no âmbito do SUS entre secretários municipais de dada região e representação da Secretaria Estadual de Saúde.

anteriormente, na discussão do eixo operacional I, exemplos de experiências exitosas.

3. 2. 3. 1. 4 APOIO TÉCNICO E COFINANCIAMENTO DAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE PARA A RAPS

É imprescindível que as Secretarias Estaduais de Saúde criem estratégias permanentes de apoio técnico-político e de cofinanciamento estadual para expansão e qualificação da RAPS.

Vejamos os exemplos do:

- estado do Rio de Janeiro, que instituiu, no ano de 2019, o Programa de Cofinanciamento, Fomento e Inovação da RAPS do estado através das Resoluções SES nº 1.911/2019 (RIO DE JANEIRO, 2019) e 2.129/2020 (RIO DE JANEIRO, 2020). Independentemente da habilitação dos serviços por parte do Ministério da Saúde, os municípios contam com esse apoio;
- Rio Grande do Sul, que, em 2011, criou linhas de cofinanciamento articuladas a processos de apoio institucional e educação permanente para fortalecimento da RAPS e dos processos de desinstitucionalização.

3. 2. 3. 2 QUALIFICAÇÃO DOS TRABALHADORES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Indicamos aqui uma proposta de formação com base no cotidiano e nas necessidades postas para o cuidado dos usuários. Os processos formativos de educação permanente nesse sentido são fundamentais.

A política de educação permanente, na perspectiva psicossocial, qualifica as equipes no que se refere a incorporar habilidades e criticidade em torno de sua prática de cuidado. Falamos da necessidade do desenvolvimento do olhar crítico e propositivo quanto à problematização e ao enfrentamento do estigma, da periculosidade e dos processos de exclusão presentes na sociedade brasileira. Entretanto, dado o desfinanciamento de muitas ações de saúde mental, problema exposto anteriormente, faz-se necessário investir em novos arranjos locais de qualificação para os profissionais da atenção básica, dos CAPS e dos demais serviços da RAPS.

Tomar, nesses casos, as universidades como parceiras pode ser um caminho, dada a possibilidade de articulação de projetos de extensão, de formação e de pesquisa no âmbito psicossocial. Tal perspectiva pode ampliar e estruturar a produção de conhecimento em saúde mental no âmbito local e visibilizar as evidências psicossociais que se materializam na capacidade de resposta dos serviços territoriais e, conseqüentemente, na transformação da vida das pessoas.

Outros caminhos podem surgir com base nas diretrizes e recursos da educação permanente no âmbito do SUS. Para isso, é essencial que a pauta da saúde mental entre nos programas de educação permanente das Secretarias de Saúde, sejam elas estaduais ou municipais. Cabe a cada secretaria criar arranjos próprios que garantam os processos de educação permanente em saúde e em saúde mental, com metodologias diversificadas e formações que dialoguem com as diferentes realidades dos trabalhadores.

Outro dispositivo a ser articulado são as Escolas de Saúde Pública, no âmbito estadual ou municipal, que podem em muito contribuir para os processos formativos dos trabalhadores da RAPS.

Vejamos no quadro a seguir alguns exemplos que dialogam com os arranjos indicados.

O estado de Minas Gerais, com a oferta de financiamento de supervisão clínico-institucional para todos os CAPS no estado, desenvolvida pela Secretaria Estadual de Saúde.

A Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), que vem desenvolvendo, desde 2016, um processo de formação permanente para os trabalhadores da RAPS no estado, inclusive virtualmente durante a pandemia.

3. 2. 3. 3 GESTÃO PÚBLICA E PARTICIPATIVA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E DOS PROCESSOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Entendemos que a realização da administração direta pelo gestor público é fundamental para a operacionalização do SUS e da RAPS. Os equipamentos da RAPS devem se manter sob gestão direta das Secretarias de Saúde, dada a complexidade destes.

A condução por parte do gestor público deve privilegiar os espaços coletivos de gestão e decisão. É importante desenvolver um modelo de gestão que prime pela organização e diálogo com coletivos internos e externos ao sistema de Saúde, com pautas referentes aos macro e microprocessos. Falamos de colegiados de gestores, fórum intersetorial de saúde mental, fórum de desinstitucionalização e outros espaços.

Envolver os trabalhadores e usuários da RAPS nos planejamentos e discussões de casos da rede é fundamental para realizar o enfrentamento das questões operacionais dos processos de desinstitucionalização.

No estado de Pernambuco, acontecem mensalmente duas reuniões: a do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental e a do Fórum de Desinstitucionalização. Este último agrega trabalhadores da RAPS, incluindo cuidadores de SRT, coordenadores de saúde mental, representantes da Defensoria e do Ministério Público e de movimentos sociais. Com reuniões mensais e canais de comunicação pelas redes sociais, esse fórum pauta a discussão de questões relevantes acerca do tema da desinstitucionalização, produzindo problematizações e alinhamentos locais assim como apoio para algumas tomadas de decisão.

No Rio de Janeiro, por sua vez, a Coordenação Estadual de Saúde Mental desenvolve gestão colegiada por: reuniões mensais do grupo condutor da RAPS de cada região, reuniões bimensais de coordenadores municipais de saúde mental e publicação mensal de informativo sobre os dados de saúde mental no âmbito estadual.

3. 2. 3. 4 TRABALHOS EM CONJUNTO COM AS PROMOTORIAS E DEFENSORIAS

A Defensoria Pública é uma instituição permanente do Estado voltada para a assistência jurídica gratuita das pessoas, a promoção dos direitos humanos e a defesa em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita para a população, seguindo critérios internos para definir o público que atenderá.

O Ministério Público, por sua vez, também é uma instituição permanente do Estado que visa à defesa da ordem jurídica, do regime democrático e de tutelas coletivas, tendo por objetivo a defesa do interesse público, não promovendo assistência jurídica diretamente à população.

Essa estratégia é essencial para garantir o direito dos usuários ao cuidado na perspectiva psicossocial, uma vez que esses órgãos podem acompanhar e exigir o cumprimento dos marcos legais por parte do Executivo.

Quanto à atribuição do Ministério Público no que se refere à RAPS, o grupo de trabalho Saúde (GT Saúde) da PFDC/MPF (BRASIL, 2011c) aponta que, dada a descentralização do SUS, é importante a atuação do Ministério Público estadual incluindo, quando possível, a atuação conjunta com promotores das cidades/regionais. Destaca como possíveis questões para sua pauta e sugestões de atuação:

6.1 – Levantamento da situação dos municípios: a) existência de CAPS, inclusive CAPS AD e CAPS I, em número adequado; b) existência de serviços residenciais terapêuticos; c) existência de hospital psiquiátrico, sua avaliação no PNASH-Psiquiatria e existência de projeto terapêutico de alta programada para os pacientes; d) existência de pacientes provenientes de outros municípios, para que seja viabilizada a alta familiar ou sejam transferidos para residências terapêuticas em seu município de origem. 6.2 – Buscar informações sobre a avaliação dos serviços pelos gestores municipal, estadual e federal. 6.3 – Reunião com gestores para buscar consensualmente o cronograma de implantação das ações de desinstitucionalização e implantação dos serviços extra-hospitalares. 6.4 – Termo de ajustamento de

Conduta, recomendação e ação civil pública buscando a garantia dos pacientes de longa permanência e implantação dos serviços extra- hospitalares[...]. O MP estadual detém a atribuição para atuar nas internações involuntárias e compulsórias e nos processos de curatela (BRASIL, 2011c).

Em relação à Defensoria Pública, respaldada em diversos documentos emitidos ao longo do tempo, identificamos a elaboração de 27 enunciados que contemplam consensos e recomendações para sua atuação em relação ao zelo das “políticas públicas de saúde mental” – Enunciados do Seminário Internacional Defensoria no Cárcere e a Luta Antimanicomial (RIO DE JANEIRO, 2017b). Entre as ações individuais voltadas para as pessoas em medida de segurança privadas de liberdade, atribui a si a tutela coletiva destas, recomendando aos defensores:

- o acompanhamento dos municípios quanto ao recebimento e à adesão à PNAISP, especialmente no que se refere ao recebimento dos incentivos financeiros previstos na Portaria GM/MS nº 482/2014 (BRASIL, 2014c) e Portaria GM/MS nº 2.765/2014 (BRASIL, 2014f);
- fiscalização das unidades prisionais através de vistorias regulares, observando as condições estruturais e de subsistência dos custodiados dentro da instituição, inclusive a adequação da composição e funcionamento das equipes de atenção básica prisionais à população prisional, nos moldes da Portaria GM/MS nº 482/2014 (BRASIL, 2014c);
- aplicação de medidas extrajudiciais e judiciais destinadas à implementação do serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas (EAP ou congêneres) vinculado à PNAISP.

3. 2. 3. 5 ORGANIZAÇÃO POLÍTICA DOS USUÁRIOS E TRABALHADORES

A organização política dos usuários e trabalhadores das redes é fundamental para garantir a implantação dos serviços e a oferta das condições para seu funcionamento. São esses atores que operam o sistema no cotidiano e podem em muito contribuir, como já dito, para planejar e acompanhar o desenvolvimento das políticas públicas e, no caso específico, das ações de desinstitucionalização.

Existem muitas formas de organização política, como fóruns, associações e movimentos sociais. A formação de coletivos aumenta a força de persuasão e interferência e permite a ocupação organizada de espaços estratégicos para o avanço da política, como: conselhos de saúde e de assistência social, conselhos gestores de unidades, conselhos municipais e estaduais de políticas sobre drogas e tantos outros espaços.

No capítulo 2, através das narrativas dos usuários e usuárias da RAPS, vimos o quanto é importante a participação dos usuários na formulação e no acompanhamento da implantação da política de saúde mental. Justamente por viverem a rede na sua intensidade e complexidade, têm muito a contribuir.

No Brasil, existem muitos coletivos protagonistas da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial que priorizam nas suas pautas o tema da desinstitucionalização.

Vejamos, por exemplo, a experiência do Fórum Gaúcho, no Rio Grande do Sul, e do Fórum Mineiro de Saúde Mental, em Minas Gerais. As denúncias realizadas, a ocupação de espaços estratégicos, a interlocução com o Legislativo, entre outras ações, mantêm aquecida a rede e as estratégias de resistência nos referidos estados.

Outros expressivos exemplos são os movimentos sociais da RENILA e o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), importantes protagonistas de todas as conquistas referentes à política brasileira de saúde mental que, no presente, em articulação com outras entidades, têm realizado uma frente potente de resistência aos retrocessos no campo da saúde mental no Brasil. Outras iniciativas que expressam essa organização dos usuários podem ser vistas:

- no cadastro de associações de usuários e familiares de saúde mental no Brasil, organizado pelo Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM) em parceria com a Frente Estamira de CAPS no Rio de Janeiro;
- no programa Giro da 11 da TV 247 com o quadro “Livres sem manicômios”, protagonizado pelos usuários dos serviços de saúde mental e integrantes da Luta Antimanicomial.

Ressaltamos mais uma vez que, paralelamente à organização dos diferentes atores políticos do campo, é necessário que os gestores de saúde desenvolvam uma gestão participativa.

A metodologia permanente da organização da rede precisa amparar-se na avaliação periódica do processo de desinstitucionalização desenvolvido e na potencialização das experiências entre os pares, ou seja, dos aprendizados produzidos por ela, conforme sinalizado por Saraceno (2021). Parece-nos que esse é um percurso bem interessante para pensarmos a articulação e organização da rede de saúde e de assistência social, de forma intersetorial e comunitária.

Além dos recursos governamentais da rede, outros se apresentam como relevantes e fundamentais para o inacabado processo de desinstitucionalização: a vizinhança, o comércio local e as diferentes formas de organização comunitária.

É importante enfatizar que a desinstitucionalização só acontece pela conexão das pessoas e da rede, considerando os territórios geográficos e existenciais que marcam as relações. Nesse sentido, a cidade é o *locus* do desenrolar da vida.

Para aprofundar tais ponderações, seguimos com essa discussão no capítulo 4, em que detalharemos as metodologias necessárias para efetivação dos processos de cuidado e de reabilitação psicossocial, desde o processo iniciado dentro do hospital até a vida comunitária.



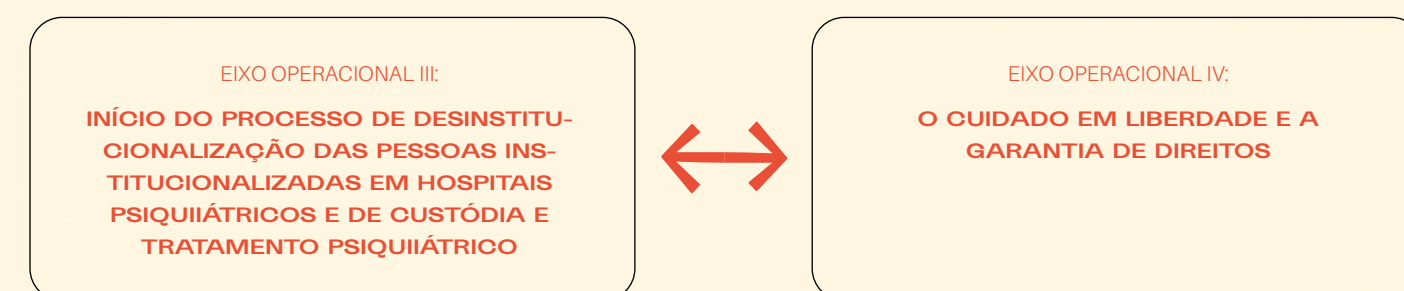
4. O direito à cidade: estratégias de cuidado

Capítulo 4

Neste capítulo, veremos como o processo de desinstitucionalização se dá por uma série de estratégias cotidianas e singulares, compreendidas como estratégias de cuidado. Essas estratégias foram desenvolvidas no território nacional e foram base para as principais proposições de apoio à vida em liberdade nesse cotidiano fora dos muros. Estamos falando dos SRT, do PVC e de estratégias de geração de trabalho e de renda. Como visto no capítulo 3, as regulamentações dessas proposições norteiam as principais práticas de cuidados aqui abordadas.

Iniciamos com esses destaques porque tais proposições são centrais para a garantia de direitos de acesso a moradia, trabalho e renda, de forma articulada pelos serviços territoriais, em PTS construídos dadas as condições e projeções de vida de cada pessoa em processo de desinstitucionalização. A articulação, de responsabilidade dos serviços territoriais de referência, os CAPS, constrói as diferentes possibilidades da vida na cidade.

Para ser possível essa articulação, como continuidade do processo de desinstitucionalização, apontamos para dois eixos operacionais. Como no capítulo 3 vimos dois outros eixos, seguimos com uma numeração neste ponto do texto, apenas para fins de organização. Estamos falando do início do processo dentro das instituições com características asilares e de ações para garantir a vida na cidade:



4. 1 EIXO OPERACIONAL III: INÍCIO DO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PESSOAS INSTITUCIONALIZADAS EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS E DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

O processo de desinstitucionalização das pessoas moradoras de HP e HCTP começa no interior dessas próprias instituições, com o desenvolvimento de ações de cuidado com vistas ao atendimento das necessidades humanas básicas, à restituição de direitos e, principalmente, à saída do hospital para o território. Assim, apresentamos as ações necessárias e a relação entre elas, uma vez que estas devem ocorrer simultaneamente, de acordo com cada situação e demandas de cada pessoa em seu processo.

Para começarmos a desenhar as ações iniciais de desinstitucionalização dentro do hospital, apontamos dois princípios orientadores:

- **trocar a porta de ferro pelo diálogo.** Consiste em abrir internamente todas as áreas – quartos, alas e celas fortes fechadas por portas de ferro – para a livre circulação das pessoas. Com isso, compreendemos que se transformam as relações, com a eleição da convivência e do diálogo entre os profissionais e as pessoas internadas como os principais elementos do cuidado;
- **substituir a vigilância e o controle pelo cuidado e protagonismo das pessoas.** A retomada da livre circulação e a aposta no diálogo contínuo privilegiam estratégias que passam a ser pensadas e desenvolvidas com as pessoas e para atender às suas necessidades reais, compreendidas por demandas reais – banho, vestuário, alimentação, a vida cotidiana.



A decisão de gestão para entrar nos hospitais deve ser organizada com base na elaboração de um **plano de ação**, acordado coletivamente, com responsabilidades e objetivos claramente definidos. Para isso, entendemos como necessária a nomeação de uma equipe que possa, com o corpo técnico do hospital, realizar a gestão do cuidado das pessoas internadas. Essa ação foi utilizada em processos de desinstitucionalização no Brasil, mediante investimentos próprios do gestor público na contratação de profissionais para esse fim específico ou na realocação de recursos humanos da própria RAPS para o desenvolvimento desse trabalho.

Como visto nos capítulos 1 e 3, destacamos que, desde 2014, foram criadas referências técnicas e de financiamento para contratação da equipe de desinstitucionalização para atuação em HP e do EAP para atuação em HCTP.

Conforme preconiza a [Portaria nº 2.840/2014 \(BRASIL, 2014a\)](#), a gestão clínica dentro do hospital deve se dar pela ação conjunta da equipe de desinstitucionalização com a equipe do hospital, de forma que reorganize o processo de trabalho visando quatro linhas de cuidado:

- I. a garantia das ofertas básicas necessárias para sobrevivência das pessoas institucionalizadas com dignidade: alimentação, cuidados clínicos, insumos de higiene, suspensão de todas as intervenções coercitivas de violação de direitos existentes no ambiente institucional;
- II. a mudança da rotina hospitalar, a aproximação e o envolvimento de familiares e o processo terapêutico que vislumbre a saída das pessoas do hospital;
- III. negociações com familiares e corpo técnico do hospital para mediação de conflitos ante os diferentes interesses de forma que resguarde o desenvolvimento do processo de desinstitucionalização, especialmente no que se refere ao programa de alta das pessoas institucionalizadas. Pensar o desmonte do manicômio demanda pensar a desinstitucionalização de todas as pessoas que nele adentram e a necessária reconversão de recursos;
- IV. estabelecimento de fluxos entre Defensoria, Ministério Público, Judiciário e Executivo para viabilização dos meios relativos à restituição de direitos das pessoas institucionalizadas.

Vale ressaltar que essas quatro linhas de ação são simultâneas ao longo de todo o processo de desinstitucionalização e que o desenvolvimento delas começa dentro do hospital, mas deve permanecer fora dele. O êxito da execução de ações específicas dessas linhas repercutirá na sustentabilidade das pessoas no território. A esse respeito, retomaremos a discussão na segunda parte deste capítulo.

Quanto à execução dessas linhas, é possível observar diferentes configurações nas várias experiências brasileiras. Tais configurações ora são colocadas como etapas, como dimensões, ora como momentos dinâmicos e complexos de constantes desafios, conforme descrito por diferentes trabalhos acadêmicos²⁶.

Entre tantas experiências brasileiras, destacamos a de [Barbacena](#), uma das pioneiras no país. A cidade aposta há anos em diferentes estratégias para promover a desinstitucionalização de pessoas.

Nesse sentido, com base em elementos transversais, independentemente da natureza do hospital, se HP ou HCTP, indicamos a seguir quatro estratégias, com vistas ao início do trabalho de desinstitucionalização no que se refere a:

- organização do processo de trabalho;
- pessoas institucionalizadas;
- famílias;
- rede territorial.

4. 1. 1 ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

O primeiro passo para o início da organização do processo de trabalho é a constituição de uma equipe de desinstitucionalização que não será vinculada ao hospital, mas atuará no hospital, numa permanente interação com a rede territorial. Essa equipe precisará pautar sua prática pelas necessidades e interlocução das pessoas institucionalizadas, considerando também os demais atores do processo no diálogo cotidiano com: a gestão da Secretaria de Saúde, a gestão do hospital, a equipe do hospital, as pessoas institucionalizadas, suas famílias, a comunidade e os demais atores institucionais envolvidos ao longo do processo.

Para compor a referida equipe, a gestão da Secretaria de Saúde pode identificar profissionais do quadro, deslocando-os para esse trabalho específico, ou realizar um processo seletivo para esse fim. Uma vez constituída, a equipe de desinstitucionalização servirá como apoio à equipe interna do hospital, que deverá, dentro do possível, ser envolvida no processo, considerando que são fundamentais as mudanças de práticas no ambiente institucional. Em parceria, a equipe de desinstitucionalização e a equipe do hospital poderão se aproximar das pessoas institucionalizadas, estabelecer vínculo e organizar as ações terapêuticas necessárias para o cuidado dentro e fora do hospital.

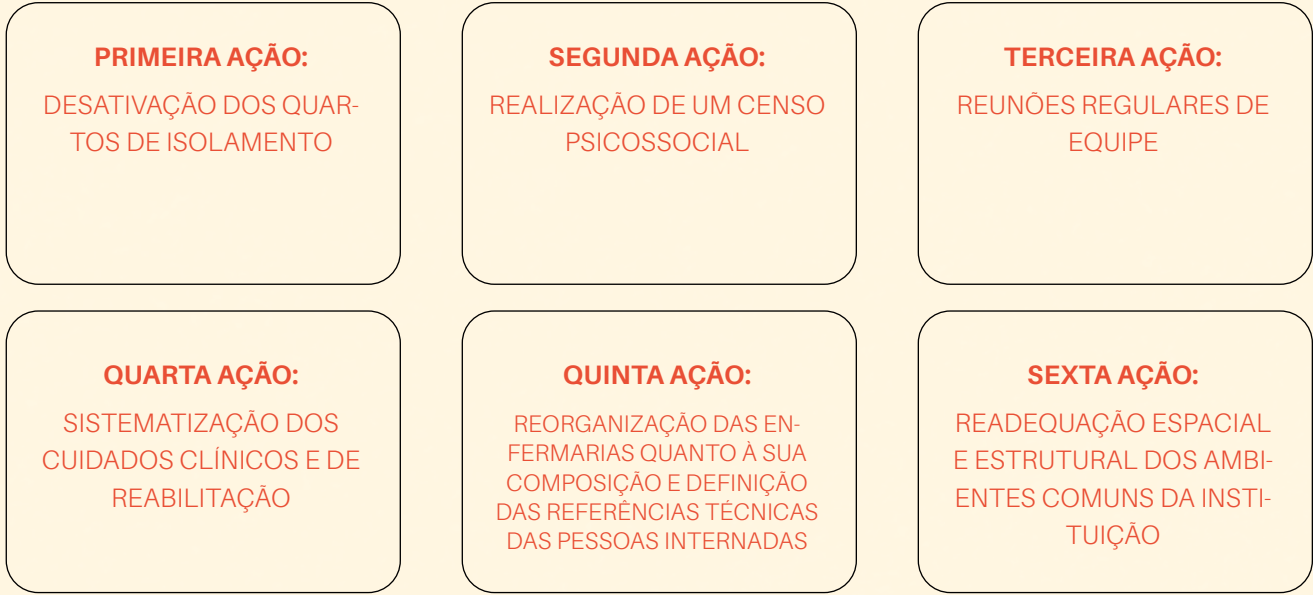
Importante ressaltar que, no HP, a coordenação dessa equipe será, prioritariamente, realizada por pessoa designada pela própria Secretaria de Saúde. Essa coordenação será a responsável por realizar a gestão clínica, e está implícito no exercício desse papel ser facilitador, articulador, mediador e apoiador no processo de desinstitucionalização a ser desenvolvido. No caso dos HCTP, os desafios são muitos e peculiares à configuração dessas instituições vinculadas ao sistema prisional e de Justiça.

A equipe de desinstitucionalização, considerada aqui como o EAP, requer um processo de trabalho imbricado com a Defensoria Pública, no qual alvará e avaliação psicossocial, articulação de rede, resgate da história das pessoas institucionalizadas precisam caminhar paralelamente. Isso demanda um diálogo permanente entre os operadores da RAPS e do sistema de Justiça, especialmente com peritos e equipes de saúde do sistema prisional e juízes.

O processo de alta de uma pessoa internada em HCTP consiste na revisão de marcos regulatórios jurídicos, como a medida de segurança, a avaliação de cessação de periculosidade e das perícias psiquiátricas.

Vale ressaltar que periculosidade é um conceito sem respaldo no campo da Saúde, pois não há a constatação de pessoas terem em si a característica e/ou a predisposição à prática de crimes. Ante essas complexidades, apresentamos seis ações que consideramos norteadoras para atuação da equipe de desinstitucionalização no HP ou no HCTP.

²⁶ Destacamos aqueles referentes às experiências de Santos (SP), Paracambi (RJ), Campina Grande (PB), Camaragibe (PE), Barbacena (MG), Juiz de Fora (MG) e Sorocaba (SP), entre outras.



A **primeira ação** trata da desativação dos cárceres e da proibição de confinamento e de isolamento das pessoas internadas, com organização de atividades que favoreçam a abertura de espaços para livre circulação e o convívio entre as pessoas no ambiente hospitalar.

A **segunda ação** refere-se à realização de um censo psicossocial. Essa ação pode e deve mesclar metodologias de censos sociodemográficos, de avaliação clínica e de condições psicossociais das pessoas internadas, uma espécie de caracterização do perfil dessa população, conforme aponta Barros *et al.* (2014).

As informações mapeadas num processo multifatorial são fundamentais para a elaboração de um plano de ação. Com isso, visamos ao estabelecimento de estratégias e metas para atender às necessidades individuais e coletivas da população internada. Demandam-se, para isso, articulações internas e externas às instituições.

Esse censo deve se formar com base em elementos coletados por entrevistas junto às pessoas institucionalizadas e à equipe profissional do hospital, como também por consulta aos prontuários. Pontuamos como informações importantes:

- número total de internos da instituição;
- dados pessoais, como idade, raça, gênero, estado civil, profissão e outros;
- identificação de dados da história de vida das pessoas, incluindo informações a respeito do município de origem e contato de familiares, quando houver;
- tempo e história da internação das pessoas;
- levantamento de documentação existente e caracterização da condição civil: interdição, curatelas²⁷. Esse diagnóstico

permite, de imediato, realizar, com as pessoas ainda dentro do hospital, articulação com os devidos órgãos externos (Cartório de Registro Civil e Defensoria/Promotoria);

- identificação de benefícios, pensões e outras rendas, quando houver;
- diagnósticos clínicos, presentes nos prontuários, ou identificados por novas avaliações;
- no caso dos HCTP, será necessário, ainda, levantamento da situação das medidas de segurança e das internações provisórias impostas e executadas. Há um contingente populacional aguardando a avaliação de cessação de periculosidade²⁸ e outro contingente mantido provisoriamente, por determinações judiciais baseadas nos autos, mas sem a avaliação, muitas vezes por falta de equipe técnica responsável por essa ação durante o processo judicial. Recomenda-se que a cessação de periculosidade possa ser realizada por equipe multiprofissional e não somente por profissional médico.

Vejamos o exemplo do estado de São Paulo, que realizou o primeiro Censo Psicossocial em Hospitais Psiquiátricos no ano de 2008, organizado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e sistematizado e publicado pelas professoras da Universidade de São Paulo (USP) Sônia Barros e Regina Bichaff, potencializando desde então os processos de desinstitucionalização em diferentes municípios (BARROS; BICHAFF, 2008; BARROS *et al.*, 2014, p. 1.237).

Algumas experiências apostaram na construção de apoios externos para a execução desse levantamento. Assim, o trabalho pode ser feito tanto pela equipe de desinstitucionalização, em apoio à equipe hospitalar, quanto por universidades, por projetos de extensão, de formação, de estágio.

Uma **terceira ação** é a definição de reuniões regulares de equipe. O estabelecimento de uma rotina de discussão sobre cada ação a ser implantada, sobre o fazer e acerca da situação de cada uma das pessoas internadas possibilita uma organização horizontal do processo de trabalho e a participação ampliada dos trabalhadores na formulação e execução das estratégias. Nesse sentido, a construção de escalas de trabalho, a troca de plantões e a constituição de equipes de referência das pessoas internadas permite o acompanhamento singular, a possibilidade de cuidados ante situações clínicas corriqueiras ou em situações emergenciais, além de potencializar vínculos e mudanças de práticas.

As precárias condições das internações, de trabalho da equipe do hospital, portanto, do cotidiano institucional, demandam transformações que devem integrar o que chamamos e descrevemos aqui como a “gestão clínica do cuidado”.

Sendo uma ação transversal, essa gestão é um processo que se inicia dentro do hospital, com forte interlocução com o externo à instituição. Para isso, organiza o processo de trabalho das equipes pautado naquilo que consideramos como a **quarta ação**: a sistematização dos cuidados clínicos e da reabilitação das pessoas internadas.

Essa sistematização implica o planejamento e desenvolvimento de atividades terapêuticas dentro do hospital e de estratégias de aproximação das pessoas com a rede existente fora do hospital. O estabelecimento de novas atividades cotidianas amplia a livre circulação e o convívio entre as pessoas. Essas atividades podem e devem incentivar e contemplar um coti-

²⁷ Segundo a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), Lei Federal nº 13.146/2015 (BRASIL, 2015b), a curatela é um instituto que ainda existe, mas apenas parcial e tão somente para questões patrimoniais e negociais específicas (o juiz tem que listar quais). Ademais, é um instituto absolutamente excepcional, que não dá ao curador controle da vida do curatelado, temporário e que deve ser revisto com periodicidade.

²⁸ Cessação de periculosidade consiste em procedimento de avaliação de suposto risco de violência que uma pessoa oferece à comunidade.

diano voltado para resgate da história, para despertar de desejos, explicitação das necessidades e construção de habilidades para a vida diária com incursões prioritariamente no ambiente extramuros.

Outro aspecto importante é o restabelecimento de atividades físicas, de momentos de lazer, a criação de oficinas para incentivar habilidades: desde aquelas voltadas para promover autonomia em atividades simples, como tomar o próprio banho, até aquelas que poderão produzir autonomia em condições mais complexas de reabilitação.

Além das avaliações e do acompanhamento psicossociais, a implantação de uma nova perspectiva de atenção médica também é necessária. Falamos aqui da reavaliação médica quanto ao diagnóstico, de prescrições – revisão da farmacoterapia aplicada – e dos processos de alta. Em muitas situações de divergência acerca das indicações de alta das pessoas internadas, foi necessário definir estratégias específicas para viabilizar a desospitalização. Vejamos algumas delas:

- instituição de uma junta médica para respaldo das altas, reunindo profissionais do hospital e da equipe de desinstitucionalização, com a necessidade de uma mediação externa em alguns casos;
- pactuação com as famílias que aderem ao processo proposto de desinstitucionalização, para solicitação formal da alta de seu familiar;
- suspensão de pagamento da AIH por parte do gestor público e determinação de alta por transferência para a RAPS, apoiada em parecer técnico da equipe de desinstitucionalização.

No caso dos HCTP, segundo Soares Filho e Bueno (2016), ao analisarem a constituição dos dispositivos de EAP, a equipe de desinstitucionalização deve assumir integralmente a gestão das ações transversais e intersetoriais, das quais, destacamos:

- estudos multifacetados e integrais sobre as condições sociais e de saúde das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei e seu conjunto de relações (familiares e sociais), indicando medidas terapêuticas, ao contrário das medidas de internação e asilamento;
- mapeamento das redes existentes (de saúde e de assistência social) e agenciamento da produção de medidas pautadas em premissas da “clínica ampliada”, contribuindo para a realização do PTS e dos processos de desinstitucionalização daqueles que ainda estiverem sob custódia das administrações prisionais;
- articulação com o Poder Judiciário, influenciando-o no sentido da adoção das conversões de medida de segurança para tratamento ambulatorial ou para a extinção da medida;
- contribuição para que o sistema de Saúde em consonância com o sistema de Justiça Criminal garantam a individualização das medidas, nos termos da Lei nº 10.216/2001, acompanhando-as e avaliando-as;
- por fim, a atuação como referência técnica e como polos de apoio e capacitação dos que atuam no conjunto de instituições que propiciam tais medidas, para sensibilização e recebimento dos desinstitucionalizados na rede de atenção à saúde e na rede socioassistencial.

Como uma **quinta ação**, nomeamos a reorganização das enfermarias quanto à sua composição e a definição das referências técnicas das pessoas internadas. Indicamos uma organização que agregue pessoas com vínculos já estabelecidos ao longo da internação e/ou com a mesma origem municipal ou regional. Sempre que possível, é importante combinar esses dois elementos.

As informações obtidas pelo censo psicossocial colaboram para essa reorganização, com reconhecimento e construção do protagonismo dessas pessoas, valorizando seus vínculos socioafetivos estabelecidos, mesmo em meio a condições tão adversas.

Nessa reorganização das enfermarias, deve ser considerada a nomeação das referências técnicas para as pessoas interna-

das que se responsabilizarão diretamente pela condução do plano de reabilitação das pessoas que acompanham, atuando dentro do hospital e nos territórios dos serviços substitutivos onde essas pessoas vão habitar, de maneira que viabilize o trabalho de reabilitação psicossocial.

Outra ação necessária (**sexta ação**) é a readequação espacial e estrutural dos ambientes comuns da instituição. Se as condições de trabalho são precárias dentro dos manicômios, as vistorias realizadas nessas instituições no Brasil têm identificado também condições estruturais insalubres e insustentáveis. Por isso, faz parte do processo de desinstitucionalização prover condições ambientais satisfatórias. A restituição de condições básicas para sobrevivência é o primeiro passo para o processo de desinstitucionalização, por partir da questão central do reconhecimento e do respeito às pessoas que habitam naquele lugar.

Nessa etapa inicial do trabalho, é preciso desenvolver intervenções estratégicas e estruturantes que repercutam nas relações e dinâmica institucional, a saber: retirar as grades; acabar com os quartos de isolamento; aproximar os postos de enfermagem das enfermarias; revisar o número de pessoas internas em cada enfermaria; organizar os espaços, como banheiros, refeitórios e áreas comuns, com as condições adequadas de funcionamento; ofertar utensílios e insumos que garantam minimamente o bem-estar das pessoas, como copos, pratos, talheres, água potável para beber e higienização, papel higiênico, lençóis, toalhas, armários ou caixas para guarda dos pertences pessoais e outros elementos indispensáveis para a sobrevivência humana com dignidade. A cozinha e a lavanderia são outros espaços importantes para serem cuidados e que devem garantir a oferta de um bom serviço.

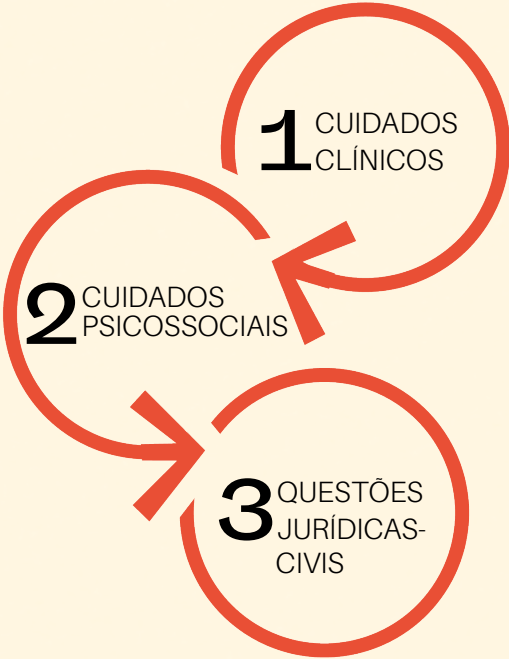
É importante lembrar que muitas ações mencionadas nesta seção são possíveis dentro dos HCTP, entretanto com limitações, dado o fato de que essas instituições contam com outro tipo de gestão e demandam negociações intersetoriais para que o processo de desinstitucionalização ocorra.

4. 1. 2 PESSOAS INSTITUCIONALIZADAS

Uma vez caracterizado o perfil da população moradora do hospital, é com a construção do PTS que podemos avaliar, a cada caso, as demandas específicas e os focos e a possibilidade do cuidado terapêutico. Essa é uma estratégia para projetar a vida em suas diferentes perspectivas, a curto, médio e longo prazos, precisando ser construída obrigatoriamente com as pessoas assistidas e com a rede que as receberá.

Dadas as graves repercussões da institucionalização na vida das pessoas, esse primeiro traçado do PTS, ainda dentro do hospital, tem a incumbência de disparar um processo de cuidado que terá continuidade no território. Por isso, a responsabilidade pela construção e acompanhamento do PTS, junto às pessoas, é da equipe de saúde mental do território.

Nessa etapa inicial, consideramos que três elementos são essenciais para o desenvolvimento do PTS:



4. 1. 2. 1 CUIDADOS CLÍNICOS

A ausência de exames preventivos, as condições precárias de vida dentro do asilo e a prática de tratamentos iatrogênicos terminam por contribuir com a evolução de enfermidades graves que não são identificadas precocemente ou que não recebem o devido e necessário tratamento. Garantir avaliação clínica de todas as pessoas internadas e organização da atenção clínica preventiva e curativa, estruturadas por intervenções imediatas, visa ao bem-estar, à sobrevivência das pessoas e à queda dos riscos e índices de adoecimento e óbitos dentro da instituição com característica asilar.

É comum observarmos nos vários relatos advindos das experiências brasileiras referências às situações diversas do ponto de vista clínico, como presença de escabiose, de desnutrição, de problemas dentários, entre tantos outros problemas de saúde. Assim, outra ação imediata trata da provisão de condições básicas para sobrevivência, como oferta de banhos, de roupas e alimentação adequada.

Outro aspecto importante dos cuidados clínicos é a reavaliação e o acompanhamento psiquiátrico, como parte da quarta ação mencionada anteriormente. É histórico o conhecimento sobre internações que se deram por questões sociais, como brigas familiares, comportamentos considerados transgressores e outros. O restabelecimento de condutas psiquiátricas adequadas com a devida revisão de diagnóstico e das prescrições terapêuticas colabora para o êxito de parte do PTS.

O livro *Holocausto Brasileiro* (ARBEX, 2014), ao retratar a história dos manicômios de Barbacena, revela bem essa realidade. Uma vez internadas, as pessoas foram submetidas a tratamentos homogeneizados, com medicações e outras terapêuticas adotadas indiscriminadamente.

4. 1. 2. 2 CUIDADOS PSICOSSOCIAIS

A avaliação psicossocial deve contemplar outras importantes dimensões do PTS. Falamos aqui dos aspectos psicodinâmicos da história de vida do sujeito, da caracterização das redes sociais e familiares, de suas habilidades, suas condições de subsistência e as possibilidades futuras de inserção social.

A retomada dos vínculos, o apoio ao desenvolvimento de habilidades para a vida diária, a aproximação de familiares identificados ao longo do processo, as iniciativas de alfabetização, de autocuidado, a comemoração de aniversários, por exemplo, podem se mostrar estratégias favoráveis ao percurso de construção da autonomia possível a cada sujeito. A oferta de atividades terapêuticas estruturadas, de múltiplos espaços de convivência e trocas são essenciais para trabalhar os aspectos objetivos e subjetivos que atravessam a existência: a forma como as pessoas vivem o cotidiano e se relacionam. Elementos estes essenciais para o exercício contratual das pessoas com o mundo.

Para a implantação de um conjunto de atividades e ações cotidianas que produzem mudanças nas relações, na tentativa de substituir a relação de tutela pela de contratualidade, é fundamental, segundo Kinker (2007), a realização de assembleias ainda dentro da instituição. Sugerimos, inicialmente, que sejam feitas assembleias de usuários com perspectivas de progressão para assembleias gerais, com a presença de familiares e de profissionais. As primeiras incentivam a participação de maneira radical nas elaborações e nas tomadas de decisão a respeito das ações a serem desenvolvidas e das quais as pessoas queiram participar. Já as segundas, as gerais, radicalizam as negociações entre diferentes atores participantes do processo, mostrando a riqueza e a potência dos diálogos, para lidar com os encaminhamentos e os devidos impasses e desafios.

No caso dos HCTP, todo o trabalho com a perspectiva de saída precisa ser articulado com o sistema de justiça. De acordo com Kolker (2016, p. 221), as regulamentações e recomendações do CNJ apontam que:

[...] os pacientes em situação de dependência institucional sejam beneficiados com programa específico para a alta planejada e a reabilitação psicossocial assistida.

O documento *Protocolo de Atuação da Defensoria Pública no Atendimento às Pessoas Presas ou Internadas* (RIO DE JANEIRO, 2017c), entre outros indicativos, recomenda que a execução de medida de segurança deverá ser direcionada pelo PTS, que, por sua vez, deve ser construído em parceria com a RAPS. Refere ainda que familiares e dispositivos da rede devem ser considerados no acompanhamento das pessoas custodiadas.

O referido protocolo aponta que, havendo conflito entre o PTS e o exame de cessação de periculosidade, a *Lei nº 10.216/2001* (BRASIL, 2001) deve ser a maior referência. Deve garantir, após os primeiros 45 dias de internação, o acesso do custodiado à avaliação e ao acompanhamento de equipe interdisciplinar psicossocial. Nesse contexto, coloca-se como prioridade de atenção: mulheres em situação de maternidade, idosas, pessoas com deficiência física, portadoras de doenças graves infectocontagiosas e pessoas segregadas para resguardo da integridade física.

4. 1. 2. 3 QUESTÕES JURÍDICO-CIVIS

Outro importante movimento em relação à restituição e preservação dos direitos é o levantamento acerca da documentação pessoal das pessoas internadas. Para a maioria destas, só existem os prontuários como o único documento, no qual há alguns registros sobre a origem da pessoa e o nascimento (naturalidade, nome completo ou mesmo nome de algum genitor), quando agregam essas informações. A maior parte não possui documentos pessoais anteriores preservados.

As experiências mostram que a emissão de documentação oficial, como o registro civil, por exemplo, é de difícil acesso, porque muitos perderam certidões de nascimento. Nesse sentido, algumas leis possibilitam providenciar a emissão de documentos oficiais. Podemos apontar a *Lei Federal nº 11.790/2008* (BRASIL, 2008c), que atualizou as condições para o registro de nascimento feitos fora do prazo legal, conhecido como registro tardio. Já a *Lei Federal nº 13.146/2015* (BRASIL, 2015b) reconhece a emissão de documentos oficiais, sem a exigência de curatela, conforme previsto em seu artigo 86.

A obtenção da documentação oficial, inexistente ou perdida, é um direito, e poder exercê-lo, inclusive sem a exigência de curatela, trata-se do reconhecimento de todas as pessoas como sujeitos de direitos e iguais perante a lei.

Caso a equipe não localize os documentos das pessoas, é importante atentar que estas podem e devem ser registradas tardiamente. Estamos falando de direito. De posse da certidão, ou registro tardio, é possível obter o documento nacional de identificação civil no Brasil (RG) e o cadastro de pessoa física (CPF) e, consequentemente, acessar benefícios como o PVC e/ou o BPC. A princípio, não é preciso judicializar os pedidos de certidão de nascimento tardia: basta juntar a documentação estipulada no *Provimento nº 28/2013* do CNJ (BRASIL, 2013g) e encaminhá-la ao Cartório de Registro Civil mais próximo.

No que se refere à curatela, parte da população internada encontra-se interditada – ainda que essa figura jurídica como curatela total não exista mais no Código Civil brasileiro, uma vez que essa legislação foi alterada em 2015 com a aprovação da LBI –, o que coloca entraves para a emissão de documentos oficiais e para o acesso a benefícios, sejam aqueles em vigor ou aqueles a que as pessoas terão direito após a saída do hospital. Nesse sentido, a revisão de curatelas pode ser um trabalho organizado pela equipe em parceria com as Defensorias Públicas.

Vale ressaltar que a interdição é ilegal. Muitas pessoas, quando assistidas na perspectiva psicossocial, conseguem administrar sua vida e seus recursos, sem obrigatoriamente precisar recorrer a um apoio mediado por um processo judicial. Como dito no capítulo 3, um importante trabalho de interlocução entre Promotorias e Defensoria Pública é essencial para processos de revisão de interdições vigentes.

Para enfrentar as situações judicializadas, apontamos as possíveis estratégias:

- desinterditar através do pedido judicial de levantamento da interdição/curatela deixando a pessoa livre para gerenciar a própria vida e bens;
- rever as interdições totais e torná-las específicas para algumas ações que envolvam dinheiro (curatela parcial);
- trocar o curador. Essa é uma saída mais imediata, mais fácil, que pode “reduzir danos”, quando indicado como curador alguém próximo do curatelado, com quem este tenha vínculo de confiança (pode ser familiar ou não);
- considerar o Decreto Federal nº 6.949/2009 (BRASIL, 2009a) e a Lei nº 13.146/2015 (BRASIL, 2015b) buscando a execução da tomada de decisão apoiada.

A tomada de decisão apoiada é uma estratégia jurídica que permite à pessoa identificar uma rede de confiança e constituir-la legalmente para auxiliar nos atos da vida. Importante que sejam consideradas as escolhas da pessoa que demanda apoio, os seus vínculos e as estratégias institucionais disponíveis para acompanhamento do desenvolvimento desse apoio.

No caso dos HCTP, dada a sua natureza, reafirmamos a necessária articulação dos EAP com os demais atores institucionais do território, para conduzir as ações descritas nesta seção.

Vimos nesta seção que as pessoas muitas vezes saem dos hospitais sem documentação ou em condição de curatela formalmente instituída. É importante lembrar que todo processo de desinstitucionalização deve convergir para reverter essas situações. É fundamental ofertar apoio para que as pessoas administrem sua vida livremente de forma autônoma. Para os que não se encontram nessa condição, destacamos que a judicialização deve ser evitada e acionada apenas em última instância.

4. 1. 3 FAMÍLIAS

O trabalho com familiares, quando possível, trata de aproximar vínculos, ajudar as famílias a compreender de forma mais crítica o fenômeno da loucura e as repercussões do modelo asilar, assim como apoiá-las no sentido de ressignificar e apreender novas formas de cuidado e convívio com seus entes. Trata-se de um verdadeiro trabalho de informação quanto ao processo: desmistificação da loucura, da incapacidade e do medo de desassistência e promoção de saúde.

Uma ação imediata é o contato com familiares, quando identificados, para compreender a configuração familiar, os vínculos e a história da pessoa internada e para realizar esclarecimentos e sensibilização quanto ao processo de desinstitucionalização, avaliando a disponibilidade e as condições da família para participar do trabalho em curso.

Com isso, propomos estabelecer possibilidades de convívio das pessoas internadas com suas famílias, através de encon-

tros internos, quando familiares puderem ir até o hospital, e externos, prioritariamente, para quando as pessoas puderem ir até as casas de seus parentes. Por fim, consiste em convidar familiares a participarem das assembleias gerais e do planejamento das ações de desinstitucionalização a serem desenvolvidas.

Essa aproximação envolve também compreender as relações existentes e sustentadas apenas pelo vínculo de curatelas formalmente estabelecidas. Observamos que as famílias, por se basearem na crença da incapacidade, incluindo muitas vezes a impossibilidade de receberem novamente em suas casas os parentes internados, mantiveram as internações em paralelo à administração dos benefícios sociais concedidos em nome de seus entes. Identificar curadores existentes, já constituídos, traz à tona, então, o desafio de reorganizar tanto o vínculo familiar quanto as condições de subsistência dessas pessoas. O simples ato de retomar a administração de tais recursos em benefício da própria pessoa titular se mostra um desafio mais amplo, pois se refere também às condições impostas a grande parte da população brasileira, pelas desigualdades sociais.

Outra situação crítica é quando os processos de desinstitucionalização se deparam com uma determinação judicial, baseada em uma pretensa exigência de curatela para efetivação de alta e/ou para acessar benefícios, contrariamente ao que afirma a legislação, como vimos.

A roda de conversa com pessoas em processos de desinstitucionalização, como mostramos no capítulo 2 e por ser parte da nossa metodologia, identificou que, em algumas instituições com características asilares, os próprios donos dos HP ou mesmo profissionais da instituição se configuraram como curadores. Parece-nos ser um fenômeno brasileiro corriqueiro, em que o administrador do próprio hospital ou até um funcionário gerencia o dinheiro e os benefícios de inúmeros pacientes, sem necessariamente uma articulação com o seu projeto terapêutico ou possibilidades de usufruto desses recursos pelo próprio beneficiário.

No caso das famílias de pessoas que cumprem medidas de segurança, muitas vezes, a depender da história, é difícil o resgate de vínculos, mas esse deve ser um caminho a seguir.

4. 1. 4 REDE TERRITORIAL

É importante que o trabalho iniciado dentro do hospital extrapole as paredes do manicômio, adentrando a cidade, especialmente os territórios onde as pessoas vão morar. Falamos aqui de uma espécie de costura entre o dentro e o fora, no sentido de levar as pessoas internadas a se conectarem com o mundo, a realidade fora do hospital, em constante interlocução com os serviços territoriais. As ações externas aos hospitais são fundamentais porque têm como objetivo final viabilizar a vida das pessoas em sociedade e as diferentes formas e maneiras de inseri-las socialmente.

Isso só é possível se, paralelamente a esse trabalho, outras ações, no âmbito da gestão pública, estejam acontecendo: a organização e a articulação da rede. Além da articulação com os serviços territoriais, é importante envolver outros atores institucionais nessa primeira etapa do processo de desinstitucionalização, que é a entrada no hospital para retirada das pessoas institucionalizadas. Para isso, conforme preconiza a Portaria nº 2.840/2014 (BRASIL, 2014a), é necessário que a equipe de desinstitucionalização mantenha interlocução permanente com a gestão pública local (municipal e estadual), que, por sua vez, deve responsabilizar-se pela realização de um diagnóstico, ou seja, a identificação da rede existente nas suas várias dimensões.

O censo psicossocial e o diagnóstico da rede territorial possibilitarão realizar o planejamento de expansão dos serviços e de ações necessárias para a efetivação do processo de desinstitucionalização, conforme o número de pessoas a serem desinstitucionalizadas.

Inicialmente, o processo envolve vários enfrentamentos socioculturais. É importante que a sociedade tenha acesso à realidade das instituições com características asilares que, imbuídas por um suposto mandato social de cuidado, se materiali-

zam como locais de isolamento e maus-tratos. Nesse sentido, a **imprensa** cumpre um papel social de poder informar e de poder discutir sobre o estigma.

A imprensa foi responsável, muitas vezes, por denunciar os horrores ocorridos dentro das instituições e, consequentemente, colocar na pauta cotidiana de dada sociedade a discussão da desinstitucionalização. Em algumas experiências, tal feito terminou por acelerar determinados processos.

Em Campina Grande (PB) e em Sorocaba (SP), por exemplo, foi fundamental a atuação da imprensa para atualizar a sociedade local sobre o que ocorria dentro dos HP e os desdobramentos do processo de desinstitucionalização. Destaca-se que a mobilização, na primeira experiência, partiu da equipe de desinstitucionalização do hospital, como forma de aproximar a população do problema, e, na segunda experiência, o movimento social foi responsável por mobilizar e difundir as denúncias junto à imprensa.

Outros importantes atores a serem articulados nesse processo são os **conselhos de classe comprometidos e já envolvidos com processos de desinstitucionalização**. A entrada de uma nova equipe no ambiente institucional para apoiar mudanças no processo de trabalho, processos estes cristalizados pelas equipes dos hospitais, leva muitas vezes a impasses e conflitos. Para isso, a discussão sobre as práticas dentro das instituições com características asilares mostra-se uma estratégia possível e com potencial grau de mediação de conflitos quanto ao estabelecimento de práticas técnicas.

Manter a interlocução também com as **universidades** é indispensável para o processo de formação das equipes e de intervenção dentro do hospital na perspectiva da desinstitucionalização. Ao analisarmos as diferentes experiências brasileiras, identificamos que as possibilidades de parceria com a universidade são múltiplas, vejamos:

- oferta de processos formativos para os profissionais do hospital e da rede na perspectiva do modelo psicossocial;
- realização de projetos de extensão no âmbito da desinstitucionalização que contribuam com a saída das pessoas do hospital e sua passagem para morar na comunidade;
- desenvolvimento de pesquisas que sistematizam as experiências de desinstitucionalização e novas tecnologias de cuidado em saúde mental;
- organização de práticas de estágio de estudantes de graduação e de programas de residência pautadas na perspectiva da desinstitucionalização.

Como discutido anteriormente, outros atores importantes no bojo das articulações são aqueles vinculados ao **sistema de Justiça**. O processo de restituição dos direitos e da condição civil, especificamente aqueles relativos à emissão de documentos, à revisão de curatela e ao acesso a benefícios sociais (novos ou aqueles já existentes), leva à necessidade de articulação permanente entre os operadores dos sistemas de Saúde e Justiça.

Como vimos ao longo desta seção, a articulação com diversos atores é essencial para o desencadeamento e sustentabilidade dos processos de desinstitucionalização. O mesmo se dá em relação aos **movimentos sociais da Luta Antimanicomial**, cuja escuta e protagonismo é fundamental para pensarmos um trabalho ético-técnico-político com repercussões para os processos.

O processo de desinstitucionalização é contínuo e inacabado, portanto, o grande desafio nessa etapa inicial começa em torno da saída das pessoas do hospital (desospitalização), demandando a continuidade das ações aqui elencadas, como

também o desenvolvimento de novas tecnologias de cuidado, visando à inserção das pessoas no território. É o que veremos a seguir.

4.2 EIXO OPERACIONAL IV: O CUIDADO EM LIBERDADE E A GARANTIA DE DIREITOS

Neste eixo, abordamos a vida cotidiana na cidade e nos serviços, pensando sobre o que a sustenta e quais as condições fundamentais para isso, buscando entender como as pessoas circulam nos territórios e quais as metodologias de cuidado possíveis de serem desenvolvidas, com base nas redes implantadas nas cidades. Ante tal desafio, há possíveis resistências culturais, sociais e econômicas à desinstitucionalização, para as quais, portanto, é necessária uma linha de cuidado em liberdade cujo paradigma também considere reabilitar o território.

Como dito no capítulo 3, quando pensamos as dimensões de necessidades a serem contempladas pelos recursos ofertados pela rede, citamos quatro: moradia, cuidados em saúde, trabalho e renda, cultura; sendo atravessadas pelos direitos civis. Tomaremos essas dimensões como eixos estruturantes da reabilitação psicossocial ou, como chamamos até agora, ações estratégicas. Discutiremos cada uma delas, sempre que possível mostrando as relações entre si.

4. 2. 1 MORADIA

Como afirma a Portaria nº 106/2000 (BRASIL, 2000), os SRT constituem casa, moradia: um elemento, entre tantos, do momento após a saída dos HP e dos HCTP. É, portanto, sobre onde as pessoas residirão. Como visto no eixo operacional III, identificar familiares e poder contar com eles nos processos de desinstitucionalização é um desafio.

Independentemente da natureza da nova moradia, se junto à família ou não, lembremos que, sempre que for possível, é indicado priorizar o retorno às cidades de origem. É comum encontrarmos no relato das pessoas institucionalizadas referências à cidade, aos nomes de praças, às lembranças que podem parecer vagas, mas dão pistas para entendermos de onde essas pessoas vieram e para onde, provavelmente, gostariam de voltar.

Lembremos da importância da construção do PTS, que segue como norteador de todo o processo após a desospitalização, devendo, claro, ser modificado ao longo do tempo, de acordo com as necessidades das pessoas no que se refere à reabilitação psicossocial. Nesse sentido, todo o trabalho buscará pensar sobre o morar fora do hospital, priorizando a possibilidade de morar com quem se quer.

Quando efetivada a nova moradia, caberá aos serviços territoriais desenvolver estratégias cotidianas de cuidado num processo de reabilitação assistida, junto às pessoas diretamente e suas famílias nessa nova convivência ou às pessoas quando passam a morar sozinhas. Nesta última situação, pensar em SRT ou RI coloca-se como um caminho estratégico.

Na prática brasileira, a maioria vai morar em SRT, por isso, para aprofundarmos as questões sobre o morar, tomaremos as experiências desses serviços, uma vez que a metodologia desenvolvida por eles termina por contribuir também para a lógica do acompanhamento daquelas pessoas que moram sozinhas, com a família ou mesmo numa RI.

Na maioria das experiências trazidas ao longo de todo este documento, alguns desafios se impuseram, tornando necessário o desenvolvimento de estratégias específicas a cada território quanto:

- I. à configuração da casa em relação à sua composição;
- II. ao imóvel e à localidade da casa;
- III. à ocupação da casa e à convivência coletiva.

4. 2. 1. 1 CONFIGURAÇÃO DA CASA EM RELAÇÃO À SUA COMPOSIÇÃO

O mais importante neste aspecto é considerar os vínculos das pessoas, pelo processo de reorganização das enfermarias nos hospitais, quando se inicia de fato a definição de quem vai morar com quem e em que casa. Às vezes, especialmente quando alguém volta à sua cidade de origem, a casa já está constituída. Nesse caso, a pessoa que sai do hospital será, na verdade, a nova integrante da moradia. Em situações como essas, recomenda-se investimento nas sucessivas aproximações à nova moradia com o estabelecimento mínimo de um vínculo que dê passagem para a efetivação da mudança definitiva.

Os CAPS têm uma responsabilidade no apoio aos SRT. Devem acompanhar as moradoras e os moradores, além de articular suporte aos/às cuidadores/as no desenvolvimento cotidiano de seu trabalho, sempre na perspectiva de “fazer junto”.

Pelo Brasil, observamos que surgiram algumas diferenças nas implantações dos SRT. Há cidades onde se optou por casas masculinas e femininas, partindo de um pressuposto mais tradicional do ponto de vista do cuidado e de como as pessoas se sentiriam melhor e com mais segurança para conviver. Em outras cidades, as casas são mistas quanto à sua composição, agregando no mesmo espaço homens e mulheres. Há municípios onde as duas modalidades (casas mistas e casas com definição por sexo) são praticadas, e há outros onde se investiu em possibilidades de moradias individuais, ofertando suporte técnico da rede num cuidado mais assistido.

Pela experiência brasileira, apontamos como a diversidade enriquece mais o cotidiano. Nesse sentido, as casas mistas mostram-se mais interessantes para os processos de troca e de reabilitação. Isso significa estabelecer, em cada casa, uma rotina, uma convivência plural, cujas trocas possam se pautar no respeito à intimidade, no compartilhamento de atividades (de cuidado com o espaço da moradia ou passeios pelo território) e, conseqüentemente, no estreitamento e na criação de novos laços de amizades.

Vale destacar que é extremamente relevante o respeito e a adequação das casas às relações conjugais estabelecidas desde a internação, incluindo aquelas cisgênero-diversas (homossexuais, lésbicas, transgêneros, por exemplo). Esse respeito e adequação se dá pela possibilidade de quartos separados para os casais e rodas de conversa entre a equipe e as pessoas moradoras da casa para promoção da compreensão e aceitação das diferenças.

4. 2. 1. 2 IMÓVEL E LOCALIDADE DA CASA

Como um dos desafios, apontamos a disponibilidade de locação dos imóveis para implantação e organização da moradia. Especificamente, é imprescindível que ele seja localizado próximo a comércio, equipamentos de saúde e sociais, praças e preferencialmente em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

As interlocuções com a vizinhança, as saídas para o comércio e o uso dos equipamentos do bairro são recursos potentes para ajudar as pessoas nesse percurso de aprender a viver na cidade e a viver a vida comunitária, conforme as próprias pessoas comentaram conosco, no capítulo 2. Inclusive essas interlocuções com a vizinhança visam a uma constante sensibilização, por meio de encontros nos territórios, promovendo a convivência em datas festivas da própria comunidade.

4. 2. 1. 3 A OCUPAÇÃO DA CASA E A CONVIVÊNCIA COLETIVA

Alguns aspectos de uma moradia se tornam imediatamente relevantes, a partir do momento de entrada na casa.

As pessoas moradoras da casa podem e devem decidir coletivamente, com o apoio da equipe técnica, sobre o cotidiano

da casa. Para isso, a realização de rodas de conversa é fundamental e constrói esse cotidiano dialogado e negociado. Isso significa estabelecer os acordos de convivência – sobre uso dos eletrônicos (televisão e rádio, por exemplo), sobre horários de refeição, momentos e espaços individuais. Além disso, quais as estratégias para autonomia quanto à higiene pessoal e à possibilidade de receberem visitas de amigos ou familiares, além de afazeres e responsabilidades com os espaços, individuais e coletivos. Por fim, mas não menos importante, é sempre possível negociar de quem é a chave da porta da casa e quais as condições para saírem e voltarem quando quiserem.

Partimos da compreensão de que, em uma casa, todos têm a chave de sua moradia, portanto não se trata de autorização para saída. Esse trabalho pode ser acompanhado por uma referência técnica nos primeiros momentos, com progressivo percurso de ampliação das possibilidades dos novos moradores em relação aos trânsitos no território.

Tais questões abordam basicamente a autonomia e a contratualidade das pessoas, de poderem decidir sobre o ir e vir, colocando em questão muitas vezes o limiar entre a necessidade de proteção e a liberdade de conduzir a própria vida. A discussão também se dá caso a caso, conforme o PTS de cada pessoa, articulando com as suas diferentes possibilidades.

Em algumas cidades, identificamos que certas pessoas passaram a morar sozinhas. Dessa forma, os acordos iniciais basearam-se na perspectiva do cuidado por uma equipe de referência, que inclui visitas domiciliares para apoiar os processos individuais. Isso perdura até o momento de maior autonomia, quando as pessoas passam a investir nos percursos pela cidade. E as equipes seguem apoiando, quando necessário.

Independentemente da modalidade de moradia (se a pessoa inserida no processo de desinstitucionalização mora sozinha, com a família, em SRT ou em RI), para considerarmos a dinâmica com base em onde se mora, é importante retomarmos a relevância do PTS, sempre construído e acompanhado pelos serviços territoriais, como os CAPS e/ou os de atenção básica, em municípios de pequeno porte, como vimos no capítulo 2.

O PTS viabiliza a execução do plano de reabilitação psicossocial, que consiste em diferentes etapas: a construção do sentimento de pertencimento e apropriação sobre a casa (organização e dinâmica) e a circulação no território (as relações afetivas, o trânsito nos espaços públicos, itinerâncias cotidianas no bairro, enfim, a vivência comunitária), conforme apontam Lucena (2020) e Massa (2018).

No suporte aos/às moradores/as, a organização do cotidiano da casa é fundamental. A equipe de saúde mental do território deve garantir o cuidado de forma que produza autonomia, mediando as relações entre familiares, cuidadores, moradores e vizinhança. Falamos de atividades como:

- envolver os moradores nas atividades domésticas da casa (limpeza, realização da feira, lavagem de roupas, cozinha...);
- estimular a crescente ocupação das pessoas na casa, ampliando o uso dos espaços, dos mobiliários, dos objetos, de forma que se efetive o pertencimento e a apropriação do espaço por elas;
- mediar os conflitos cotidianos para ajudar as pessoas a construírem e manterem um pacto de solidariedade e de convivência na casa;
- estimular e mediar as interlocuções comunitárias com a vizinhança e o estabelecimento de novos laços sociais;
- apoiar as pessoas nas suas saídas de casa, seja para o comércio, para atividades físicas ou de lazer, para estudo ou trabalho, para os cuidados em saúde e outros.

É importante lembrar que a nova moradia é um direito e se anuncia como um lugar superiormente melhor que o asilo, mas ela só constituirá uma casa mediante um percurso de cuidado e apoio permanente. As pessoas precisam de um tempo objetivo e subjetivo para se apropriarem do novo espaço e retomar o convívio comunitário. Então, para sustentá-las, é necessário investir de forma contínua no “fazer junto”.

Considerando que os moradores do SRT são os donos da casa, é importante consultá-los antes de visitá-los, preservar o endereço da residência e não a marcar como uma unidade de saúde qualquer, com placa externa que a destaque no meio comunitário. Também não se deve recorrer a esse lugar como espaço de estágios de profissionais de saúde.

O apoio dos trabalhadores aos moradores deve se dar pelos serviços do território: CAPS e/ou ESF. Com isso, não é recomendável uma equipe destinada para dentro da casa. Nesse dispositivo, preferencialmente, cabe apenas, e quando necessário, a presença cotidiana dos cuidadores e, no máximo, do técnico de enfermagem, quando for um SRT tipo II. Os demais apoios, como já referido, deverão vir pelos serviços de referência.

Todo o apoio ao processo cotidiano de reabilitação psicossocial realizado no território, pelos CAPS e/ou ESF, deve se estender a todas aquelas pessoas que retornam para suas famílias ou vão morar sozinhas, de acordo com suas necessidades. No caso das pessoas que voltam a morar com a família, é imprescindível o apoio e a orientação com ofertas de visitas domiciliares e ações de cuidado e de reabilitação psicossocial dirigidas diretamente para o novo morador da casa e seu núcleo familiar. Esse tipo de oferta também deve ser intensificado junto àquelas pessoas que moram sozinhas.

Vale ressaltar a relevância dos centros de convivência e cultura nesse processo de conexão das pessoas com a cidade. Na condição de componentes da RAPS, como mencionado no capítulo anterior, constituem espaços públicos e de convivência, promotores de sociabilidade. Nesse sentido, utilizando-se da linguagem da arte e da cultura, são estratégicos para os processos de reabilitação psicossocial, como ponto de produção e intervenção culturais.

Observemos a experiência de Belo Horizonte (MG), que deu forte ênfase a esse equipamento no seu território com custeio próprio.

Destacamos a relevância dos SRT para o desenvolvimento de processos de desinstitucionalização, como marco das experiências brasileiras, tanto quanto a importância de as pessoas poderem morar com a família ou sozinhas. Dessa forma, afirmamos que os SRT não constituem fim nem a única possibilidade de moradia. Isso porque os investimentos e apoios às possibilidades do retorno à convivência familiar e/ou a morar sozinhos demonstram como é viável a construção de alternativas, priorizando a autonomia das pessoas, as suas histórias de vida, articulando o apoio dos serviços territoriais para isso, quando necessário.

Conhecer as pessoas inseridas em processos de desinstitucionalização no território é importante para visibilizar questões que se colocam na atualidade. Por exemplo, o acesso a direitos, o envelhecimento dessas pessoas e o mapeamento de

questões referentes ao cotidiano das cidades que atravessam suas existências, como: violência urbana, locomoção, mobilidade e tantos outros aspectos da vida cotidiana.

A Coordenação Estadual de Saúde Mental de Pernambuco tem sistematizado com os municípios um banco de dados com informações sobre as pessoas moradoras de SRT, na perspectiva de traçar o perfil dos moradores. Para conhecer melhor a experiência, procure a referida coordenação estadual via e-mail (gasam.saude@gmail.com).

4. 2. 2 CUIDADOS EM SAÚDE

Os cuidados em saúde são desenvolvidos pelas equipes dos serviços. O capítulo 3 já trouxe a composição e as possibilidades de relação entre os componentes e os pontos de atenção da RAPS e de outras redes. Neste eixo especificamente, a ideia é mostrar como as “redes de negociação”, na perspectiva colocada por Saraceno (2001), se configuram. Nesse sentido, a primeira referência a ser destacada refere-se ao cuidado psicossocial.

Os CAPS, como ordenadores do cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, desenvolvem estratégias grupais, de visitas domiciliares, entre outras, todas em vistas aos PTS, pautadas pelo protagonismo das pessoas. A atenção básica também pode contribuir com o processo de desinstitucionalização, com a oferta das ações de promoção e prevenção da saúde e dos cuidados no território. Assim, profissionais da atenção básica são essenciais para a realização das abordagens familiares, das visitas domiciliares, potencializando intervenções precoces em situações de dificuldades. Além disso, apresentam recursos para ofertar cuidados ante a mudança do padrão de vida dos moradores, especificamente em razão do processo de envelhecimento.

Vários relatos de experiências apontam um histórico de negligência quanto aos cuidados clínicos de saúde, sejam eles preventivos ou curativos, quando as pessoas saem do hospital. Nesse sentido, ofertar cuidados tanto para os processos clínicos, especificamente aquelas estratégias de prevenção, quanto para o apoio e a mediação de diferentes entradas nos territórios é fundamental. Vale destacar que, nesse processo, outros dispositivos da rede de atenção à saúde precisam ser reconhecidos como equipamentos parceiros: UPA, policlínicas, centro de convivência, academia da saúde, unidade de práticas integrativas, leitos/enfermarias de saúde mental em hospitais gerais e SAMU.

Falar dos cuidados em saúde requer discutir também os recursos disponíveis para a atenção, quando há uma situação clínica de crise. Sabemos da dificuldade, em alguns episódios, para familiares e equipes manejarem situações dessa natureza. Esse momento exige cuidado, desde a aproximação à pessoa, no contexto em que ocorre, até o encaminhamento.

Importante destacar que a abordagem na crise, na perspectiva da desinstitucionalização, demanda condutas e manejos que priorizem sempre a continência, especialmente quando essa abordagem se inicia em casa. Citamos a casa para localizar onde as pessoas se encontram, ao passarem a viver em liberdade. É imprescindível a articulação com o serviço territorial de referência, pois será dele a responsabilidade do manejo dessa situação. Vejamos alguns indicativos para uma possível abordagem bem-sucedida:

- definição de mediador e estabelecimento de negociação junto à pessoa em situação de crise;

- identificação de serviços, profissionais, familiares e/ou vizinhos de referência para o apoio, quando necessário;
- desenvolvimento de estratégias de comunicação, desde a aproximação, o que pode ser feito, até o encaminhamento realizado, se com ou sem SAMU, para o CAPS;
- contratualização do cuidado com a própria pessoa assistida, no que for possível, de forma que considere os riscos, os fatores de proteção e as possibilidades circunstanciais existentes.

Para a promoção do cuidado, entendemos como fundamental o protagonismo das pessoas, com o estabelecimento da contratualidade, seja na construção do seu PTS ou na participação nos espaços coletivos para a organização dos cuidados, como vimos no capítulo 2.

Temos observado, no Brasil, novos debates e experiências no âmbito do cuidado. Entre eles, o Recovery, que, com seus princípios e práticas, aponta para o protagonismo, a autonomia e a cidadania. A diversidade de práticas sinaliza a força da articulação de diferentes territórios.

Uma estratégia potente nos processos de cuidado e de reabilitação psicossocial é o acompanhamento terapêutico (AT). Alinhado com as proposições da desinstitucionalização, investe na relação, na livre circulação, no apoio ante as negociações que a vida cotidiana requer. O AT é realizado por um profissional de referência e consiste no acompanhamento das pessoas inseridas em processos de desinstitucionalização, em suas vivências de atividades cotidianas, nos diferentes espaços da cidade (casa/escola/trabalho/CAPS): ida ao comércio ou a uma atividade cultural, de lazer, de esporte e outros.

Estabelecido um plano, as atividades ocorrem em horários e locais combinados, fazendo parte também do PTS. O mais relevante dessa estratégia é a radicalização no fazer pontes com a cidade e ajudar as pessoas a circularem no seu território, potencializando a vivência de diversas relações e de experiências.

Porto Alegre, há muitos anos, tem apostado no desenvolvimento do AT como uma estratégia importante nos processos de desinstitucionalização, em busca pela efetivação do direito à cidade.

Destacamos, ainda, que algumas metodologias de cuidado têm sido maturadas e desenvolvidas em diferentes localidades do país, por exemplo: as estratégias de cuidado entre pares. Elegemos algumas delas como apontamentos possíveis que podem ser incorporados no processo cotidiano:

- I. Gestão Autônoma da Medicação (GAM);
- II. Grupo de Ouvidores de Vozes;
- III. Grupos de Ajuda e Suporte Mútuos/Cartão de crise;

4. 2. 2. 1 GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO (GAM)

A proposta GAM, inspirada na experiência canadense e adaptada para o Brasil, adotada em vários municípios, entre eles, Campinas (SP), São Paulo e Santos (SP), visa ao aprendizado, por parte de pessoas que fazem uso de medicação psiquiátrica, a respeito do uso de medicamentos e de seus efeitos.

Consiste em um importante espaço coletivo de trocas de experiências e de cuidado, consigo e entre pares, para o aumento

da negociação de cada pessoa ante a equipe de saúde. Considerando o histórico das pessoas no que se refere ao uso de medicação, objetiva: as trocas de medicamentos e o aumento, a diminuição ou a retirada de medicamentos (dosagem), quando assim avaliada por todos, conforme Campos *et al.* (2014).

4. 2. 2. 2 GRUPO DE OUVIDORES DE VOZES

O Grupo de Ouvidores de Vozes é uma iniciativa internacional adotada no Brasil em cidades como o Rio de Janeiro (RJ). A ideia é também de suporte mútuo, no caso, com base nas experiências de pessoas que ouvem vozes.

Como espaço grupal de apoio, estabelecem medidas para conhecerem: quais tipos de vozes (se de comando ou de perseguição, por exemplo), como manejar, quais as informações e as estratégias necessárias para lidar cotidianamente com elas. A experiência estimula, mais uma vez, o protagonismo das pessoas em suas vivências, visando à superação de dificuldades decorrentes desses momentos, conforme aponta Kantorski *et al.* (2017).

4. 2. 2. 3 GRUPOS DE AJUDA E SUPORTE MÚTUO/CARTÃO DE CRISE

De acordo com Vasconcelos (2013, p. 24, grifo do autor), os Grupos de Ajuda e Suporte Mútuo são iniciativas que “devem estar integradas entre si, mas correspondem a *objetivos, locais de funcionamento e tipo de participante diferenciados*”. Os primeiros especificamente são destinados apenas àquelas “pessoas com problemas comuns, que partilham do mesmo tipo de sofrimento” (VASCONCELOS, 2013, p. 24), enquanto os de suporte mútuo

[...] visa[m] primordialmente realizar juntos (usuários, familiares e pessoas conhecidas e amigas do campo) atividades sociais, artísticas, culturais, esportivas, comunitárias de lazer, de reconhecimento, e a utilização de recursos sociais na comunidade local e na sociedade (VASCONCELOS, 2013, p. 25).

Essas iniciativas devem ser elaboradas conforme um **plano de crise**, com a criação de um **cartão de crise**. O plano deve ser elaborado e pactuado com as pessoas em reabilitação assistida para estabelecer estratégias para os momentos críticos, indicando possíveis referências pessoais e de confiança, sejam serviços, sejam pessoas próximas – da equipe ou da rede afetiva. O cartão de crise deve estar sempre em posse das pessoas, com poucas informações de contato e com indicação de onde ou com quem se pode acessar o plano de crise (VASCONCELOS, 2013).

Todas essas metodologias contemporâneas de cuidado independem da contratação de especialistas. Podem e devem ser uma oferta, por parte de diferentes gestões, em parceria ou não com a universidade e com os movimentos sociais, de formação dos trabalhadores e usuários de saúde mental da RAPS.

4. 2. 3 TRABALHO, RENDA E DIREITOS

A ideia desta subseção é realizar a discussão acerca da inclusão econômica e social. O desafio intensifica-se quando pensamos o processo de reabilitação numa sociedade capitalista, marcada pela lógica de mercado que acirra as disputas e desigualdades. Paradoxalmente a essa realidade, o imperativo do consumo racional e das trocas de mercado colocam-se, dada a necessidade de sobrevivência.

As estratégias aqui apresentadas se pautam pelo princípio da garantia de direitos, como centrais para o processo de construção de autonomia.

Faz-se, então, necessário discutir não apenas sobre a gestão de recursos financeiros, mas também sobre a geração de trabalho e renda. No percurso da saúde mental, o encontro com a economia solidária e o cooperativismo social tem lançado

luzes para avançarmos com essa dimensão da reabilitação. As associações são uma aposta em uma forma diferente de produzir e compartilhar, pautadas na solidariedade e em uma configuração horizontal e cooperativa dos modos de produção (SINGER, 2002).

O trabalho carrega muitos sentidos e, quando vivenciado no âmbito da coletividade, com articulação das possibilidades de autonomia, produz repercussões importantes. Assim, o desenvolvimento de oficinas, de associações de usuários e familiares, entre outros, refaz o percurso do trabalho, tornando-o concreto com base em realidades locais e pessoas. Essa forma de articular o trabalho corresponde à reabilitação psicossocial, como apontamos no capítulo 1.

A formalização de uma figura jurídica pode explorar a produção de eventos ou o aluguel de espaços, como o Bar Saci ou o Ponto de Cultura da Benedito Calixto, em São Paulo. A Associação Suricato, em Belo Horizonte, é também uma experiência exitosa.

O dinheiro faz poder muitas coisas, mesmo ante fragilidades e vulnerabilidades sociais presentes na realidade brasileira. O acesso ao trabalho e à renda contribui para o exercício do poder de contratualidade expresso em compras pessoais, como itens de higiene, roupas e até o planejamento de passeios e novos projetos de vida.

As pessoas inseridas em processos de desinstitucionalização, no Brasil, acessam a renda através de benefícios garantidos por lei: o PVC e/ou BPC, como já discutido nos capítulos 2 e 3. No caso do PVC, este ocupa um lugar central nos processos de desinstitucionalização e constitui direito básico.

Vale ressaltar que, para além dos benefícios disponíveis no âmbito federal, é possível criar algumas iniciativas locais que podem apoiar processos de desinstitucionalização. Vejamos o exemplo da cidade do Rio de Janeiro que, em 2002, promulgou a Lei Municipal nº 3.400/2002 (RIO DE JANEIRO, 2002), ainda em vigor, criando a bolsa de incentivo para assistência, acompanhamento e integração fora de unidade hospitalar de paciente portador de transtorno mental com história de longa permanência institucional em unidade hospitalar psiquiátrica.

Entendemos que, independentemente da fonte de renda, algumas questões quanto ao acesso e à administração da renda no processo de reabilitação demandam nossa atenção. Para pensarmos sobre essas questões, recorreremos à Pesquisa Nacional de Avaliação do Programa De Volta Para Casa, coordenada pela Fiocruz Brasília, realizada em onze cidades brasileiras (GUERRERO *et al.*, 2019).

Essa avaliação constatou que o PVC propiciou: melhora geral nas condições de vida; protagonismo em escolhas no poder de compras pessoais, como vestimentas e artigos de higiene; possibilidade de passeios pela cidade, como ida a restaurantes, ou de planejamento de viagens; organização de bens e de espaços pessoais; aproximação e convívio com a família de origem, uma vez que a renda viabiliza a contribuição para a rotina doméstica; custeio das próprias casas; acesso à saúde (BESSONI *et al.*, 2019).

Ante algumas dificuldades encontradas pelos beneficiários para acessar e administrar o benefício, a referida pesquisa apontou proposições (BESSONI *et al.*, 2019): viabilização de documentos pessoais e acesso ao sistema bancário; revisão

de curatelas; utilização dos recursos financeiros para atender às demandas pessoais do/a beneficiário/a.

Em relação à administração dos recursos, é importante ressaltar que o gasto com a estrutura da moradia é de responsabilidade do gestor e pode ser compartilhado com moradores. Compreendemos, porém, ser de responsabilidade do gestor local prover recursos necessários para manter e custear despesas fixas da casa, como aluguel, luz, água e alimentação, e eventuais reparos. Além disso, prover os recursos para o acesso ao sistema de Saúde público e universal de seu território. Todo o recurso pessoal, de moradoras e moradores, é para artigos pessoais ou para aquelas despesas pactuadas entre todos/as e articuladas no PTS.

Entendemos existir comprometimentos e dificuldades em decorrência de anos de internação no que se refere às pessoas retomarem o cotidiano, incluindo aí a possibilidade de administrarem sozinhas seus recursos financeiros. Algumas dessas pessoas desconhecem até a moeda corrente e não compreendem a lógica unitária desta. Nesse sentido, a discussão sobre o apoio a esses casos deve estar articulada no PTS de cada uma das pessoas, mas não deve se alinhar à cultura ainda vigente no Brasil de curatela.

Sabemos que muitos municípios encontram dificuldades com os processos burocráticos para as pessoas acessarem os benefícios: a retirada de documentos; a abertura de conta bancária; no caso do PVC, o cadastramento no Ministério da Saúde; no caso do BPC, o cadastramento no INSS. Às vezes, há ainda a exigência equivocada de funcionários de agências bancárias, ou mesmo do INSS, em relação à curatela dos beneficiários. Sobre isso, é importante destacar que o INSS não pode exigir a curatela do beneficiário, dada a recomendação em sua Instrução Normativa nº 77, de 21 de janeiro de 2015 (BRASIL, 2015a). Da mesma maneira, a Caixa Econômica Federal tem instrutivo interno às suas agências, para esclarecer sobre não ser necessário a interdição/curatela. É vedado ao INSS e a Caixa Econômica exigir o termo de curatela da pessoa que pleiteia o benefício.

Recentemente, no estado de Goiás, juízes das Varas de Família e Sucessões da Comarca de Goiânia, representantes do Ministério Público, da Defensoria e da OAB do estado de Goiás encaminharam ofício ao INSS para que esse órgão não exija interdição para fins de concessão do BPC.

O uso banalizado demonstra que a curatela, na prática, com frequência, tornou-se outro mecanismo de controle e apagamento da pessoa em sofrimento mental e, por isso, deve ser evitado o máximo possível. Na perspectiva da desinstitucionalização, essas pessoas são consideradas capazes, o que vemos reafirmado pelas normativas atuais. Portanto, na condição de cidadãs, têm o direito, quando necessário, de receber apoio, mas sem violar sua capacidade e direito de protagonizar a própria vida. Daí a importância de estimular o exercício da gestão autônoma ou apoiada das pessoas em relação a seus recursos, inclusive financeiros. Por isso, garantir autonomia do ponto de vista jurídico é garantir poder de contratualidade nas redes de negociação.

4. 2. 4 CULTURA

Além de serviços e estratégias intersetoriais, temos também a construção de iniciativas, antes impensáveis para as pessoas loucas, demonstrando ser possível fazer com criatividade espaços de liberdade e cuidado. Nesse sentido, abordaremos nesta seção algumas iniciativas culturais que constituíram e constituem outras formas de promoção de saúde e de cidadania.

A Pesquisa Nacional de Avaliação do Programa De Volta Para Casa se desdobrou em importante mostra audiovisual. Ao passar por onze cidades, o grupo de pesquisa reconheceu material rico suficiente para ser registrado de maneira diferente dos artigos acadêmicos. Com isso em vista, algumas cidades foram selecionadas para entrevistas e registros fotográficos que deram origem à exposição Morar em Liberdade, inicialmente apresentada no Rio de Janeiro (RJ), como parte das atividades do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO) no ano de 2018, e já apresentada em Barbacena e Brasília. Essa exposição faz parte do projeto Memórias da Saúde Mental: Comunicação, Cultura e Direitos Humanos, de responsabilidade do Núcleo de Saúde Mental, Alcool e Outras Drogas, da Fiocruz Brasília.

Como importante iniciativa histórica, apontamos a experiência de Santos com o Projeto TAMTAM, especificamente a Rádio TAMTAM, retratada por Kinker (2011) e Nicácio (2003). Uma iniciativa em que loucos produzem notícias sobre seu cotidiano, sendo responsáveis pela programação, participando de etapas da produção, da edição, além da própria atuação como locutores/as dos programas. Todo o projeto foi viabilizado pela constituição de oficinas de trabalho e formalização de uma associação, como exposto anteriormente. O projeto tem outras iniciativas, além da rádio, promovendo diferentes oficinas.

A TV Pinel é outro projeto desenvolvido no Rio de Janeiro (RJ) que se utiliza da linguagem televisiva como espaço criativo envolvendo usuários, familiares e profissionais de saúde mental. Ainda na mesma cidade, podemos citar o Espaço Nise da Silveira, que toma as artes plásticas como principal meio de expressão para tratar de temas sobre a vida e a saúde mental.

Como importante construção ilustrativa da capacidade de articulação e inserção, é preciso mencionar uma ala carnavalesca. Em São Paulo, o Grêmio Recreativo Cultural Escola de Samba X-9 Paulistana tem, entre suas alas de desfile, uma singular, a Ala Loucos Pela X. Trata-se de uma ala que tem, entre seus integrantes, pessoas acompanhadas pela RAPS. Essa iniciativa colabora para a promoção do trabalho para pessoas em sofrimento psíquico, em uma das mais importantes festas nacionais, tornando possível a inserção social em um momento representativo do ponto de vista cultural.

O carnaval se mantém um horizonte inspirador para outras iniciativas. No Distrito Federal, por exemplo, existe um bloco carnavalesco, o Bloco do Rivotrio. Algo semelhante acontece em Belo Horizonte, em que usuários/as, familiares, profissionais de serviços saem às ruas com marchinhas de carnaval escritas, ritmadas e cantadas por eles/as.

Como no carnaval, a música é uma oportunidade para criar. O grupo musical Harmonia Enlouquece, da cidade do Rio de Janeiro, é outra iniciativa que envolve usuários e profissionais de saúde mental. Aborda temas diversos, especialmente relativos à loucura, à liberdade, e problematiza, com a lente da arte, a psiquiatria na sua dimensão conceitual e prática.

Produzir cultura no cenário brasileiro é desafiador, seja pelo baixo incentivo ou pela ideia elitizada do que seja produção cultural. Para fazer frente às condições adversas, incluindo aqui aquelas enfrentadas pelo sofrimento psíquico, um CAPS do Distrito Federal organizou uma companhia de teatro, a Companhia Atravessa a Porta, que, desde 2012, produz curtas, peças e intervenções autorais (MOTA, 2013).

Outro grupo de teatro existente que tem circulado com espetáculos e articulado os temas da Luta Antimanicomial (loucura com temas contemporâneos através da arte) é o Grupo de Teatro “Os Insênicos”, na cidade de Salvador (BA).

Essas e outras iniciativas podem ser articuladas a um Centro de Convivência e Cultura ou desenvolvidas por um. A Mostra de Arte Insensata, de Belo Horizonte, apresenta um pouco mais sobre os centros e suas produções.

Aliás, devemos considerar as Manifestações do 18 de maio como uma das mais importantes, se não a mais importante do ponto de vista cultural, no país. O dia 18 de maio foi selecionado como o Dia da Luta Antimanicomial, no Encontro de Bauru, em 1987. A partir de então, todos os anos, nessa data, usuários/as de serviços, profissionais, familiares e gestores/as saem juntos, pelas ruas do Brasil, com cartazes, músicas, gritos de ordem – “por uma sociedade sem manicômios!”. Há alguns anos, o dia expandiu-se para a semana e, em certos lugares, já se comemora o mês da Luta Antimanicomial. Recentemente, uma mostra fotográfica consolidou muitos dos cartazes de convite para as manifestações dessa data, pelo país, ao longo do tempo.

Como protagonistas de um processo com mais de três décadas, no Brasil, as pessoas produziram para si e entre si mudanças socioculturais relevantes. Reunimos os exemplos anteriores para mostrar diferentes possibilidades, sendo todas elas construídas com a participação e a produção de várias das pessoas em reabilitação assistida. Com isso, reafirmamos a máxima de que é possível fazer e, ao mesmo tempo, destacamos como a diversidade de projetos revela o dinamismo dos processos de desinstitucionalização.

Dito isso, os *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* lançaram recentemente uma chamada pública temática, “Caderno de Artes e Cadernos de Experiências Vividas – Narrativas”. Para essa chamada, as pessoas em reabilitação assistida foram convidadas a apresentarem, em diferentes linguagens estéticas e artísticas, relatos e registros de suas experiências de vida. Sendo um caderno científico, é extremamente relevante a proposta de uma chamada para apresentações autorais das pessoas inseridas em processos de desinstitucionalização.

A cultura brasileira é potente, criativa, diversa, de múltiplas expressões. Temos diferentes manifestações artísticas em cada região. Podemos dizer o mesmo sobre as experiências que buscaram novas perspectivas para a saúde mental que partiram e pautaram uma discussão acerca da cultura segregacionista, articulando outras formas de leitura e de intervenção mais emancipatórias.

Consideraremos aqui, portanto, diferentes meios de visibilizar a loucura, tendo a cultura como eixo estruturante e estrutural, sendo uma dimensão fundamental tanto para o enfrentamento de velhas formas quanto para a construção de novas maneiras de lidar com a loucura. Propositamente, apresentamos a costura entre memória e ação, importantes estratégias para os enfrentamentos e as novas construções culturais acerca da loucura.

Considerações finais

Ao longo do documento, vimos que a manutenção do manicômio perpetua na sociedade um mecanismo de exclusão e segregação gerando situações de violência, estigma, preconceito, discriminação e tantas outras mazelas sociais. Nesse sentido, os processos de desinstitucionalização, além de ecoarem as vozes do abandono e silenciamento, revelam as reais necessidades de mudanças no clamor por justiça, uma vez que o sistema do enclausuramento carrega em si a lógica de tortura, punição, medo e morte.

Constatamos, ao analisar e sistematizar a legislação e algumas experiências brasileiras, que os processos de desinstitucionalização são marcados por singularidades e similaridades no que se refere à sua operacionalização. Na busca pela superação dos manicômios, observamos que, além do permanente duelo técnico-ético-político entre as perspectivas “manicomiais” x “psicossociais”, tem sido necessário disputar a aplicação dos recursos públicos para a rede territorial.

Como vimos ao longo deste documento, especialmente no capítulo 2, as repercussões da institucionalização psiquiátrica são nefastas nas vidas das pessoas. Apesar da construção de um arcabouço legal importante e expressivo em prol do cuidado territorial e intersetorial, ainda vivemos em um país onde essas instituições com características asilares são financiadas e chanceladas pelo poder público.

No ano de produção deste documento (2022), outras roupagens do processo de institucionalização se dão no país, envolvendo idosos; crianças e adolescentes em conflito com a lei e, especialmente, pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. As instituições mudam, mas as facetas de tutela, opressão, violação de direitos e desabilitação para a vida social se mantêm. Além da reprodução histórica da disputa pelo financiamento público.

Considerando o objeto de nossa discussão, apontamos três grandes desafios no Brasil: retirar as pessoas dos HP/HCTP (e consequentemente fechá-los), evitar novos processos de institucionalização psiquiátrica e ofertar condições para que as pessoas experimentem o cuidado e a vida em liberdade, com acesso ao cuidado em saúde, à moradia, ao trabalho, à renda e à cultura.

O Desinstitute (2021), ao analisar dados oficiais da política de saúde mental, elenca sete indicativos no rol de obrigações do Estado brasileiro no que se refere às pessoas em sofrimento psíquico, que vão desde o desenvolvimento dos mecanismos de fiscalização das instituições com características asilares até aqueles destinados ao fortalecimento dos processos de desinstitucionalização.

Com isso, e pelo exposto ao longo de todo o documento, apontamos o papel central da saúde na constituição do Estado brasileiro para firmar uma construção de agenda democrática, pelo acúmulo construído pelo SUS e pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. Reconhecemos como desafio atual e para as próximas décadas o enfrentamento da desigualdade social, desnudada pela pandemia, com o agravamento da miséria, isto é, da fome, do não acesso ou do acesso precário ao trabalho, à moradia e aos recursos básicos de sobrevivência, entre eles, o cuidado à saúde.

Consideramos também a necessidade de desinstitucionalizar a drogadição. Esse horizonte consiste em reconhecer e intervir sobre aspectos sociais relacionados ao uso de drogas, em contraponto à ideia vigente proibicionista e higienista que toma as pessoas como não sujeitas de sua própria história ou incapazes. Especificamente, salientamos como a promoção do acesso à moradia, a estratégias de geração de trabalho e de renda e a estratégias de redução de danos potencializa e viabiliza a reorganização de histórias de vida, do convívio social e a modificação da relação com a droga.

Nesse sentido, o protagonismo da saúde reafirma, para a construção de um programa de futuro, a implementação de po-

líticas públicas com centralidade na moradia, no trabalho, nos cuidados em liberdade e nas singularidades das pessoas, considerando os contextos e as relações na micropolítica.

Considerando esse cenário e pensando nos microprocessos da operacionalização da desinstitucionalização, em busca do cumprimento da Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), destacamos algumas estratégias indispensáveis para sustentá-los e avançar nos territórios:

- 1) compartilhamento da responsabilidade do processo de desinstitucionalização entre os diversos atores políticos de cada localidade, com desenvolvimento de espaços coletivos de discussão e de projetos múltiplos com vistas à desmontagem do manicômio;
- 2) articulação com a imprensa e com operadores do sistema de Justiça para publicização e denúncia dos efeitos iatrogênicos das instituições com características asilares e do não cumprimento da [Lei nº 10.216/01](#) (BRASIL, 2001), objetivando tensionar o Poder Executivo para tomada de decisão;
- 3) inclusão da pauta da desinstitucionalização na agenda política do CONASS, CONASEMS e COSEMS, com articulação para garantir o aporte técnico- financeiro (federal e estadual) aos municípios em prol dos processos de desinstitucionalização;
- 4) regulamentação e aplicação da [Portaria nº 2.840/2014](#) (BRASIL, 2014a) para viabilização efetiva da execução de suas proposições técnico-financeiras em apoio aos municípios e estados no que se refere ao desenvolvimento de processos de desinstitucionalização;
- 5) investimentos nos serviços territoriais para garantir as estruturas, os insumos e os recursos humanos suficientes e adequados para atender à complexidade e às demandas existentes no território;
- 6) realização da gestão pública dos serviços da RAPS, de forma que viabilize os processos de gestão clínica e administrativa coerentes com os princípios do SUS e da desinstitucionalização;
- 7) oferta permanente de programas (federais e locais) de qualificação e formação para as equipes de saúde mental, com base nos direitos humanos e nos princípios do SUS, SUAS e Reforma Psiquiátrica Antimanicomial;
- 8) celeridade nos processos de implantação e habilitação dos serviços da RAPS, especialmente os serviços estratégicos de cuidado e os SRT;
- 9) fortalecimento, expansão e reajuste periódico do PVC;
- 10) elaboração, implantação e implementação de planos intersetoriais, no âmbito estadual, para atenção às pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei, na perspectiva da desinstitucionalização;
- 11) desenvolvimento de ações, no âmbito do sistema de Justiça e da Saúde, para divulgação e aplicação efetiva da [Lei Federal nº 13.146/2015](#) (BRASIL, 2015), assim como do [Decreto nº 6.949/2009](#), e construção de uma cultura que tenha como ponto de partida a capacidade de todas as pessoas com deficiência, ampliando formas de apoio quando necessário e superando a prática das decisões substituídas (tomadas por outrem), que soterram as vontades e preferências da pessoa, como a interdição e curatela total.

Nossas proposições encontram consonância com outros órgãos²⁹, ao enfatizarem que a desinstitucionalização implica: a constituição de uma rede substitutiva ao manicômio com garantia de moradia, trabalho e renda; a participação dos usuários e trabalhadores nos processos desenvolvidos; o exercício de intersetorialidade e a decisão política, com dispensação de recursos e esforços para desencadear e sustentar processos locais.

Várias das proposições aqui apontadas se entrecruzam com as recomendações da IV CNSM (BRASIL, 2010d), vista no capítulo 1. Vale salientar que muitas delas não foram efetivadas pelo governo federal e demandam tanto atenção como vontade política para sua operacionalização. O atual cenário impõe um movimento de inflexão.

A desinstitucionalização configura-se como uma lógica contínua e inacabada que vai para além dos muros institucionais. Materializa-se na radicalidade do cuidado em liberdade. A cultura manicomial ainda habita mentes e práticas cotidianas, exigindo de nós, como sociedade, uma autocrítica constante e permanente. Como bem refere Dirceu³⁰, “a efetivação da Lei 10.216 é direito, a nossa grande marca, o nosso grande desafio e a nossa grande busca”.

²⁹ OMS (WORLD...; GULBENKIAN..., 2014), Fiocruz e Fundação Calouste Gulbenkian (2015), QPS (2020).

³⁰ Um dos autores do capítulo 2.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. *O que é uma AIH - Autorização de Internação Hospitalar?* (RESSARCIMENTO AO SUS). Rio de Janeiro: ANS, 2021. Disponível em: http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=operadora&resposta=1559&historico=27324246. Acesso em: 20 nov. 2021.

ALVES, D. S. Por um programa brasileiro de apoio a desospitalização. In: PITTA, A. (org.). *Saúde Loucura 10 – Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 37-41.

AMARANTE, P. (coord.). *Loucos pela vida*. A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

AMARANTE, P. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, Florianópolis, n. 1, v. 1, jan./abr. 2009 (CD-ROM).

ARBEX, D. *Holocausto Brasileiro*: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. Lisboa: Guerra e Paz, 2014.

BARROS-BRISSET, F. O. de. *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça de Minas Gerais, 2010. Disponível em: https://bd.tjmg.jus.br/jspui/bitstream/tjmg/54/4/ISBN_9788598923055.pdf. Acesso em: 18 dez. 2021.

BARROS, S; BATISTA, L. E.; DELLOSI, M. E.; ESCUDER, M. M. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1.235-1.247, 2014.

BARROS, S.; BICHAFF, R. (org.). *Desafios para a desinstitucionalização*: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2008.

BASAGLIA, F. As instituições de violência. In: BASAGLIA, F. (org.). *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p. 99-134.

BESSONI, E.; CAPISTRANO, A.; SILVA, G.; KOOSAH, J.; CRUZ, K.; LUCENA, M. Narrativas e sentidos do Programa de Volta para Casa: voltamos, e daí? *Revista Saúde Soc.*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 40-53, 2019.

BIROLI, F.; MIGUEL, L. F. Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. *Mediações*, Londrina, v. 20 n. 2, p. 27-55, jul./dez. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Provimento nº 28*. Dispõe sobre o registro tardio de nascimento, por oficial de registro civil das pessoas naturais, nas hipóteses que disciplina. Brasília, DF: Presidência da República, 2013g. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/1730>. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Recomendação nº 35, de 12 de julho de 2011*. Dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança. Brasília, DF: Presidência da República, 2011g. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/recomendacao/recomendacao_35_12072011_22102012170144.pdf. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Resolução nº 113, de 20 de abril de 2010*. Dispõe especificamente sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2010c.

BRASIL. *Consenso de Brasília*: XI Conferência Regional sobre a Mulher da América Latina e Caribe. Brasília, DF: Presidência da República, out. 2013a.

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

BRASIL. *Decreto nº 10.087, de 5 de novembro de 2019*. Declara a revogação, para os fins do disposto no art. 16 da Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, de decretos normativos. Brasília, DF: Presidência da República, 2019a. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=10087&ano=2019&ato=6e1gXWU1keZpWT13a> . Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011h. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009*. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília, DF: Presidência da República, 2009a.

BRASIL. *Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011*. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Brasília, DF: Presidência da República, 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Decreto nº 8.163, de 20 de dezembro de 2013*. Institui o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social - Pronacoop Social, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2013e. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=8163&ano=2013&ato=43cATTq5ENVpWT105>. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021*. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do art. 195 da Constituição Federal; altera as Leis n os 5.172, de 25 de outubro de 1966(Código Tributário Nacional), e 9.532, de 10 de dezembro de 1997; revoga a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, e dispositivos das Leis n os 11.096, de 13 de janeiro de 2005, e 12.249, de 11 de junho de 2010; e dá outras providências. Brasília, DF: Palácio do Planalto, 2021. Disponível em: <https://in.gov.br/en/web/dou/-/lei-complementar-n-187-de-16-de-dezembro-de-2021-367978262>. Acesso em: 02 mai. 2022.

BRASIL. *Lei complementar nº 8.142*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Brasília, DF: Presidência da República: 28 dez. 1990b.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 19 set. 1990a.

BRASIL. *Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Palácio do Planalto, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm. Acesso em: 22 mai. 2021.

BRASIL. *Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003*. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas com transtornos mentais egressas de internações de longa permanência. Brasília, DF: Palácio do Planalto, 2003a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm#:~:text=LEI%20No%2010.708%2C%20DE,transtornos%20mentais%20egressos%20de%20interna%C3%A7%C3%B5es. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Lei nº 11.790, de 2 de outubro de 2008*. Altera o art. 46 da Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973 – Lei de Registros Públicos, para permitir o registro da declaração de nascimento fora do prazo legal diretamente nas serventias extrajudiciais, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2008c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11790.htm. Acesso em: 09 jul. 2021.

BRASIL. *Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015*. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2015b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019*. Altera as Leis nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nº 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília, DF: Presidência da República, 2019d. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm . Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Cidadania. *CRAS - Centro de Referência em Assistência Social*. Brasília, DF: Ministério da Cidadania, 2021f. Disponível em: [https://www.gov.br/cidadania/pt-br/aceso-a-informacao/carta-de-servicos/desenvolvimento-social/assistencia-social/cras-centro-de-referencia-em-assistencia-social-1#:~:text=CRAS%20%C3%A9%20o%20Centro%20de,grupos\)%%20a%20indiv%C3%ADduoA%20e%20fam%C3%ADlias](https://www.gov.br/cidadania/pt-br/aceso-a-informacao/carta-de-servicos/desenvolvimento-social/assistencia-social/cras-centro-de-referencia-em-assistencia-social-1#:~:text=CRAS%20%C3%A9%20o%20Centro%20de,grupos)%%20a%20indiv%C3%ADduoA%20e%20fam%C3%ADlias). Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. *O que é*. Brasília, DF: Ministério da Cidadania, 11 ago. 2015c. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/o-que-e#:~:text=Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Assist%C3%AAncia%20Social%20E2%80%9320Suas&text=A%20primeira%20%C3%A9%20a%20Prote%C3%A7%C3%A3o,em%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20vulnerabilidade%20social>. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos Humanos. *Resolução nº 8, de 14 de agosto de 2019*. Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas. Brasília, DF: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2019b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-8-de-14-de-agosto-de-2019-212175346>. Acesso 18 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Instrução Normativa nº 77, de 21 de janeiro de 2015*. Estabelece rotinas para agilizar e uniformizar o reconhecimento de direitos dos segurados se beneficiários da Previdência Social, com observância dos princípios estabelecidos no art. 37 da Constituição Federal de 1988. Brasília, DF: Ministério da Previdência Social, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014*. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 106, de 11 fevereiro de 2000*. Cria os serviços residenciais terapêuticos no âmbito do Sistema

de Saúde para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4437.html>. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002*. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, definindo estrutura e porta de entrada das internações na rede SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 31 jan. 2002a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/8973.html>. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011*. Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011f. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html . Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004*. Institui o Programa da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 53, de 20 de janeiro de 2004*. Cria no âmbito do plano anual de reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_53.pdf . Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Republicação da Portaria nº 3.088, de 12 de dezembro de 2013*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. [Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.] Brasília, DF: Ministério da Saúde, nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, jan. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Brasília, DF: Ministério da Saúde, maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental e economia solidária*: inclusão social pelo trabalho. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1219.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica, nº 34). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf . Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEp. Departamento Nacional de Auditoria do SUS –

DENASUS. *Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no âmbito do Sistema Único de Saúde* – Ação Nacional Portaria nº2.398 de dezembro de 2011. [S.l.]: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. *Nota Técnica nº 11/2019* - CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019c. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2021.

BRASIL. *Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a Perspectiva da Lei nº 10.216/2001*. Brasília, DF: Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF), 2011c. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/pfdc/midiateca/nossas-publicacoes/parecer-medidas-de-seguranca-hospitais-de-custodia-tratamento-psiquiatrico-2011/view> . Acesso em 18 dez. 2021.

BRASIL. *Portaria GM/MS nº 1.108, de 31 de maio de 2021*. Reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.108-de-31-de-maio-de-2021-323277863>. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014*. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010*. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. *Portaria MC nº 690, de 25 de outubro de 2021*. Estabelece o Modelo de Plano Individual de Atendimento de Adolescentes - PIA e o Fluxograma de Acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas, em conformidade com a Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020 e com o disposto nos artigos 23-A, 23-B e 26-A da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, conforme redação dada pela Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, nº 202, p. 19, 26 out. 2021b. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=26/10/2021&jornal=515&pagina=19>. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Portaria MC nº 700, de 25 de outubro de 2021*. Regulamenta a fiscalização das Comunidades Terapêuticas que realizam o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas, no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas - SENAPRED. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, nº 202, p. 19, 26 out. 2021c. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=26/10/2021&jornal=515&pagina=19>. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012* [republicada em 21 de maio de 2013]. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0121_25_01_2012_rep.html. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011*. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012*. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0123_25_01_2012.html. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012*. Define o Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012e.

BRASIL. *Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012*. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012f.

BRASIL. *Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012*. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 7 jul. 2021.

BRASIL. *Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008*. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Portaria nº 1.966, de 10 de setembro de 2013*. Altera os incisos III e VI do art. 1º da Portaria nº 3.089/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1966_10_09_2013.html. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Portaria nº 2.077, de 31 de outubro de 2003*. Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8º. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL. *Portaria nº 2.644, de 28 de outubro de 2009*. Estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos e cria incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2644_28_10_2009.html. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Portaria nº 2.765, de 12 de dezembro de 2014*. Dispõe sobre as normas para financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014f. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2765_12_12_2014.html. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Portaria nº 2.987/GM/MS, de 28 de outubro de 2020*. Habilita/altera a habilitação de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) dos Estados e Municípios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. *Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012*. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/>

[saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html). Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Portaria nº 342, de 4 de março de 2013*. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013h. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017*. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 11 dez. 2021.

BRASIL. *Portaria nº 37, de 18 de janeiro de 2021*. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNEs). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021d. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-37-de-18-de-janeiro-de-2021-299987615>. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011*. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011e. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. *Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014*. Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013*. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0130_26_01_2012_rep.htm. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Portaria nº 596, de 22 de março de 2022*. Revoga a Seção XII do Capítulo III do Título VIII, art. 1049 até art. 1062, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, e a Seção II do Capítulo III, art. 64 até art. 74, e os anexos XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XL, XLI e XLII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-596-de-22-de-marco-de-2022-387974558>. Acesso em: 03 mai. 2022.

BRASIL. *Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014*. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Portaria nº 95, de 14 de janeiro de 2014*. Dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014e. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0095_14_01_2014.html. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992*. Define as normativas do atendimento ambulatorial e hospital, como também, as diretrizes gerais relativas à assistência em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1992.



BRASIL. *Portaria SAS nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002*. Regulamentação das Internações Psiquiátricas. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. *[S.l.: s.n.]*, 2002b. Disponível em: http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/41/docs/portaria-sas_n_2391_-_de_26_de_dezembro_de_2002_-_regulamentacao_das_internacoes_psiquiaticas.pdf. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Portaria SAS nº 396, de 07 de julho de 2005*. Aprova diretrizes gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-396-2005_192226.html. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. Presidência da República. *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Brasília, DF: Presidência da República, 2007b.

BRASIL. *Projeto de Lei nº 598, de 2021* (Do Sr. Deputado Alexandre Padilha). Dispõe sobre a organização e o funcionamento das Cooperativas e Associações Sociais; institui o Programa Nacional de Fomento às Associações e Cooperativas Sociais – PRONACOOOP SOCIAL. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2021e. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2270914>. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994.

BRASIL. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1988b.

BRASIL. *Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009*. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009c. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_CNAS_N109_%202009.pdf. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. [Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001.] Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2002c.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental* – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2010d.

BRASIL. *Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência*. Brasília, DF: SDH-PR/SNPD, 2013f. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/pessoa-com-deficiencia/cartilha-viver-sem-limite-plano-nacional-dos-direitos-da-pessoa-com-deficiencia/view>. Acesso em: 18 dez. 2021.

CAMPOS, I. O. *Programa de Volta para Casa em um município do estado de São Paulo: suas possibilidades e limites*. 2008. 113p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

CAMPOS, G. W.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, R. T. et al. *Gestão autônoma da medicação* – Guia de Apoio a Moderadores. Campinas: DSC/FCM/UNICAMP, AFLORE, DP/UFF, DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_moderador_-_versao_

[para_download_julho_2014.pdf](#). Acesso em: 18 dez. 2021.

CARACAS. *Declaração de Caracas*. [Conferência Regional para a reestruturação da assistência psiquiátrica dentro dos sistemas locais de saúde.] Venezuela, Caracas: [s.n.], 1990.

CARTA DE BAURU – 30 ANOS. [Encontro de Bauru: 30 anos de luta por uma sociedade sem manicômios.] Bauru, dez. 2017. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANOS.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2021.

CARTA DE BRASÍLIA 2005. Princípios orientadores para o desenvolvimento da atenção em saúde mental nas Américas. Brasília: *[s.n.]*, 2005. Disponível em: http://www.crpsp.org.br/povos/povos/legislacao/Carta%20de%20Bras%EDlia%20de%202002%20MS_OPAS_OMS.pdf. Acesso em: 30 nov. 2021.

CONECTAS DIREITOS HUMANOS; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO – CEBRAP. *Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020*. *[S.l.: s.n.]*, 2022. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017*. Brasília, DF: CFP, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. *Relatório de Inspeções*: 2018. Brasília, DF: CFP, 2019. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/549.3_ly_RelatorioInspecaoHospPsiq-ContraCapa-Final_v2Web.pdf. Acesso em: 18 dez. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ. *Audiências de Custódia*. Brasília, DF: CNJ, 2021. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario/audiencia-de-custodia/>. Acesso em: 15 nov. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ. *Relatório Analítico Propositivo* - Justiça Pesquisa. Direitos e Garantias Fundamentais. Audiência de Custódia, Prisão Provisória e Medidas Cautelares: Obstáculos Institucionais e Ideológicos à Efetivação da Liberdade como Regra. Brasília, DF: CNJ, 2018. Disponível em: <https://bibliotecadigital.cnj.jus.br/jspui/bitstream/123456789/281/1/Justi%c3%a7a%20Pesquisa%20-%20Direitos%20e%20Garantias%20Fundamentais%20-%20Audi%c3%aancia%20de%20Cust%c3%b3dia%2c%20pris%c3%a3o%20provis%c3%b3ria%20e%20medidas%20cautelares.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2021.

CORREGEDORIA GERAL DA JUSTIÇA DO MARANHÃO. *PROV – 24/2020*. Disciplina o procedimento judicial para aplicação, execução, avaliação e acompanhamento das medidas terapêuticas cautelares, provisórias ou definitivas, à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e dá outras providências. Maranhão: Corregedoria Geral da Justiça, 25 maio 2020. Disponível em: https://novogerenciador.tjma.jus.br/storage/portalweb/anexo_3418010_online_html_27052020_2101.pdf. Acesso em: 18 dez. 2021.

DESINSTITUTE. *Painel Saúde Mental*: 20 anos da Lei 10.216/01. Brasília: *[s.n.]*, 2021. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/painel-saude-mental-20-anos-da-lei-10-216/>. Acesso em: 17 dez. 2021.

DIMENSTEIN, M.; SIQUEIRA, K.; MACEDO, J. P.; LEITE, J.; DANTAS, C. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 72-87, 2017.

DINIZ, D. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil*: censo 2011. Brasília, DF: LetrasLivres, Universidade de Brasília, 2013.

FIOCRUZ; FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN. *Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil*. Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, Fundação Calouste

Gulbenkian, Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde, mar. 2015. Disponível em: <https://www.nuppsam.org/wp-content/uploads/2021/05/DESINSTITUCIONALIZACAO-E-ATENCAO-COMUNITARIA-FIOCRUZ-GULBENKIAN.pdf> . Acesso em: 17 dez. 2021.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. *Medicalização em Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

GUERRERO, A. V.; BOSSONI, E. A.; CARDOSO, A. J.; VAZ, B. C.; BRAGA-CAMPOS, F. C.; BADARÓ, M. I. O Programa de Volta para Casa na vida cotidiana dos seus beneficiários. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 11-20, 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. *Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras*. Brasília: IPEA, 2017. (Nota Técnica, n. 21).

KANTORSKI, L. P.; ANTONACCI, M. H.; ANDRADE, A. P.; CARDANO, M.; MINELLI, M. Grupos de ouvidores de vozes: estratégias e enfrentamentos. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1.143-1.155, out./dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/6XmYNHVZpSwWJtRGNNLyWFp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 nov. 2021.

KINKER, F. S. *O lugar do manicômio*: relato da experiência de descredenciamento de um hospital psiquiátrico no interior do Nordeste. 2007. 173 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

KINKER, F. S. *Fragmentos de uma sociabilidade emergente*: a trajetória do Núcleo do Trabalho do Programa de Saúde Mental de Santos (1989-1996). 2011. 271 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

KINOSHITA, R. T. *Autopoiese e Reforma Psiquiátrica*. São Paulo: HUCITEC, 2016.

KINOSHITA, R. T. Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência e o QualityRights. In: BARROS, S.; BATISTA, E. L.; SANTOS, J. C. (org.). *Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial*: avanços e desafios nos 15 anos da Lei 10.216. Uberlândia: Navegantes, 2019, p. 69-87.

KOLKER, T. Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no contexto da reforma psiquiátrica: realidades evidenciadas pelas inspeções e alternativas possíveis. In: VENTURINI, E.; DE MATTOS, V.; OLIVEIRA, R. T. *Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade*. Brasília: CFO, 2016, p. 204-230.

LUCENA, M. A. *Construindo-se*: entre os efeitos da institucionalização e as repercussões da desinstitucionalização. 2020. 216 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020.

MANIFESTO DE BAURU. [II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental.] Bauru, dez. 1987. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2021.

MASSA, P. A. *O cuidado em liberdade na vivência dos moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos*. 2018. 144 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2018.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GO – MP/GO. *PAILI*: Programa de Atenção ao Louco Infrator. 3. ed. Goiás: MP/GO, 2013. Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/cartilhadopailli.pdf> . Acesso em: 18 dez. 2021.

MOTA, A. de O. *O teatro como palco para o self*: entre Winnicott, a arte e a clínica da atenção psicossocial. 2013. 295 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

NICÁCIO, M. F. *Utopia da realidade*: contribuições da Desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. 2003. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. Comitê sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência. *Observações finais sobre o relatório inicial do Brasil*. [S.l.]: ONU, set. 2015. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cpd/arquivos/relatorio-do-comite-da-onu-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia-traduzido-em-portugues>. Acesso em: 18 dez. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. *Declaração Universal dos Direitos humanos*. Portugal: ONU, 2021. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/portuguese?LangID=por>. Acesso em: 30 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. *Declaración conjunta*: Centros de detención y rehabilitación obligatorios relacionados con las drogas. Naciones Unidas para los Derechos Humanos and para los Refugiados; Organización Internacional del Trabajo; Organización Mundial de la Salud; Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad entre los Géneros y el Empoderamiento de las Mujeres; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; Programa Mundial de Alimentos; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; Fondo de Población de las Naciones Unidas; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. [S.l.]: ONU, 2012. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Repositorio/31/Documentos/Declara%C3%A7%C3%A3o%20Conjunta%20ONU.msg.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. A Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental. *In*: DHNet. 17 dez. 1991. Disponível em: <https://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/saude/smental.htm>. Acesso em: 18 dez. 2021.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS. *Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53027/9789275323014_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 17 dez. 2021.

PAIVA, C. H.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan./mar. 2014.

PARAÍBA. *Resolução CIB nº 19, de 02 de março de 2021*. Aprova o plano estadual de atenção integral à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei na Paraíba. Paraíba: Secretaria de Estado da Saúde, 2021. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/consultas/resolucoes-cib/ResoluoCIBN19.PDF>. Acesso em: 18 dez. 2021.

PASSOS, R. G.; PEREIRA, M. de O. Luta Antimanicomial, Feminismos e Interseccionalidades: notas para o debate. In: PEREIRA, M. de O.; PASSOS, R. G. (org.). *Luta Antimanicomial e Feminismos*: discussão de gênero, raça e classe. Rio de Janeiro: Francisca Júlia, 2017. p. 25-51.

PERNAMBUCO. *Resolução CIB/PE nº 4.041, de 27 de fevereiro de 2018*. Aprova a incorporação de AIH de psiquiatria para os municípios que sediarem o processo de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência no estado de Pernambuco. Pernambuco: Secretaria de Saúde, 2018. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol_4041_desintitucionalizacao_saude_mental_-_republicacao.pdf . Acesso em: 18 dez. 2021.

PERNAMBUCO. *Resolução CIB/PE nº 5.305, de 09 de junho de 2020*. Aprova a garantia de uma vaga em serviço residencial terapêutico (SRT) para acolhimento de pessoas egressas de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco (HCTP/PE). Pernambuco: Secretaria de Saúde, 2020. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol_5305_hospital_de_custodia_e_tratamento_psiquiatrico_de_pernambuco_hctp_-_raps.pdf. Acesso em: 18 dez. 2021.

RIO DE JANEIRO. *Carta do Seminário Internacional Defensoria no Cárcere e a Luta Antimanicomial*. Rio de Janeiro: [s.n.], maio 2017a.

Disponível em http://site.defensoria.mg.def.br/wp-content/uploads/2017/05/DPF_da_carta.pdf. Acesso em: 18 dez. 2021.

RIO DE JANEIRO. *Enunciados do Seminário Internacional Defensoria no Cárcere e a Luta Antimanicomial*. Rio de Janeiro: Defensoria Pública, 2017b.

RIO DE JANEIRO. *Lei nº 3.400, de 17 de maio de 2002*. Cria a bolsa de incentivo para assistência, acompanhamento e integração fora de unidade hospitalar de paciente portador de transtorno mental com história de longa permanência institucional em unidade hospitalar psiquiátrica. Rio de Janeiro: Câmara dos Deputados, 2002. Disponível em: <http://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/contlei.nsf/d38566aa34930b4d03257960005fdc91/a3d23970386e710e032576ac0072e920?OpenDocument>. Acesso em: 27 dez. 2021.

RIO DE JANEIRO. *Protocolo de Atuação da Defensoria Pública no Atendimento às Pessoas Presas ou Internadas*. Recomenda parâmetros mínimos para atuação de Defensores Públicos brasileiros no atendimento às pessoas presas ou internadas com execução penal provisória ou definitiva em curso, em estabelecimentos penais. Rio de Janeiro: [s.n.], 2017c. Disponível em: <https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2017/05/Defensoria-no-C%C3%A1rcere-Protocolo-de-atua%C3%A7%C3%A3o-da-Defensoria-P%C3%Bablica-no-atendimento-a-pessoas-presas-ou-internadas-.pdf>. Acesso em 18 dez. 2021.

RIO DE JANEIRO. *Resolução SES nº 1.911, de 23 de setembro de 2019*. Institui o programa de cofinanciamento, fomento e inovação da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro (COFI-RAPS). Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde, 2019. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2019/09/res1911.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2021.

RIO DE JANEIRO. *Resolução SES nº 2.129, de 16 de setembro de 2020*. Estabelece critérios e valores para o programa de cofinanciamento, fomento e inovação da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Rio De Janeiro (COFI-RAPS) para o ano de 2020, com parâmetros na Resolução nº 1.911, de 23 de setembro de 2019. Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde, 2020. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2020/09/res2129.pdf> . Acesso em: 18 dez. 2021.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. *Desinstitucionalização*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SÃO LUIZ. *Nota Técnica nº 06*. Aplicação da Reforma Psiquiátrica e da Política de Saúde Mental as Pessoas com Transtornos Mentais em Conflito com a Lei em Cumprimento de Medida de Segurança. São Luiz: Comissão Especializada em Execução Penal do Colégio Nacional dos Defensores Públicos Gerais – CEEP (CONDEGE), 30 maio 2014.

SARACENO, B. *Libertando Identidades*. Da Reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Belo Horizonte; Rio de Janeiro: TeCorá, Instituto Franco Basaglia, 2001.

SARACENO, B. *Superando o modelo tradicional dos hospitais psiquiátricos e instituições para pessoas com problemas de saúde mental: o programa “ideal”*. Lisboa, 2021. Texto citado em aula aberta ministrada em 07/04/2021.

SEVERO, A. A.; MALAGUEZ, F. D.; FERNANDES. I. (coord.). *Nota técnica 01/2017*. Nota técnica sobre conceito de deficiência psicossocial. Porto Alegre: FADERS, 2016. Disponível em: <https://faders.rs.gov.br/upload/arquivos/202012/11161529-01-2017-nota-tecnica-sobre-deficiencia-psicossocial.pdf> Acesso em: 08 nov. 2021.

SILVA; M. L.; CALDAS, M. T. Revisitando a técnica de eletroconvulsoterapia no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Psicologia: ciência e profissão*, Brasília, DF, v. 28, n. 2, p. 344-361, 2008.

SINGER, P. *Introdução à economia solidária*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2002.

SOARES FILHO, M. M; BUENO, P. M. Direito à saúde mental no sistema prisional: estratégias de desinstitucionalização dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2.101-2.110, jun. 2016.Disponível em: <http://www>.

scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702101&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 maio 2021.

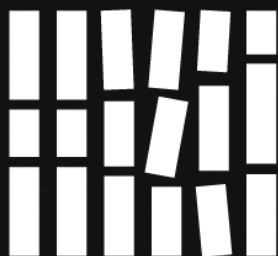
STEFANO, Daniela; MENDONÇA, Maria Luisa (org.). *Direitos humanos no Brail 2018*: relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos. São Paulo: Outras Expressões, 2018.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS – TJMG. *Resolução nº 944/2020*. Dispõe sobre a estrutura e o funcionamento do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ e dá outras providências. Belo Horizonte: TJMG, 13 nov. 2020. Disponível em: <https://www.tjmg.jus.br/data/files/3E/55/75/6A/D14D57106D6CCB576ECB08A8/Resolucao%20944-2020.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2021.

VASCONCELOS, E. M. (coord.). *Manual [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental*: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; GULBENKIAN GLOBAL MENTAL HEALTH PLATFORM. *Innovation in deinstitutionalization*: a WHO expert survey. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112829/9789241506816_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 02 mai. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services*: results of a rapid assessment. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>. Acesso em: 17 dez. 2021.



desinstitute

desinstitute.org.br
desinstitute@desinstitute.org.br