

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO:  
UMA INCURSÃO PELOS CAMINHOS DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA**

**ADRIANA COURA FEITOSA LOPES**

**ORIENTADORA: PROF<sup>ª</sup>. DR<sup>ª</sup>. MARIA DO CARMO EULÁLIO**

**CAMPINA GRANDE – PB  
2011**

**ADRIANA COURA FEITOSA LOPES**

**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO:  
UMA INCURSÃO PELOS CAMINHOS DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA**

Monografia apresentada a  
Universidade Estadual da Paraíba, como  
requisito para a obtenção do título de  
Especialista em Saúde Mental e Atenção  
Psicossocial.

**ORIENTADORA: PROF<sup>A</sup>. DR<sup>A</sup>. MARIA DO CARMO EULÁLIO**

Campina Grande – PB  
2011

L864d      Lopes, Adriana Coura Feitosa.

Desinstitucionalização [manuscrito]: uma incursão pelos caminhos da produção científica / Adriana Coura Feitosa Lopes. – 2011.

35 f.

Monografia (Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) – Universidade Estadual da Paraíba. – Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

“Orientador: Profa. Dra. Maria do Carmo Eulálio, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde”.

1. Desinstitucionalização. 2. Residências Terapêuticas.  
3. Centro de Atenção Psicossocial. I. Título.

CDD 618.89

**ADRIANA COURA FEITOSA LOPES**

**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO:  
UMA INCURSÃO PELOS CAMINHOS DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA**

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ .

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria do Carmo Eulálio  
Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Railda Fernandes Alves

---

Prof<sup>a</sup>. Ms. Lívia Sales Cirilo

*A minha filha Laura, por ter suportado com alegria e independência as horas de ausência dedicadas a esse trabalho. E aos meus pais que foram os primeiros a apoiarem os meus estudos.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Rodrigo, meu esposo, pelo companheirismo, apoio e solidariedade nos momentos que precisei;

A minha orientadora Carmita, que mesmo em meio a infinitas atribuições sempre teve tempo de me orientar, ouvir e aconselhar;

A Ana Paula, por compartilhar comigo suas ideias, seus conhecimentos, sua amizade;

Aos amigos do curso, pelo tempo que passamos juntos construindo e dividindo conhecimento;

Aos professores que nos ensinaram durante o curso e nos incentivaram a pensar criticamente;

A minha Banca Examinadora, pelo esforço e disposição em me avaliar num breve espaço de tempo.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A Reforma Psiquiátrica traz à tona a questão da desinstitucionalização; por conseguinte, a Lei Antimanicomial n.º 10.216, de 6/4/2001, que dispõe sobre a humanização da assistência, a gradativa desativação dos manicômios e a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que, junto com os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), são essenciais no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos. **OBJETIVOS:** Analisar a produção científica brasileira sobre desinstitucionalização através da base de dados da SciELO, no período entre 2005 a 2010. **METODOLOGIA:** Pesquisa bibliográfica, exploratória e descritiva realizada na biblioteca virtual SciELO com o descritor *desinstitucionalização*. A técnica de análise utilizada foi a análise de conteúdo. **RESULTADOS:** Foram encontrados 28 artigos, os quais foram analisados em seis categorias: SRT (Serviços Residenciais Terapêuticos) Serviços Públicos de Saúde Mental; Hospitais Psiquiátricos; Estudos Teóricos sobre saúde mental, desinstitucionalização e PACT (Programa de Tratamento Assertivo na Comunidade); Cuidadores/cuidado de pacientes com transtorno psiquiátrico; e Desinstitucionalização não psiquiátrica. **CONCLUSÃO:** Levando-se em conta dados do Ministério da Saúde, houve um aumento no número de Serviços Residenciais Terapêuticos e Centros de Atenção Psicossocial no país – serviços diretamente ligados ao processo de desinstitucionalização; no entanto, verifica-se que ainda são poucos os estudos sobre a temática investigada, e, por isso, é preciso que se realizem mais investigações sobre a desinstitucionalização e seus dispositivos, para que os profissionais que atuam nessa área possam pautar sua prática em exemplos de sucesso, ética e cidadania.

**PALAVRAS-CHAVE:** Desinstitucionalização, Residências Terapêuticas, Centros de Atenção Psicossocial.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The Psychiatric Reformation raises the issue of *deinstitutionalization*; consequently, the *Anti-asylum Law* (n. 10,216, of 04.06.2001), which deals with the humanization of hospital care, the gradual deactivation of asylums and the implementation of the Psychosocial Care Centers (PSC), which along with the Residential Therapeutic Services are crucial in the process of *deinstitutionalization* and social reintegration of the ones who leave the psychiatric hospitals. **OBJECTIVES:** Analyze the Brazilian scientific production on *deinstitutionalization* through the SciELO database between 2005 and 2010. **METHODS:** Exploratory and descriptive literature research, conducted in the SciELO virtual library with the indexing term *deinstitutionalization*. The technique known as content analysis was used in this study. **RESULTS:** A total of 28 scientific articles were found, which were analyzed into six categories: Residential Therapeutic Services (RTS); Mental Health Public Services; Psychiatric Hospitals; Theoretical Studies on mental health; *deinstitutionalization* and Community Assertive Treatment Program (CATP); Caregivers/care of psychiatric disorder patients, and non-psychiatric *deinstitutionalization*. **CONCLUSION:** Taking into account the data from the Brazilian Ministry of Health there was an increase in RTSs and PSCs in the country, however it can be noted that there are still a few studies on the theme, and thus it is clear the need of further investigations on *deinstitutionalization* and its strategies, so that the professionals working in this area can be guided by successful, ethical examples for their practice.

**KEYWORDS:** *Deinstitutionalization*, therapeutic residences, Psychosocial Care Centers.



## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO.....   | 7  |
| 2. OBJETIVOS .....   | 10 |
| 2.1 Objetivo Geral .....                                     | 10 |
| 2.2 Objetivos Específicos .....                              | 10 |
| 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....                                | 11 |
| 3.1 Reforma Psiquiátrica – História, Definições e Rumos..... | 11 |
| 3.2 Serviços Substitutivos.....                              | 13 |
| 3.2.1 Serviços Residenciais Terapêuticos.....                | 15 |
| 3.2.2 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS .....           | 17 |
| 4 METODOLOGIA.....   | 20 |
| 4.1 Tipo de Pesquisa .....                                   | 20 |
| 4.2 Coleta de Dados .....                                    | 20 |
| 4.3 Procedimentos .....                                      | 21 |
| 4.4 Análise dos Dados .....                                  | 21 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....                               | 23 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....                                 | 32 |
| REFERÊNCIAS.....   | 33 |

## 1. INTRODUÇÃO

Fazer uma investigação acerca da desinstitucionalização alude, necessariamente, estudar a reforma psiquiátrica brasileira e suas implicações. Villela e Scatena (2004) a definem como um movimento histórico de caráter político, social e econômico, influenciado pela ideologia dominante, e, que objetiva enfatizar a substituição das instituições manicomiais pelos serviços comunitários e normatizar as internações involuntárias.

O movimento da reforma psiquiátrica começou a ser constituído no final da década de 70, através do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que pregava um tratamento mais humanizado aos portadores de sofrimento psíquico. O MTSM faz críticas ao modelo hospitalocêntrico, às más condições de trabalho e de tratamento, denuncia a violência dos manicômios e a mercantilização da loucura (BORGES e BATISTA, 2008; BRASIL, 2005; MARZANO e SOUZA, 2003).

A reforma psiquiátrica traz à tona a questão da desinstitucionalização; esta, que teve início na década de 80 e tomou a experiência italiana como referência. Fenili e Scoz (2003) explicam que o processo de desinstitucionalização se firmou a partir do SUS (Sistema Único de Saúde) e foi referendado com a realização de duas conferências de saúde mental; a primeira no Rio de Janeiro, em 1987 e outra em Brasília, em 1992.

Amorim e Dimenstein (2009) consideram a desinstitucionalização como uma desconstrução de saberes e práticas psiquiátricas, caracterizada pela crítica epistemológica ao saber médico-psiquiátrico, na qual o sentido de cidadania ultrapassa o do valor universal para colocar em questão o próprio conceito de doença mental que determina limites aos direitos dos cidadãos.

Em outras palavras, pode-se afirmar que a reforma psiquiátrica brasileira consiste na busca por mudanças em relação às condições precárias dos internos nos hospitais psiquiátricos. A institucionalização era, até então, a única resposta social ao louco e à loucura (AMARANTE, 2001).

Em decorrência do movimento da reforma, cria-se no plano jurídico o Projeto de Lei n. 3657/89 do Deputado Paulo Delgado que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e

regulamenta a internação compulsória.(SANTOS JUNIOR e SILVEIRA, 2009; MESQUITA, 2008 ;FENILI e SCOZ, 2003; AMARANTE, 1994).

Entretanto, só depois de 12 anos de tramitação, o projeto de lei de Paulo Delgado, com modificações no texto, foi sancionado pelo Presidente da República, sob a forma de Lei n.º. 10.216, em 06 de abril de 2001.

A Lei Antimanicomial n.º 10.216, de 6/4/2001, que dispõe sobre a humanização da assistência, a gradativa desativação dos manicômios e a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que, junto com os Serviços Residenciais Terapêuticos (Portaria GM n.º 106, de 11/2/2000), são parte integrante da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, são essenciais no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Surge assim, a questão crucial do que fazer ao se fecharem os manicômios: “os esforços de superação da situação degradada dos internos, bem como da internação como única abordagem ao doente mental implicarão na constituição, consolidação e expansão de uma rede de ações e serviços substitutivos às práticas hegemônicas” (FURTADO, 2006, p.3).

De acordo com Rotelli (2001), no entendimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, e de acordo com a Psiquiatria Democrática italiana, o serviço substitutivo não convive com o hospital psiquiátrico, mas ao contrário, o substitui e o supera.

Os novos dispositivos ou serviços substitutivos que surgiram no Brasil se efetivaram pela criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e que acabaram por orientar a formação de outros procedimentos e criação de novos serviços de atenção em saúde mental.

Nesse contexto foram criadas alternativas de moradias para os futuros egressos dos manicômios. Então, surgem no Brasil, no início dos anos 90, iniciativas voltadas para a reinserção dos internos de longa permanência no espaço urbano e na comunidade. Nesse período, as residências eram denominadas de “lares abrigados”, “pensões protegidas” e “moradias extra-hospitalares”, mas, a partir da portaria 106/2000, este serviço substitutivo passou a ser chamado de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) (FURTADO, 2006).

As residências terapêuticas, ou moradias, são casas inseridas no espaço urbano, destinadas a cuidar dos portadores de transtorno mental grave, egressos de

longos períodos de internações psiquiátricas que não tenham suporte, social e laços familiares, com o intuito de viabilizar sua inserção social. (BRASIL, 2004).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), os SRTs visam os processos de autonomia, de construção de direitos, de cidadania e novas possibilidades de vida para todos e devem garantir o acesso, o acolhimento, a responsabilização e a produção de novas formas de cuidado do sofrimento.

Verifica-se, então, que a saúde mental no Brasil vem sofrendo mudanças inclusive de paradigma – da institucionalização para a desinstitucionalização – o que mostra a relevância de se estudar essas mudanças, os novos serviços implantados e suas repercussões.

Também justifica-se esse estudo parafraseando Villela e Scatena (2004): “... é necessário que os profissionais de saúde mental se adaptem às novas concepções e assim possam efetivar a assistência pautada em uma ideologia de cidadania, ética, humanização e uma assistência integral.”(p.738).

O objetivo desta pesquisa foi analisar a produção científica brasileira em desinstitucionalização, na SciELO, no período de 2005 a 2010. Trata-se, portanto, de uma investigação da ocorrência, importância e evolução dessa produção científica em um novo campo de práticas e discursos na saúde mental do Brasil.

A relevância e escolha pela SciELO ocorre por essa possuir visibilidade e acessibilidade da literatura científica, reunindo uma variedade e grande coleção de periódicos científicos brasileiros (ANTONIO; PACKER, 1998; HAYASHI *et al.* 2008).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar a produção científica brasileira sobre desinstitucionalização através da SciELO, no período entre 2005 a 2010.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Analisar os conteúdos/aspectos abordados sobre desinstitucionalização; e
- Verificar o perfil dessa produção, em termos de sua distribuição em revistas especializadas de áreas científicas, de metodologia utilizada e período de publicação.

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 Reforma psiquiátrica – história, definições e rumos

Falar da reforma psiquiátrica constitui-se, entre outros aspectos, em fazer um resgate acerca da marginalização sobre a loucura e sobre as práticas excludentes do estado e da sociedade.

Amarante (1994) explica que na década de 60, o estado comprava serviços psiquiátricos do setor privado e a doença mental acaba então, tornando-se um objeto de lucro. Dessa maneira, ocorre um grande aumento no número de vagas e internações em hospitais psiquiátricos privados. Para acabar com essa mercantilização da loucura (MESQUITA, 2008), é que surge o movimento da reforma psiquiátrica, questionando o modelo vigente, criticando o saber psiquiátrico e o modelo hospitalocêntrico.

A crítica à prática psiquiátrica resultou em mudanças em relação às políticas de saúde mental, que já vinham se desenvolvendo pela influência dos diversos movimentos reformistas que surgiram na Europa e nos Estados Unidos no período pós-guerra (ANAYA, 2004). Assim, denominou-se reforma psiquiátrica como “o processo histórico de caráter crítico e prático, de questionamento e elaboração de outros saberes e intervenções em relação à loucura, com o objetivo de transformar o modelo assistencial clássico da psiquiatria, a partir do final da década de 1970”. (p.67)

Em 1987, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) assume-se enquanto movimento social e lança o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios” (AMARANTE, 1994; ANAYA, 2004; BORGES e BAPTISTA, 2008), aumenta a discussão sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e seus manicômios. Essa discussão, na prática, implica no debate e adoção de experiências de desinstitucionalização. O MTSM traz, por assim dizer, as denúncias da violência nos manicômios e da capitalização da loucura.

Amarante (2001) alerta que, quando autores e técnicos consideram a reforma psiquiátrica como um processo restrito à reorganização de serviços, vinculando-a a pura reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico, reduz-se a reforma à modernização das técnicas terapêuticas. O autor, então, luta para construir uma concepção de reforma psiquiátrica, que supere essa noção de simples

reforma administrativa. Em outras palavras “... o termo reforma implica algumas limitações e favorece mal entendidos, uma vez que historicamente, tem sido associado à idéia de transformações superestruturais, superficiais, sem consistência ou profundidade” (AMARANTE, 2003, p.46).

Deve-se, portanto, pensar a reforma psiquiátrica como um “processo social complexo” (AMARANTE, 2003), ou seja, algo que está em permanente movimento, sem um fim predeterminado, e que se configura na articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas. Essas dimensões, segundo Amarante (2003) são:

1. Campo epistemológico ou teórico-conceitual: refere-se à problematização e à revisão das questões teórico-conceituais que se situam no campo da produção dos saberes, produzidos pela ciência moderna e pela psiquiatria.

2. Campo técnico-assistencial: diz respeito ao modelo de assistência prestado em termos de serviços e tratamento destinados ao “assistido” a partir da construção de um conceito.

3. Campo jurídico-político: as noções de periculosidade, de irresponsabilidade e incapacidade, construída pela psiquiatria, são rediscutidas e redefinidas para pensar as relações sociais e civis do louco.

4. Campo sociocultural: visa à transformação do lugar da loucura no imaginário social. Lugar que não associe a erro, à incapacidade, à impossibilidade de trocas sociais e simbólicas.

Verifica-se, assim, que seguir o lema “uma sociedade sem manicômios”, implica em não apenas desinstitucionalizar, mas recolocar o problema, reconstruir saberes e práticas, estabelecer novas relações, produzir novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos.

É válido ressaltar que, no processo de reforma psiquiátrica, a clínica tem sido uma preocupação permanente (AMARANTE, 2001). O ideal da reforma seria uma clínica sem supremacia ou hegemonia de teoria ou corrente clínica; seria que o operador da atividade clínica consiga superar a condição de ser apenas um técnico.

Tenório (2001) vai além e explica que o campo teórico-prático da reforma psiquiátrica brasileira encontra-se emoldurado por três vertentes: a desinstitucionalização, a clínica institucional e a reabilitação psicossocial. Esta última, enfatizada pelo autor, deve permitir ao paciente alcançar um ótimo nível de funcionamento independente na comunidade, melhorar suas competências

individuais e habilidades sociais, promover seu funcionamento ocupacional, sua autonomia e possibilidade de auto defesa.

Em conseqüência ao movimento da reforma psiquiátrica e todas as questões vinculadas a mesma, surgem no final da década de 80 e início dos anos 90 os novos serviços de caráter substitutivos.

### **3.2 Serviços Substitutivos**

Verificou-se que com a desinstitucionalização e reintegração dos portadores de transtornos mentais na comunidade surge a necessidade de uma rede de atenção extra-hospitalar. É nesse período que a reforma psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal.

Para atender tal necessidade foram criados os serviços substitutivos; esses “novos” serviços são para Rotelli (2001) a expressão da intenção psiquiátrica de renovar seu papel terapêutico, funcionando segundo uma lógica de empresa, onde esses serviços juntamente ao hospital psiquiátrico se especializam e fragmentam por tipos de prestação e competência.

A grande inovação dos serviços substitutivos, no entender de Amarante e Torre (2001), está nas rupturas que operam com o antigo paradigma da psiquiatria clássica, permitindo a construção de um novo modelo que coloque em questão e transforme cotidianamente os saberes, práticas e culturas, produzindo instituições *inovadoras* de caráter inteiramente *substitutivo*.

Os serviços substitutivos representam segundo Rotelli (2001) o elemento basilar do novo circuito psiquiátrico. A complexidade das ações e das formas de organização do serviço substitutivo enseja outra prática e produz novos conceitos e contextos para o campo da saúde mental, trazendo rupturas com o modelo asilar, ou qualquer outro serviço que se coloque em complementaridade ou ao lado de instituições manicomiais.

Os serviços substitutivos são compostos por: Hospital-dia, leitos em Hospitais Gerais, Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência e Cultura, Mini-equipes de Saúde Mental nos PSF, Serviços de Urgência e Emergência em Saúde Mental e Serviços de Residências Terapêuticas. (BRASIL, 2005).



Os Centros de Convivência e Cultura constituem-se em um serviço substitutivo que oferece às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade. Estes Centros facilitam a construção de laços sociais, mas, não realizam atendimento médico ou terapêutico.

O Programa de Volta para Casa (PVC) foi instituído pela Lei Federal 10.708, de 31 de julho de 2003 e é um dos instrumentos mais efetivos para a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização. O objetivo deste Programa é incentivar uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e cuidados, facilitadora do comércio social, capaz de assegurar o bem estar global e estimular o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania (BRASIL, 2005).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção a saúde mental, tem, segundo o Ministério da Saúde, valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica.

Nessa rede de serviços, Amorim e Dimenstein (2009) destacam os SRTs (Serviços Residenciais Terapêuticos por se constituírem nos dispositivos terapêuticos mais recentes, reconhecidos como avanço no processo de reforma psiquiátrica brasileira. Entretanto, continuam as autoras, os SRTs levantam questionamentos ao modo de funcionamentos dos mesmos, bem como apontam desafios nos processos de produção de saúde que se desenvolvem diretamente nele ou a partir dele.

Dimenstein (2006) alerta para o fato de que a rede de serviços substitutivos traz consigo problemas e desafios a serem enfrentados, a exemplo de questões salariais e condições de trabalho daqueles que prestam serviços nas instituições de saúde mental, e, questões como a falta de capacitação que viabilizem novas formas de cuidado. Além disso, ainda percebe-se o investimento inadequado e insuficiente do SUS para os serviços substitutivos. Ocorre que em algumas localidades (DIMENSTEIN, 2006), como no Rio Grande do Norte, poucas pessoas são atendidas no CAPS devido ao número insuficiente de unidades para atender a

demanda crescente, ao tempo excessivo de sua utilização pelos usuários, ao insuficiente registro de altas e à falta de articulação entre esses serviços e a rede de atenção básica.

Isso implica a produção de um tipo de atenção a saúde pouco diversificada na rede, que se torna ineficiente na produção de saúde no meio social do indivíduo. Assim, esse modelo torna-se paradoxal àquele de assistência à saúde proposto pela reforma psiquiátrica e a seus aspectos fundamentais: a desconstrução de saberes e práticas restritos à mera desospitalização e a produção de cuidados em núcleos de base comunitária, na concretude cotidiana dos espaços onde circula a loucura. (DIMENSTEIN, 2006, p.71)

Diante do exposto fica claro que, no manicômio não existe “troca”, mas, sua extinção não promove automaticamente a entrada do doente mental no intercâmbio social. Em outras palavras, a mudança de um regime tutelar para outra forma de cuidado que proponha a produção de práticas de liberdade constitui um processo cheio de obstáculos, de modo que mesmo nos serviços substitutivos ainda existem condutas que revelam não uma estrutura manicomial, mas ideias manicomiais.

Percebe-se que, a noção de desinstitucionalização, era entendida basicamente como um conjunto de medidas de desospitalização e, seus princípios fundamentais eram: prevenção de internações inadequadas, elegendo alternativas sociais comunitárias para o tratamento; ressocialização dos internos que apresentem preparo adequado; criação de um sistema de suporte comunitário para egressos ou outros que precisem de serviços em saúde mental (AMARANTE, 1994).

Verifica-se, pois, a necessidade de diferenciar desinstitucionalização de desospitalização. Esta, implica na saída do portador de transtorno mental do hospital psiquiátrico; enquanto desinstitucionalização, segundo Rotelli (2001), é um processo de desconstrução lenta e gradual de todos os preceitos do hospital psiquiátrico e de construção, fora do mesmo, de novos serviços que tenham uma lógica inversa à da exclusão, do internamento, da opressão, própria dos hospitais psiquiátricos. O autor ainda acrescenta que, que desinstitucionalização é muito mais que fechar os manicômios e criar redes de serviços substitutivos; é inventar novas formas de convívio social com a diferença e isso implica em transformações profundas nos modos de pensar e fazer o cuidado, de definir o papel das instituições e, especialmente, colocam permanentemente em questão as diferentes concepções e estratégias utilizadas pelos profissionais, obrigando-nos também a nos reinventarmos.

Espera-se, pois, que esse debate contribua para esclarecer fatos acerca do processo de desinstitucionalização, através dos serviços substitutivos, bem como incentivar a crítica do que efetivamente tem sido feito nesses serviços.

### **3.2.1 Serviços Residenciais Terapêuticos**

As Residências Terapêuticas são casas destinadas a responder a necessidade de moradia de pessoas com transtornos mentais, egressas de hospitais psiquiátricos ou não. (BRASIL, 2004).

A Portaria 106/2000 instituiu as Residências Terapêuticas, visando uma articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS). Além da Portaria, dão sustentação ao Serviço: a Lei Federal 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais; a Lei Federal 10.708/2003, que institui o auxílio-reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas; a Portaria GM 2068/2004, que institui incentivo financeiro aos municípios para a implantação das residências; e as Portarias 52 e 53/2004, que estabelecem um programa de redução progressiva de leitos psiquiátricos no país (SANTOS JÚNIOR e SILVEIRA, 2009; FURTADO, 2006; BRASIL, 2004).

Ser admitido em uma Residência Terapêutica é o início de um processo de reabilitação, que deverá buscar a inclusão social do morador e sua emancipação pessoal, afinal, sua finalidade principal é a moradia, o morar e o viver na cidade.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) prevê que, o número máximo permitido de usuários em uma Residência é de oito pessoas, que deverão contar sempre com um suporte profissional sensível às demandas e as necessidades de cada um. Além disso, o processo de reabilitação psicossocial deve buscar especialmente à inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade.

É válido destacar que, embora as Residências estejam “acolhendo” os egressos de longas internações psiquiátricas, ainda existe uma grande demanda de pessoas a serem beneficiadas (FURTADO, 2006), uma vez que o número de SRTs existentes contemplam apenas 12,4% do necessário.

Furtado (2006) ainda acrescenta que, a implicação do gestor municipal do SUS (secretários de saúde) é decisiva para a expansão ou não desse serviço substitutivo.

É importante esclarecer que, cada moradia deve ser considerada única, sendo organizada seguindo alguns critérios como: comportamento dos usuários, diagnóstico, faixa etária, gênero, nível de agressividade, dentre outros. Além disso devem apontar para a construção de um modo singular de dispositivo, que visa dar conta da individualidade de cada caso (BRASIL, 2004).

Em síntese, a Residência Terapêutica deve ser capaz de reconstruir o direito de moradia das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos ou não, e de auxiliá-las em seu processo de resgate da autonomia e reintegração social. Circular livremente pelos espaços da comunidade se constitui como um dos direitos mais fundamentais do ser humano (BRASIL, 2005).

Amorim e Dimenstein (2009) alertam que, quando se considera a realidade específica do SRT, que é ao mesmo tempo uma casa na qual os moradores devem poder circular livremente a qualquer tempo e por diferentes espaços sociais e públicos, pode-se pensar que esses mecanismos de controle e estratégias de resistência à lógica manicomial vão incidir sobre o cotidiano dos moradores e cuidadores, nas relações que estes estabelecem entre si, nos mais variados âmbitos da vida que estão construindo juntos e também sobre as práticas de cuidado que ali estão se realizando.

É nesse sentido que os SRT tem se revelado como problematizadores da atenção em saúde mental e, como tal, tem mobilizado uma série de questionamentos relativos à clínica e aos modos de morar e habitar, tais como: que clínica é possível neste contexto residencial sem cair nas práticas tutelares? Que acolhimento e que formas de cuidado se fazem nesse novo modelo sem aprisionar a vida? Como se fazem essas formas de cuidado no transitar cotidiano entre casa e cidade e tudo que a vida comporta? (AMORIM e DIMENTEIN, 2009).

### **3.2.2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde mental, municipais, abertos e comunitários vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), destinados a prestar atenção diária a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, que tem o objetivo de oferecer atendimento à população, realizar o

acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Esses serviços devem estimular a integração social e familiar dos sujeitos, apoiando-os em suas iniciativas de busca de autonomia.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) dispõe acerca das funções dos CAPS:

- prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos;
- acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território;
- promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais;
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação;
- dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica;
- organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios;
- articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental num determinado território;
- promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

A Portaria 336/02, determina que os CAPS passam a ser os dispositivos ordenadores e a porta de entrada da rede territorial de assistência em saúde mental, regulamentando-se 5 (cinco) tipos de CAPS (AMARANTE, 2003), cada um com uma clientela diferenciada (adultos, crianças/adolescentes e usuários de álcool e outras drogas) a depender do contingente populacional a ser coberto (pequeno, médio e grande porte) e do período de funcionamento (diurno ou 24h). São eles:

- CAPS I - são serviços para cidades de pequeno porte, que devem dar cobertura para toda clientela com transtornos mentais severos durante o dia (adultos, crianças e adolescentes e pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras drogas).

- CAPS II - são serviços para cidades de médio porte e atendem durante o dia clientela adulta.
- CAPS III – são serviços 24h, geralmente disponíveis em grandes cidades, que atendem clientela adulta.
- CAPSi – são serviços para crianças e adolescentes, em cidades de médio porte, que funcionam durante o dia.
- CAPS ad – são serviços para pessoas com problemas pelo uso de álcool ou outras drogas, geralmente disponíveis em cidades de médio porte. Funciona durante o dia (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), todos os tipos de CAPS são compostos por equipes multiprofissionais, com presença obrigatória de psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social, aos quais se somam outros profissionais do campo da saúde.

Amarante (2003) alerta que, um CAPS não deve ser apenas um “serviço inovador”, ou seja, um espaço de produção de novas práticas sociais para lidar com a loucura, com o sofrimento psíquico; deve ser, também, um espaço para a construção de novos conceitos, de novas formas de vida, de invenção de vida e saúde. Porém, critica o autor, a política de saúde mental está sendo reduzida à implantação de CAPS. Assim, a reforma psiquiátrica torna-se clínica modernizada, a psiquiatria renovada, realizada no interior dos CAPS. Por outro lado, o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença e ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médica curativa.

Alverga e Dimenstein (2006) também fazem uma crítica ao CAPS e relatam que, já na primeira atividade do CAPS em relação à chegada do usuário à instituição, o ingresso está condicionado à adequação a um espectro nosológico específico, além do que, ultrapassando essa primeira seleção, o usuário enfrenta uma "lista de espera", por conta da dificuldade de acolher o contingente da demanda, maior que a capacidade do serviço.

Neste sentido, além da denúncia de um dos mais graves problemas da Saúde Pública, a questão da acessibilidade, ocorre que a admissão e as altas desses serviços têm diminuído a cada ano. Além disso, essa demanda reprimida pelo CAPS representa uma proporção equivalente a 44% do total de usuários

atendidos, segundo a lista de espera dos serviços consultados. Com base nesses dados, existe a possibilidade dos CAPS estarem realizando uma nova modalidade de cronificação, problema já alertado por Amarante (2003), citado por Alverga e Dimenstein (2006), uma vez que os usuários não dispõem de outros serviços de base comunitária.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de Pesquisa**

O presente trabalho trata de um estudo exploratório, descritivo e de caráter bibliográfico, também pode ser denominado de “estado da arte”. Segundo Ferreira (2002), são pesquisas que tentam mapear e discutir uma certa produção acadêmica em diferentes campos do conhecimento, tentando responder que aspectos e dimensões vem sendo destacados e privilegiados em diferentes épocas e lugares, de que formas e em que condições tem sido produzidas dissertações de mestrado, teses de doutorado, publicações em periódicos e comunicação em anais de congressos e de seminários.

Soares (apud FERREIRA, 2002), afirma que essa compreensão do estado de conhecimento sobre um tema, em determinado momento, é necessária no processo de evolução da ciência, afim de que se ordene o conjunto de informações e resultados já obtidos, “... ordenação que permita indicação das possibilidades de integração de diferentes perspectivas, aparentemente autônomas, a identificação de duplicações ou contradições, e a determinação de lacunas e vieses.” (p. 259).

### **4.2 Coleta de Dados**

Para atingir os objetivos propostos, a pesquisa foi realizada na base de dados da SciELO, com publicações que compreende o período de 2005 a 2010.

A SciELO - Scientific Electronic Library Online é uma biblioteca eletrônica, que abrange uma coleção de periódicos científicos brasileiros, resultado de um projeto de pesquisa da FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, em parceria com a BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. A partir de 2002, o Projeto conta com o apoio do CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

O objetivo dessa biblioteca eletrônica é proporcionar um amplo acesso a coleções de periódicos como um todo, aos fascículos de cada título de periódico, assim como aos textos completos dos artigos (SCIELO, 2010).

Escolheu-se a Biblioteca Eletrônica SciELO para a análise da produção científica brasileira relacionada a desinstitucionalização, já que a mesma abrange



periódicos de diversas áreas do conhecimento e possui grande visibilidade acadêmica e acessibilidade, como também o acesso ao acervo bibliográfico é gratuito. De acordo com Hayashi *et al.* (2008, 185), essa “biblioteca eletrônica proporciona uma forma de garantir visibilidade e a acessibilidade da literatura científica, além de espelhar a produção científica brasileira na internet”.

### 4.3 Procedimentos

Os procedimentos utilizados na busca de artigos sobre desinstitucionalização, foram os seguintes:

- Entrou-se no endereço eletrônico da SciELO, (<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_home&ing=pti&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_home&ing=pti&nrm=iso)>) buscou-se a opção **artigos**, em seguida **índice de assuntos**, e, então colocou-se o descritor “desinstitucionalização”. Esta palavra é considerada descritor na Biblioteca Virtual de Saúde – BVS.
- Após os resultados obtidos com o descritor proposto descartou-se aqueles que não encontravam-se no período proposto da pesquisa, ou seja, de 2005 a 2010.
- Então, verificou-se em quais artigos continham em seu título ou nas palavras-chave (do resumo) o descritor “desinstitucionalização”, para análise posterior.

### 4.4 Análise dos Dados

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica da análise de conteúdo (BARDIN, 1977), que trabalha as palavras e suas significações, ou seja, busca-se outras realidades através da mensagem, fazendo uso de um mecanismo de dedução com base nos indicadores construídos a partir de uma amostra de mensagens particulares.

Os dados obtidos foram analisados a partir, unicamente da leitura dos resumos dos trabalhos. O foco teve em vista os seguintes aspectos: a) descrição e categorização dos artigos obtidos; b) identificação do tipo de pesquisa, segundo a metodologia utilizada, c) verificação do ano de publicação dos artigos, e, d) identificação dos artigos por área ou periódico publicado.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados na pesquisa realizada 28 artigos, que contém em suas palavras-chave o descritor 'desinstitucionalização' e foram publicados de 2005 a 2010. Desses artigos localizados, seis deles também possui o descritor em seu título.

A Tabela a seguir apresenta a distribuição dos artigos de acordo com o ano de publicação:

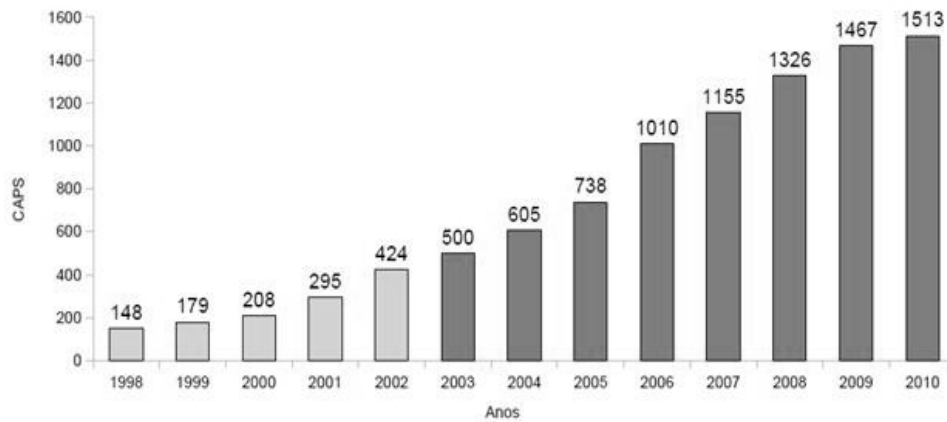
Tabela I – Distribuição dos artigos por ano de publicação

| <b>Ano de publicação</b> | <b>n. de artigos publicados</b> |
|--------------------------|---------------------------------|
| <b>2005</b>              | <b>2</b>                        |
| <b>2006</b>              | <b>4</b>                        |
| <b>2007</b>              | <b>6</b>                        |
| <b>2008</b>              | <b>6</b>                        |
| <b>2009</b>              | <b>5</b>                        |
| <b>2010</b>              | <b>5</b>                        |
| <b>TOTAL</b>             | <b>28</b>                       |

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme pode se verificar, apenas em 2007 e 2008 ocorreu um aumento no número de publicações que traz em seu bojo a desinstitucionalização. Entretanto, essa produção decresce nos anos de 2009 e 2010. Tal fato contrasta com o aumento no número de Serviços em Saúde Mental como o CAPS e SRT (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Houve um aumento no número desses serviços no país, conforme mostra o gráfico I, extraído do "Saúde Mental em Dados" (BRASIL, Ministério da Saúde, 2010). Observou-se que o aumento de publicações não foi proporcional ao número de serviços implantados, o que pode ser atribuído ao tempo investido no novo fazer.

Gráfico 1 – Série histórica da expansão dos CAPS (1998 a maio de 2010)



Fonte: Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Antes de 2001: Levantamento CAPS Disque-Saúde 2001.

O gráfico acima mostra a expansão absoluta dos serviços tipo CAPS ao longo dos anos. A cobertura Brasil em 2002, quando existiam 424 CAPS, era de 21%. Em maio de 2010, temos 1513 CAPS e 62% de cobertura.

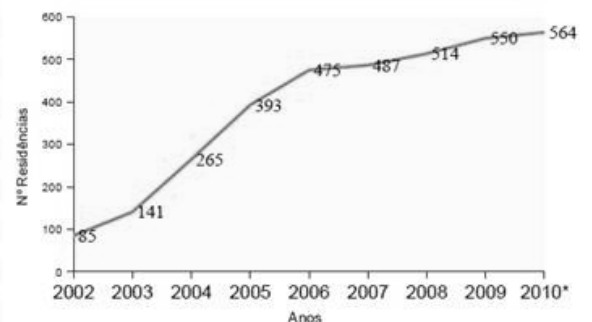
Constatou-se também o aumento no número de Residências Terapêuticas no país, apesar de sua cobertura ainda ser baixa, segundo dados do próprio Ministério da Saúde. Esse crescimento pode ser visualizado a seguir no gráfico e na tabela extraídos também da “Saúde Mental em Dados”:

Tabela 5 – Residências Terapêuticas por UF. (Brasil. Maio de 2010)

| UF           | Módulos          |                | Total de módulos | Total de moradores |
|--------------|------------------|----------------|------------------|--------------------|
|              | Em funcionamento | Em implantação |                  |                    |
| AC           | 0                | 0              | 0                | 0                  |
| AL           | 0                | 0              | 0                | 0                  |
| AP           | 0                | 0              | 0                | 0                  |
| AM           | 0                | 0              | 0                | 0                  |
| BA           | 20               | 1              | 21               | 114                |
| CE           | 5                | 4              | 9                | 29                 |
| DF           | 0                | 0              | 0                | 0                  |
| ES           | 5                | 0              | 5                | 37                 |
| GO           | 11               | 3              | 14               | 54                 |
| MA           | 3                | 0              | 3                | 18                 |
| MG           | 73               | 25             | 98               | 517                |
| MS           | 1                | 0              | 1                | 2                  |
| MT           | 10               | 0              | 10               | 76                 |
| PA           | 0                | 2              | 2                | 0                  |
| PB           | 16               | 4              | 20               | 103                |
| PE           | 14               | 54             | 68               | 89                 |
| PI           | 3                | 1              | 4                | 18                 |
| PR           | 22               | 2              | 24               | 138                |
| RJ           | 102              | 7              | 109              | 570                |
| RN           | 3                | 0              | 3                | 20                 |
| RO           | 0                | 0              | 0                | 0                  |
| RR           | 0                | 0              | 0                | 0                  |
| RS           | 38               | 7              | 45               | 131                |
| SC           | 3                | 2              | 5                | 23                 |
| SE           | 20               | 0              | 20               | 102                |
| SP           | 215              | 40             | 255              | 1021               |
| TO           | 0                | 0              | 0                | 0                  |
| <b>Total</b> | <b>564</b>       | <b>152</b>     | <b>716</b>       | <b>3062</b>        |

Fonte: Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

Gráfico 2 – Incremento do número de Residências Terapêuticas (2003 – \*maio de 2010)



O número de publicações de desinstitucionalização pode não crescer na mesma proporção do aumento dos serviços em saúde mental (exposto anteriormente) em função de algumas pesquisas serem realizadas, porém não divulgadas ou publicadas em periódicos de grande circulação.

A tabela II apresenta a área de publicação dos artigos na SciELO com os respectivos periódicos publicados, como pode ser visualizado a seguir:

Tabela II – Distribuição dos artigos por área e periódicos publicados

| <b>Periódicos por área</b>    | <b>Revistas</b>                    | <b>N</b>  | <b>%</b>     |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------|--------------|
| <b>Psiquiatria</b>            | Rev. de Psiquiatria do Rio Gr. Sul | 1         | <b>32,14</b> |
|                               | Rev. Brasileira de Psiquiatria     | 4         |              |
|                               | Jornal Brasileiro de Psiquiatria   | 4         |              |
| <b>Enfermagem</b>             | Rev. Escola Enfer. da USP          | 3         | <b>28,57</b> |
|                               | Rev. Texto Contexto – Enfer.       | 2         |              |
|                               | Interface                          | 1         |              |
|                               | Rev. Latinoamericana de Enfer.     | 1         |              |
|                               | Escola Anna Nery                   | 1         |              |
| <b>Saúde Coletiva/Pública</b> | Physis                             | 3         | <b>21,42</b> |
|                               | Rev. Saúde Pública                 | 1         |              |
|                               | Cadernos de Saúde Pública          | 1         |              |
|                               | Ciência e Saúde Coletiva           | 1         |              |
| <b>Psicologia</b>             | Estudos de Psicologia              | 1         | <b>17,85</b> |
|                               | Fractal: Rev. de Psicologia        | 1         |              |
|                               | Psicologia & Sociedade             | 2         |              |
|                               | Revista Latinoamericana de         | 1         |              |
|                               | Psicopatologia Fundamental         |           |              |
| <b>TOTAL</b>                  |                                    | <b>28</b> | <b>100</b>   |

Fonte: Dados da pesquisa

Percebe-se que a maioria dos artigos foram publicados na área de psiquiatria (32,14%), seguidos da área de enfermagem (28,57%), essas duas áreas somam mais da metade (60,71%) das publicações. Fato que permite questionar o

motivo da área de psicologia ser a que menos publicou, embora esteja diretamente ligada a todo o processo de desinstitucionalização. Verifica-se que a enfermagem e a saúde coletiva são áreas que vem expandindo sua atuação no campo da saúde mental.

A abordagem metodológica utilizada pelos autores é apresentada em ordem decrescente na Tabela III:

Tabela III – Distribuição dos artigos segundo o tipo de pesquisa utilizada

| <b>Metodologia Utilizada</b>                             | <b>N.</b> | <b>%</b> |
|--|-----------|----------|
| <b>Pesquisa de Campo</b>                                 | 16        | 57,14    |
| <b>Pesquisa Bibliográfica/<br/>Documental ou Teórica</b> | 11        | 39,28    |
| <b>Caso Clínico</b>                                      | 1         | 3,57     |

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados revelam que a pesquisa de campo foi a mais utilizada (57,14%) pelos autores dos artigos, o que indica que estão indo aos serviços para observar, investigar, avaliar o que tem acontecido no processo de desinstitucionalização. A pesquisa bibliográfica/documental ou teórica encontra-se no segundo lugar de escolha com 39,28%, contribuindo assim para importantes reflexões críticas que poderão nortear futuras pesquisas como também repensar os serviços.

Infere-se que a prevalência da pesquisa de campo ocorre em função dos serviços decorrentes da desinstitucionalização serem novos, e, portanto, passíveis de serem visitados, estudados, avaliados, enfim, existe muito a se conhecer sobre seu funcionamento, usuários, infraestrutura e profissionais que atuam direta ou indiretamente.

Para fornecer um panorama geral dos artigos publicados, analisou-se seu conteúdo e chegou-se a seis categorias, descritas a seguir:

| <b>Categorias</b>   | <b>Assuntos abordados</b>   | <b>N.</b> | <b>%</b>     |
|---|---|-----------|--------------|
| <b>SRT</b>  | Nessa categoria encontram-se os artigos relacionados a avaliação do processo de inserção de usuários nos SRTs; relatos de experiência e estudo de caso sobre SRT; avaliação da autonomia de usuários; implementação/ funcionamento de Residências, avaliação do serviço; e desafios a serem enfrentados.  | <b>10</b> | <b>35,70</b> |
| <b>Serviço Público de Saúde Mental</b>                                    | Artigos sobre usuários de CAPS; modo de funcionamento desse Serviço; processos de trabalho em serviços públicos de saúde mental; confiabilidade da Escala Family Burden Interview Schedule em serviços públicos de saúde mental.  | <b>5</b>  | <b>17,85</b> |
| <b>Hospitais Psiquiátricos</b>  | Estudos sobre hospital-dia na perspectiva da Reforma; estudo comparativo entre hospital geral, hospital psiquiátrico e emergência psiquiátrica; satisfação de profissionais de instituições psiquiátricas de intervenção integral e parcial; autonomia de pacientes em hospitais psiquiátricos; reforma da política de saúde mental em hospital psiquiátrico. | <b>5</b>  | <b>17,85</b> |
| <b>Estudos Teóricos sobre Saúde Mental, Desinstitucionalização e PACT</b> | Trabalhos de discussão teórica sobre saúde mental ou desinstitucionalização, como: atual política de saúde mental; desenvolvimento da infraestrutura de serviço de saúde mental; reflexões sobre a história da psiquiatria e desinstitucionalização; revisão de estudos sobre Programa de Tratamento Assertivo na Comunidade (PACT) e Case Management.        | <b>4</b>  | <b>14,28</b> |
| <b>Cuidadores/cuidado de pacientes com transtorno psiquiátrico</b>        | Trabalhos que investigam a sobrecarga de cuidadores de pacientes com transtorno de esquizofrenia ou do humor; que identificam as referências sobre o cuidado multi e interdisciplinar em saúde mental; a validade da Escala Family Burden Interview Schedule (FBIS-BR) em familiares (cuidadores) de pacientes psiquiátricos.                                 | <b>3</b>  | <b>10,71</b> |
| <b>Desinstitucionalização não psiquiátrica</b>                            | O papel de famílias de adolescentes ex-abrigados de uma instituição não psiquiátrica.   | <b>1</b>  | <b>3,57</b>  |

Tabela IV – Distribuição dos artigos por temática (assunto)

Os dados da Tabela IV revelam uma maior predominância de trabalhos sobre Serviços Residenciais Terapêuticos (10 trabalhos, ou 35,7% da amostra),

seguida de artigos sobre Serviços Públicos de Saúde Mental (5 trabalhos, ou 17,8%), junto com Hospitais Psiquiátricos (também com 5 artigos, ou 17,8% da amostra).

Os números mostram que a desinstitucionalização tem sido investigada, através dos serviços substitutivos, embora os SRTs em número maior. É válido ressaltar que, com o descritor utilizado, ainda são poucos os trabalhos sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), apesar de serem importantes ferramentas da Reforma no processo de desinstitucionalização.

O tema 'SRT' traz artigos sobre o processo de desinstitucionalização e mostra que a reforma psiquiátrica é uma forma de incluir as pessoas na sociedade, de respeitar os direitos individuais, de permitir o indivíduo exercer sua subjetividade e singularidade. Mas, para alcançar esse intuito deve-se construir um referencial teórico fundamentado nas práticas efetivadas nas residências terapêuticas, permitindo reflexões e construindo conceitos para os trabalhadores de saúde mental consolidarem avanços nesses dispositivos de saúde mental, conforme atestam Belini e Hirdes (2006).

Já os artigos que investigaram a autonomia de usuários de SRT identificaram que estes apresentaram evolução satisfatória no comportamento social e nas habilidades cotidianas. Tal fato comprova que as residências exercem importante papel no processo de reinserção social, e, portanto, a desinstitucionalização implica a existência de serviços comunitários com diversos níveis de atenção bem como profissionais qualificados e programas de reabilitação efetivos.

Ainda sobre a categoria 'SRT' outros artigos deixam claro que esses serviços são sim imprescindíveis no processo de desinstitucionalização de egressos de longas internações psiquiátricas, porém, são muitos os desafios e problemas a serem enfrentados. Deve-se, então, desconstruir saberes para produzir vida e liberdade. "A invenção de um novo modo de cuidar convoca conhecimentos plurais que superem as fronteiras disciplinares e enfrentem o instituído em cada um de nós" (ROMAGNOLI, PAULON, AMORIM e DIMENSTEIN, 2009, p.205).

Em relação aos 'serviços públicos de saúde mental' um dos trabalhos buscou compreender se na "copa da inclusão" (processos de trabalho) a vida real do usuário de serviços de saúde mental é levada em conta. Descobriu-se que existem importantes transformações na vida desses usuários como: ampliação da rede

social; desenvolvimento da autonomia; melhoria na qualidade de vida e; resgate da cidadania. Por conseguinte, pode-se afirmar que, essas transformações estão coerentes com o novo paradigma político, social, científico e assistencial proposto pela Reforma Psiquiátrica (CASSANDRI e ARANHA E SILVA, 2009), no qual cidadania é o instrumento central da abordagem terapêutica e, simultaneamente, a meta a ser atingida.

Outra pesquisa trouxe como foco um CAPS, mais especificamente, caracterizou o usuário do Escritório deste CAPS e verificou a importância dessa intervenção para eles. Esse escritório pode ser considerado uma agência para inclusão social das pessoas portadoras de transtornos mentais severos. Constatou-se que as necessidades de moradia e pedido de divórcio foram atendidas. Entretanto, necessidades macroestruturais como pedido de aposentadoria revelaram grande dificuldade em serem atendidas. Mesmo assim, o serviço foi reconhecido como ferramenta importante para o tratamento dos indivíduos.

Também verificou-se outra pesquisa sobre o cotidiano de atividades desenvolvidas em um Centro de Atenção Psicossocial que trouxe como resultados o fato de o paciente e seu meio sócio-familiar imporem resistência quando a equipe de saúde tenta reintroduzi-lo nas atividades cotidianas de sua comunidade. Sugere-se aqui como alternativa para minimizar essa resistência preparar a comunidade para a convivência com o portador de transtorno mental. Citando Waidman e Elsen (2005, p.347), "Acreditamos que é necessário reconstruir vínculos e isso só pode acontecer se houver a desmistificação da periculosidade e da incapacidade do portador de transtorno mental de viver em sociedade".

A categoria 'hospitais psiquiátricos' representa 17,8% da amostra e traz trabalhos que mostram: a autonomia de pacientes com internação prolongada em um hospital psiquiátrico; um Hospital-Dia na perspectiva da reforma psiquiátrica; caracterização e comparação de internações psiquiátricas em alas psiquiátricas no hospital geral, hospital psiquiátrico e emergência psiquiátrica; satisfação de profissionais pertencentes às instituições psiquiátricas de hospitalização parcial, hospital geral, e hospital psiquiátrico. E ainda um estudo sobre o processo da reforma de política de saúde mental em um hospital psiquiátrico de Belo Horizonte.

Os resultados dos trabalhos inseridos nessa categoria mostram que a autonomia da população avaliada encontra-se seriamente comprometida, justamente o oposto do que foi encontrado nos artigos da categoria SRT



(comentados anteriormente); tal resultado reforça a importância e necessidade da desinstitucionalização para os portadores de transtorno mental.

Outro artigo revelou que o modelo de assistência psiquiátrica tradicional precisa ser modificado, o que pode-se inferir que é uma consequência dos achados anteriores, ou seja, os pacientes de instituições psiquiátricas tem sua autonomia comprometida, inclusive em relação a administração de dinheiro, ocupação, lazer, preparo de alimentos e transporte.

A categoria 'Estudos Teóricos em Saúde Mental, Desinstitucionalização e PACT' aparece com 14,28%, ou 4 artigos e traz a discussão teórica sobre a infraestrutura de serviço em saúde mental; discussão sobre a atual política de saúde mental; reflexões teóricas sobre a história da psiquiatria e desinstitucionalização; e uma revisão de estudos sobre Programa de tratamento assertivo na comunidade (PACT) e Case Management com vistas a verificar se os resultados demonstram desfechos favoráveis quando tais modelos são implementados na rede comunitária de assistência para portadores de doença mental grave e persistente.

Um artigo do tema 'Estudos Teóricos em Saúde Mental, Desinstitucionalização e PACT' identificou uma redução no número de leitos psiquiátricos enquanto os serviços comunitários aumentaram; esse resultado comprova uma transformação no modelo dos cuidados psiquiátricos no Brasil. Ocorre que, o sistema tem disponibilizado um maior número de modalidades de tratamentos, incluindo, segundo a pesquisa, o acesso gratuito a psicotrópicos. É válido ressaltar que, deve-se ter muito cuidado para a distribuição de psicotrópicos não se tornar uma prática desvinculada do tratamento psiquiátrico, psicoterápico e transformar-se em mera entrega de remédio sem acompanhamento.

Outro alerta vem de um artigo que investigou a atual política de saúde mental e relatou a importância da rede de saúde mental responder e assistir ao portador de transtorno mental sem uma desinstitucionalização irresponsável, para não gerar um quadro de desassistência.

Quanto ao artigo que realizou uma revisão de estudos sobre programa de tratamento assertivo na comunidade (PACT) e *case management* seus resultados mostraram que estes são estratégias importantes e eficazes em trazer evoluções favoráveis para indivíduos com doença mental grave e persistente.

Os trabalhos inseridos na categoria 'Cuidadores/cuidado de pacientes com transtorno psiquiátrico' detêm 10,7% do total de artigos, e tratam dos seguintes

assuntos: referências sobre o cuidado multi e interdisciplinar em saúde mental; sobrecarga de cuidadores familiares de pacientes com esquizofrenia ou transtorno do humor; e validade da versão brasileira da escala Family Burden Interview Schedule em familiares de pacientes psiquiátricos.

O artigo que buscou identificar nos estudos sobre desinstitucionalização e família as referências sobre o cuidado multi e interdisciplinar em saúde mental, constatou que, o trabalho interdisciplinar em saúde mental é um dos pressupostos para que a desinstitucionalização seja efetiva, porém, essa se constitui em uma das dificuldades enfrentadas pelos profissionais que atuam nesse contexto (WAIDMAN e ELSEN, 2005).

Por último encontrou-se um artigo, selecionado segundo o descritor investigado, que não tem ligação direta com a temática investigada e foi classificado na categoria 'Desinstitucionalização não psiquiátrica', pois trata-se de uma pesquisa para conhecer o papel desempenhado pelas famílias de adolescentes ex-abrigados em uma instituição do tipo abrigo, durante o processo de institucionalização/desinstitucionalização que viveram.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que a retirada dos portadores de transtorno mental do manicômio através do processo de desinstitucionalização representou uma ação político-administrativa, e, também, teórico-prática, que redireciona a postura, entendimento e discussão dos profissionais da saúde mental e seus usuários.

Fica evidente que, os direitos de morar e circular nos espaços da cidade e da comunidade são os mais fundamentais direitos que se reconstituem com a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos e Centros de Atenção Psicossocial, os quais comprovadamente dão ou devolvem a autonomia dos pacientes portadores de transtorno mental.

O presente trabalho identificou a produção científica em desinstitucionalização, entretanto, considerando, segundo dados do Ministério da Saúde, o aumento do número de serviços substitutivos no país – ligados a este processo de desinstitucionalização – ainda são poucos os estudos, o que pode ter acontecido pelo fato dos estudos realizados não estarem sendo divulgados ou publicados. Ou ainda pelo fato de se constituírem em serviços relativamente novos.

Portanto, é preciso que se realizem mais estudos sobre desinstitucionalização e seus dispositivos, para que os profissionais que atuam nessa área possam pautar sua prática em exemplos de sucesso, ética, cidadania e possam ter uma postura crítica visando o aprendizado desse novo saber. É válido acrescentar que, também os exemplos no “insucesso” servem para tentarmos atingir o sucesso.

**REFERÊNCIAS:**

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. In: Interface, v.10, n.20, p. 299-306, 2006.

AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas. In: Amarante, P. (org.) *Psiquiatria Social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 1994.

AMARANTE, P. *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo. A Constituição de Novas Práticas no Campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: *Saúde em Debate*. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. pp26-34, Rio de Janeiro, v.25, nº 58, maio/ago, 2001.

AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau editora. Coleção Archivos. P.67-88. 2003.

AMORIM, A. K.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em Saúde Mental e práticas de Cuidado no contexto do Serviço Residencial Terapêutico. IN: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 195-204, 2009.

ANAYA, F. Reflexão sobre o conceito de serviço substitutivo em saúde mental: a contribuição do CERSAM de Belo Horizonte – MG. Dissertação de Mestrado: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

ANTONIO I.; PACKER, A. Seminário sobre Avaliação da Produção Científica: Relatório Final Ciência da Informação, Brasília: v. 27, n. 2, p. 236-238, maio/ago. 1998.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BELINI, M. G.; HIRDES, A. Projeto morada São Pedro: da institucionalização à desinstitucionalização em saúde mental. In: *Texto Contexto – enfermagem*, v.15, n.4, p. 562-569, 2006.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. IN: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n. 2, p. 456-468, 2008.

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

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. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=925](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925)>. Acesso em: 20/03/2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental em Dados – 7, ano V, n 7. Informativo eletrônico. Brasília: junho de 2010. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em: 14/12/2010.

CASSANDRI, J. L.; ARANHA E SILVA, A. L. Contribuições da Copa da Inclusão para a consolidação do campo psicossocial. In: Revista Escola de Enfermagem da USP, v.43, n.2, p. 384-392, 2009.

DELGADO, P.G. “Instituir a desinstitucionalização”: o papel das residências terapêuticas na Reforma brasileira. IN: Cadernos IPUB. Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria UFRJ/IPUB, v. XII, n. 22, nov./dez., p. 19-33, 2006.

DIMENSTEIN: M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. In: Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC, ano IV, n. 6, Barbacena, p. 69-83, 2006.

FENILI, R. M.; SCOZ, T. M. X. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. IN: Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 5, n. 2, p. 71-77, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso: 25 de agosto de 2010.

FERREIRA, N. S. A. As Pesquisas denominadas “Estado da Arte”. In: Educação & Sociedade, ano XXIII, n. 79, ago/2002.

FURTADO, J. A ampliação dos serviços residenciais terapêuticos no Brasil: o que dizem alguns atores. In: Cadernos IPUB, n. 22, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2006, p. 39-52.

HAYASHI, M. C. P. I; FERREIRA JUNIOR, A.; BITAR, M.; HAYASHI, C. R. M.; SILVA, M. R. História da Educação Brasileira: a produção científica na biblioteca

eletrônica SciELO. Educação & Sociedade, Campinas: vol. 29, n. 102, p.181-211, jan./abr. 2008.

MARZANO, M. L. R.; SOUZA, C. A. C. Um relato de experiência de quem vivencia a reforma psiquiátrica no Brasil. In: Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília: DF, v. 5, n. 56, p. 577-580, 2003.

MESQUITA, J. F. Quem disse que lugar de louco é no hospício? Um estudo sobre os serviços residenciais terapêuticos. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú – MG, Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008\\_1810.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1810.pdf)> Acesso em: 13 de setembro de 2010.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7 ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

ROMAGNOLI, R. C.; PAULON, S. M.; AMORIM, A. K. M. A.; DIMENSTEIN, M. Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. In: Interface, v.13, n.30, p. 199-207, 2009.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: *Desinstitucionalização* (F. Nicácio, org.), pp. 89 – 99, São Paulo: Editora Hucitec, 2a edição, 2001.

SANTOS JUNIOR, H. P. O.; SILVEIRA, M. F. A. Práticas de cuidados produzidas no serviço de residências terapêuticas: percorrendo os trilhos de retorno à sociedade. In: Ver. Esc. Enfermagem USP, v. 43, n. 4, p. 788-795, 2009.

SCIELO. Scientific Electronic Library Online. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_home&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_home&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23/11/2010.

TENÓRIO, F. A clínica da reforma psiquiátrica. In: Tenório, F. A psicanálise e a clínica da reforma. Coleção Bacamarte, Psicanálise e Psiquiatria, Rio de Janeiro, 2001.

VILLELA, S. C.; SCATENA, M. C. M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. In: Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília: DF, v. 57, n.6, p. 738-741, 2004.

WAIMAN, M. A. P.; ELSEN, I. O Cuidado Interdisciplinar à família do portador de Transtorno Mental no paradigma da desinstitucionalização. In: Texto Contexto Enfermagem, v. 14, n. 3, p. 341-349, 2005.