

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo traçar um breve percurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira e, principalmente, suas contribuições na assistência a Saúde Mental, desde a década de 80 até os tempos atuais, para tentar compreender esse movimento social que possibilitou mudanças na assistência ao portador de transtorno mental. As transformações partindo dos movimentos sociais teve impacto nos pacientes que agora são referidos como usuários dos dispositivos de saúde, como são chamados nos tempos modernos toda pessoa que é assistida num serviço de saúde.

Pretende-se com este trabalho apresentar ao leitor o que a Reforma Psiquiátrica Brasileira trouxe de novo para o campo da saúde mental, quais foram suas contribuições até o momento atual e, como este processo impactou no cotidiano dos usuários do serviço de saúde mental, visto que a Reforma Psiquiátrica Brasileira é um movimento que ainda está em curso. E para que seja possível compreender a conjuntura atual dos serviços de saúde mental no país faz-se necessário perpassar pelo seu processo histórico, discutir em linhas gerais os antecedentes do processo atual, os conceitos e valores que deram características a reforma psiquiátrica.

Apesar da história da reforma psiquiátrica brasileira ter ocorrido em meio a efervescência de diversos movimentos sociais fora do país, a maior influência que o Brasil teve foi a do Movimento de Reforma Psiquiátrica da Itália, a qual foi chamada no período de Psiquiatria Democrática. No início dos anos 60 iniciou-se a experiência Italiana através de Franco Basaglia e Antonio Slavich, juntamente a outros jovens psiquiatras que se propuseram a reformar o hospital psiquiátrico na cidade de Gorizia (Itália). Após a experiência na cidade de Gorizia, a mesma equipe disseminou a idéia da reforma do hospital psiquiátrico em Trieste por volta da década de 70, este movimento em Trieste teve grande influência para a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A importância desse artigo consiste em contribuir para acadêmicos, profissionais da área da saúde mental e afins, visto que o trabalho traz uma pesquisa qualitativa de revisão de literatura acerca das contribuições da reforma psiquiátrica no campo da saúde mental e, quando se fala de campo, refere-se à prática nos serviços de assistência especializada à saúde mental. A revisão literária foi feita a partir de livros e artigos que abordam conceitos de autores clássicos e contemporâneos.

A história que antecede a Reforma Psiquiátrica.

A loucura foi vista de diversas maneiras ao longo da história da humanidade “De demônios a endeusados, de comédia e tragédia, de erro e verdade. Múltiplos e plurais eram também os seus lugares e espaços: ruas, guetos, matas e florestas, igrejas e hospitais”(AMARANTE, 2007). FOCALTY (1978), em *história da loucura na idade clássica*, enfatiza a presença da loucura na arte e na literatura e relaciona esses contextos (arte e literatura) à “manifestações malignas”, às “fraquezas humanas”, ao “erro” e a “desrazão”. Com o nascimento do asilo e do alienismo que são efeitos da Revolução Francesa, a partir do século XVIII e início do século XIX, a loucura ganha aos poucos a conotação de doença mental.

Desde que a loucura foi rotulada como doença mental, os conceitos e o olhar da psiquiatria ganharam novos rumos. Segundo FOCALTY (1978) “A loucura, no devir de sua realidade histórica, torna possível, em dado momento, um conhecimento da alienação num estilo de positividade que a delimita como doença mental”. Nesta perspectiva, a doença mental, que a medicina vai atribuir-se como objeto vai aos poucos se constituindo como a figura incapaz e desorganizadora da ordem social da época do século XVI. O autor Tenório traz um discurso mais recente acerca da doença mental, e faz uma crítica ao modelo biomédico de pensar o sujeito que adoece, devendo, não somente focar nos sintomas, mas, nas variáveis que compõe o sujeito :

a doença mental não é meramente uma questão de sintomas e de sua remissão, mas uma questão de existência. Deve-se levar em conta tudo o que diga respeito à existência da pessoa doente, uma vez que a condição psicótica abarca a totalidade da experiência do sujeito, desde questões objetivas, como trabalhar, manter moradia etc., até a dimensão subjetiva (relações interpessoais, vivências subjetivas etc.). Assim, recusa-se uma abordagem exclusivamente sintomatológica da doença mental, em benefício da criação de uma clínica psiquiátrica renovada, deslocando o processo do tratamento da figura da doença para a pessoa doente.

Para dialogar com a doença mental, surgem alguns espaços de assistência à saúde mental do sujeito, um deles é o hospital psiquiátrico, o qual ainda existe nos dias atuais e teve sua hegemonia, a partir do século XX, e foi conhecido como um espaço de tratamento aos socialmente conhecidos como loucos. Conforme a conjuntura social se transforma, as demandas também acompanham as consecutivas transformações;

observa-se que o hospital psiquiátrico como espaço de tratamento aos “loucos” naquela época estava respondendo a determinadas demandas sociais, como a institucionalização dos “loucos” e a “higienização social”. O hospital psiquiátrico caracteriza-se, na teoria, como lugar institucional com finalidade terapêutica, historicamente é assim que é compreendido. Porém, segundo ACIOLY (2009) o surgimento do hospital psiquiátrico nasce da conjuntura social que se configurou na época e como a mesma pensava acerca da loucura em dado momento, além da demanda clínica existem outras demandas, acerca do hospital psiquiátrico o autor se refere:

“há outras subjacentes à internação nessa instituição, tais como rejeição, segregação, punição, invalidação. Nesse sentido, o significado preponderante da internação em hospital psiquiátrico tende a se situar no campo da moral. Portanto, não responde necessariamente a uma demanda clínica do indivíduo socialmente reconhecido como louco, mas institucionaliza necessidades da sociedade”. (ACIOLY, 2009, pg 3).

O “louco” é excluído nessa época e é reduzido, tornando-se objeto de estudos e intervenção, confinado no contexto asilar. O sujeito tem sua voz silenciada, autonomia e independência “roubada” pelo saber psiquiátrico, o qual se impõe como autoridade para responder em seu nome. No século XIX, a corrente alienista, sendo representada por Pinel (França), o qual é considerado o fundador da psiquiatria moderna e Tuke (Inglaterra), estes justificam a necessidade de excluir os loucos para poder conhecer a loucura na tentativa de dominá-la. Para Pinel, segundo ODA & DALGALARRONGO (2004) “o confinamento e o isolamento do doente eram fundamentais e visavam, ao mesmo tempo, afastá-lo do seu ambiente costumeiro, oferecer medidas de segurança à sociedade e ao próprio alienado e melhor observá-lo, para melhor tratá-lo”.

Na famosa obra de Machado de Assis “O alienista” o autor faz uma crítica não apenas ao alienismo, mas ao modelo de ciência positivista, a psiquiatria e ao seu objeto (doença mental). O autor traz reflexões interessantes acerca da normalidade/anormalidade, sobre a ciência como produtora da verdade e sobre o mito da neutralidade científica. Creio que todos os profissionais que lidam com a saúde mental deveriam debruçar-se sobre esta obra a fim de ampliar a discussão sobre os hospitais psiquiátricos, não sobre a ótica científica e sim literária.

A institucionalização da Loucura foi, ou melhor, ainda é - mesmo que com menor intensidade devido aos novos dispositivos de assistência a loucura- uma prática comum no Brasil, complementando com a autora, ACIOLY (2009), acerca da hegemonia da institucionalização no país, a mesma relata que “contudo, ao longo do século XX, no cenário mundial, esta tem sido alvo de muitas discussões e críticas com a emergência do movimento de reforma psiquiátrica”.

Este cenário começou a sofrer transformações a partir do surgimento da reforma psiquiátrica a qual é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70 que teve como princípio “lutar pela transformação dos modelos de atenção e gestão no exercício da saúde, na equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de estratégias de cuidado” (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira: impactos sobre o cuidar em saúde mental

Apesar da reforma psiquiátrica eclodir da reforma sanitária, a mesma tem história e influência advinda de um contexto internacional de luta e transformação pela superação da violência asilar. No Brasil, teve início no final dos anos 70, a partir do fracasso da assistência centrada no hospital psiquiátrico e simultaneamente do outro lado da luta dos movimentos sociais (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental-MTSM) constituído por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, trabalhadores dos serviços de saúde mental, usuários dos serviços e familiares dos usuários, em busca dos direitos dos pacientes psiquiátricos. Este movimento tem suma importância, pois a partir deste movimento plural que se passa a “denunciar a violência nos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais”(Brasil,2005).

O Ministério da Saúde elaborou um documento após os “15 anos da declaração de Caracas” que discute a Reforma Psiquiátrica no Brasil. A Declaração de Caracas (1990) foi um dos marcos da Reforma Psiquiátrica, a mesma foi promulgada pela Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina

no contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) intimada pela Organização Mundial de Saúde (WHO,1990), esta Conferencia teve o objetivo de refletir a insuficiência na atenção psiquiátrica. A partir daí importantes encontros aconteceram e um deles foi a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental (2005) realizado no Brasil e fruto desta conferencia o Ministério da Saúde construiu um documento que discorre sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a considera um:

[...] 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).

Outra definição para pensarmos acerca da reforma psiquiátrica é proposta pela Escola Nacional de Saúde pública (ENSP) e é citado por AMARANTE em “Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil”:

“Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização(Amarante, 1995, p. 91).”

A Reforma Psiquiátrica dá um novo sentido a loucura, ou seja, constrói um outro lugar social para a loucura, segundo BIRMAN (1992):

a ideia de reforma psiquiátrica não se identifica absolutamente com a noção de assistência psiquiátrica (...). Vale dizer, a problemática colocada pela reforma psiquiátrica insere a questão da assistência psiquiátrica como um dos seus temas e mesmo como um tema privilegiado, mas certamente a transcende, pois o que está em pauta de maneira decisiva é delinear um outro lugar social para a loucura na nossa tradição cultural (p.72).

A partir desses dois conceitos percebe-se que a reforma é um campo heterogêneo, que inclui a clinica, a politica, o social e o cultural. É visível nos dias atuais verificar a participação do louco como ator social e sujeito político.

Diante do processo da Reforma Psiquiátrica, conquistas foram acontecendo no campo da saúde mental, as quais serão relatadas aqui neste trabalho, desde o inicio da reforma psiquiátrica até os dias atuais, em como vem se configurando a reforma

psiquiátrica que tanto se fala no campo da saúde mental. A princípio, uma das conquistas da reforma foi o II Congresso nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental- MTSM realizado na cidade de Bauru- São Paulo em 1987 que adotou o seguinte lema: “Por uma sociedade sem manicômios”, surge a partir deste encontro a I Conferência Nacional de Saúde Mental no estado do Rio de Janeiro. No processo desses encontros, conquistados pelos movimentos sociais, algumas ações foram definidas e colocadas em práticas, como por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.

Na década de 80 é de suma importância ressaltar o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, o qual foi implantado em 1987, na cidade de São Paulo, na mesma década ocorre a denúncia de maus tratos e morte de pacientes em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, a qual sofreu um processo de intervenção por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) no ano de 1989. Ainda na mesma década são criados e implantados alguns dispositivos de assistência à saúde mental como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), este no município de Santos – São Paulo, cooperativas, residências para os egressos dos hospitais psiquiátricos. Vale lembrar que com a constituição de 1988 é criada a política de saúde brasileira: O Sistema Único de Saúde – SUS, “*formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde” (BRASIL, 2005).*

Em 1989 o projeto de Lei Paulo Delgado adentra ao Congresso Nacional para análise e aprovação, porém, somente em 2001 que a LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001 a qual “*Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*” é sancionada no Brasil. Após sancionada a lei 10.216 o campo da saúde mental ganha força nacionalmente e a participação de outras instâncias como o governo federal, estadual e municipal são mais visíveis e objetivas. Após a lei sancionada é realizado a III Conferência Nacional de Saúde Mental e a Política de Saúde Mental do Governo Federal começa a dialogar com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica para dar mais visibilidade e assistência às pessoas portadoras de doença mental.

O Hospital Psiquiátrico foi substituído por outros dispositivos de saúde, um dos mais conhecidos e é o que mais cresce no Brasil é o CAPS o qual é mantido com recurso do Governo Federal. Não somente os CAPS, mas todos os outros serviços

abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico são subsidiados através de linhas específicas de financiamento que foram criadas pelo Ministério da Saúde. Na década de 90, após o surgimento de novos recursos para assistir a demanda do campo da saúde mental, os leitos psiquiátricos foram reduzidos e sua redução ganhou ainda mais força com o surgimento de normatizações criadas pelo Ministério da Saúde (2002) que asseguram de forma eficaz a redução de leitos psiquiátricos. Uma das grandes marcas do processo de desinstitucionalização no Brasil foi a redução de leitos psiquiátricos juntamente com a extinção de alguns hospitais psiquiátricos no país, o processo de desinstitucionalização “*pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade e depende sempre da pactuação das três esferas de governo (federal, estadual e municipal)*” (BRASIL, 2005).

As conquistas da Reforma Psiquiátrica

O Centro de Atenção Psicossocial

A Reforma Psiquiátrica alcançou muitas conquistas ao longo desses anos e neste trabalho serão destacados os serviços que ganharam visibilidade a partir da Reforma Psiquiátrica até os dias de hoje, que são: O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas (RT's) e o programa de Volta pra Casa (VPC). Outro Movimento que surgiu juntamente com a reforma foi a Luta Antimanicomial a qual:

Possibilitou o desenvolvimento de pontos extremamente importantes para a desinstitucionalização da loucura. Podemos destacar aqui o surgimento de relevantes serviços de atendimentos Extra-Hospitalares oriundos da Reforma Psiquiátrica: Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); Centro de Atendimento Psicossocial (CAPs I, CAPs II, CAPs III, CAPsi, CAPsad); Centro de Atenção Diária (CADs); Hospitais Dias (HDs).

O CAPS como pode verificar é fruto da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial e em todo município brasileiro com mais de 20 mil habitantes existe este serviço especializado em saúde mental. O Manual criado pelo Ministério da Saúde em 2004 define o CAPS como:

é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem

com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

A Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 atualiza as normas da Portaria MS/SAS 224 de 29 de janeiro de 1992 estabelecendo os CAPS nas seguintes modalidades : CAPS I (município de 20 a 70 mil habitantes), CAPS II (município de 70 a 200 mil habitantes), CAPS III (município de 70 a 200 mil, funcionamento 24 horas, funcionamento ambulatorial) CAPSI (serviço direcionado para criança e adolescente, população a partir de 200 mil habitantes) e CAPS AD (para pacientes com transtorno mental decorrente do uso e dependência de substâncias psicoativas, população superior a 70 mil habitantes). O tipo de CAPS vai depender do número de habitantes da região e o número de integrantes da equipe é criado a partir do tipo de CAPS que será implantado no município; os profissionais que devem fazer parte da equipe do CAPS são: psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, artesão e técnico de enfermagem. O objetivo do CAPS é:

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

O CAPS é um dos serviços conquistados pela reforma psiquiátrica e é o dispositivo de saúde mental que mais cresce no Brasil. Este serviço é financiado pelo Governo Federal, o recurso financeiro é repassado mensalmente para os municípios, a fim de arcar com as despesas de material para as oficinas, aluguel do espaço físico, pagamento dos funcionários e a alimentação dos usuários. Considerando esse financiamento dos CAPS no Brasil por meio do Governo Federal, podemos pensar como esta configuração financeira direcionada à Saúde Mental está enraizada pela lógica Capitalista, em primeiro lugar, sem considerar de fato a qualidade da assistência aos usuários, como bem aborda essa questão, YASUI (2006):

Em muitos casos, a lógica financeira prevalece sobre a proposta de mudanças de modelo. Por exemplo, quando gestores municipais implantam CAPS apenas motivados pela possibilidade de um acréscimo de recursos ao seu teto financeiro. Certa ocasião, ouvimos que o gestor do município estimulava os profissionais do CAPS com um prêmio de incentivo por APACS produzidas.

Percebe-se que a lógica capitalista prevalecia no momento que antecede a Reforma Psiquiátrica, com a manutenção dos hospitais psiquiátricos, quanto mais paciente se internava, mais dinheiro entrava para a instituição sob a condução, geralmente, do médico gestor da unidade. Atualmente, não muito difere esta lógica após a Reforma Psiquiátrica iniciar, pois, com a chegada dos CAPS e os novos procedimentos para a manutenção destes, compreende-se que é prioridade por parte dos gestores municipais que os pacientes assinem as Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), que o município receba o recurso financeiro, o qual muitas vezes não é direcionado para os CAPS, e sim, utilizado como fonte para outras ações de saúde que não para a saúde mental. YASUI (2006) ainda traz em sua discussão que a má qualidade da assistência e a precarização dos profissionais nos CAPS, está diretamente ligado ao fato do posicionamento dos gestores municipais diante da saúde mental, não existe um investimento na organização e no fortalecimento das ações. YASUI (2006) ainda ressalta sobre a questão dos profissionais que estão na assistência aos usuários de saúde mental “o trabalhador que era um ativo protagonista político, inventor de possibilidades de intervenção e produção de cuidados, transformou-se um mero reproduzidor acrítico das normas ministeriais”. O que vale neste novo modelo de assistência por parte dos gestores, como bem coloca o autor citado, é a sobrevivência econômica e não a clínica dos casos.

Existe uma proposta preconizada pelo Ministério da Saúde para a dinâmica de funcionamento dos CAPS os quais muita vezes não são realizados de forma eficaz e até mesmo desconhecido pela equipe atuante no serviço, e, isso é advindo do despreparo dos profissionais, inclusive a ausência de estímulo à Educação Permanente que impacta no desempenho dos profissionais na assistência aos usuários, e, o investimento do próprio sistema de saúde no campo da saúde mental. Como bem relata YASSUI (2006) acerca da falta de recursos teóricos e técnicos dos profissionais dos CAPS :

“...Não conseguem efetivar um trabalho que proporcione, minimamente, um espaço de acolhimento ao sofrimento, à diferença. Pelo contrário, acabam reproduzindo o saber e as práticas que conhecem, criando assim, lugares onde o modelo hegemônico novamente prevalece: mantém uma rígida estrutura verticalizada; o saber e as condutas médicas preponderam; a divisão de trabalho é rígida; objetiva-se a supressão sintomática; enfoca-se exclusividade a doença”.

De acordo com MARTINHAGO E OLIVEIRA (2012) os componentes principais de atendimento nos CAPS é a atenção a crise, o projeto terapêutico singular e profissional de referência, oficinas e grupos, articulação dos CAPS com a rede de saúde:

atenção básica, serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), leitos psiquiátricos em hospital geral e atividades intersetoriais no território pensando num trabalho em rede que englobe a saúde geral do sujeito. Todos os componentes trazidos pelo autor é algo básico no serviço e que são fundamentais para a assistência aos indivíduos, porém, é discutido que há dificuldade nos serviços em manusear essas estratégias no campo da saúde mental e isso está relacionado à “falta de apoio, de investimento, e, principalmente, de entendimento por parte dos gestores com relação à atenção psicossocial” (MARTINHAGO e OLIVEIRA, 2012). A falta de compreensão acerca do novo modelo de atenção à saúde mental faz com que as velhas práticas asilares sejam reproduzidas, sendo um entrave para a progressão da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em relação ao número de habitantes no Brasil é de 202.768.562 habitantes (IBGE,2014) e nesse universo de pessoas entende-se que os serviços de saúde possa contemplar a população, principalmente no campo da saúde mental, o qual se refere este trabalho, pois estudos mostram que o adoecimento mental é cada vez mais frequente. Refletindo sobre os dados numéricos acima de habitantes, temos hoje, com base nos dados do Ministério da Saúde (2013) referente aos CAPS tipo I 788 unidades, CAPS tipo II 424 unidades, CAPS tipo III 56 unidades, CAPS AD 268 unidades e CAPSI 134 unidades. É notório que a existência desses CAPS não comporta a demanda e que é preciso investir em outras estratégias de cuidado em saúde mental paralelo a este dispositivo ou na abertura de mais unidades. Para exemplificar esta fala podemos recorrer a realidade de Salvador-Bahia, a qual possui 2.675.656 habitantes (IBGE, 2010) e 22 CAPS (VALVERDE, 2013) distribuídos entre tipo II, III, CAPS AD e CAPSI. Esses dados ajudam a entender que nem tudo está perfeito na saúde mental, não somente por conta dos números de unidades, mas por ser única para o tratamento dos transtornos mental na rede SUS, além dos hospitais psiquiátricos existentes, mas, que não funciona na mesma dinâmica de tratamento, só em casos que foge da capacidade de acolhimento do CAPS.

Outro ponto muito importante de considerar como contribuição positiva e que também é produção da Reforma Psiquiátrica foi a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da recente Portaria 3088/2011 “que busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. O objetivo é garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade”(Ministério da Saúde, 2013). Alguns serviços de saúde são preconizados pela

Portaria para que sejam locais de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, considerando os efeitos nocivos do uso do crack, álcool, e outras drogas. A RAPS não é um serviço, e sim uma política que estabelece alguns pontos de assistência as pessoas com sofrimento psíquico. O quadro abaixo mostra como a RAPS é composta:



Como podemos verificar acima a RAPS está inserida em diversos serviços e equipamento da rede de saúde. Na Atenção Básica, por exemplo, a RAPS está presente nas Unidades Básicas de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultório de Rua, Apoio aos Serviços do Componente Atenção de Caráter Transitório e nos Centros de Convivência e Cultura; na Atenção psicossocial é representado pelos CAPS; Atenção de Urgência e emergência: Samu, sala de estabilização, Unidade de Pronto Atendimento 24 horas; Atenção de Caráter Transitório: unidades de acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial; Atenção Hospitalar: enfermaria especializada em Hospital Geral, Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; Estratégia de Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Programa de Volta pra Casa (PVC); Estrategia de reabilitação Psicossocial: Iniciativas

de Geração de Trabalho e Renda; Empreendimentos Solidários e cooperativas. É importante pensar que a Reforma Psiquiátrica contribuiu para o Avanço das Políticas de Saúde Mental, viabilizando a desconstrução dos Manicômios como lugar central para o tratamento da loucura, revertendo, desde então, desse lugar por meio da produção de uma rede substitutiva à internação psiquiátrica. A RAPS preconiza o cuidado em saúde mental a partir da articulação do trabalho em rede para uma assistência efetiva e de responsabilidade de ‘todos’ do âmbito da saúde pública. Segundo CLEMENTE et al, 2013, a RAPS:

caracteriza-se num primeiro momento por uma tentativa de que estes dispositivos se instalem de acordo com a legislação vigente em saúde mental nos pais. A caracterização desses dispositivos passará também pela capacidade das redes locais de saúde expandirem efetivamente sua capacidade de cuidado nesse sentido e de produzirem Projetos Terapêuticos Singulares potentes, juntamente com seus usuários, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Ainda dialogando com o autor citado acima, considera a RAPS como um desafio para a saúde, quando a RAPS propõe o acolhimento dos serviços de saúde às pessoas com transtorno mental, a fim de proporcionar uma assistência integral para estes, e tendo não mais o CAPS como referência prioritária para acolher esta demanda, isto ‘impõe’ uma reformulação urgente no molde institucional, prático e teórico dos gestores, profissionais, trabalhadores de saúde e da própria comunidade, deste modo, efetiva e amplia o que é preconizado na Lei 10.216/2001.

Residência Terapêutica

Outro serviço muito importante alcançado pela reforma psiquiátrica é a Residência Terapêutica (RT) “*são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não*” (BRASIL, 2004). De acordo com o Ministério da Saúde (2013) atualmente no Brasil são 596 casas com 3.236 moradores. A proposta da criação das Residências Terapêuticas (RT’s) é garantir o direito à moradia das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos e, através desse dispositivo orientar o morador em sua reintegração com a comunidade, pois, devido ao longo período de internação em hospital psiquiátrico há uma perda dos papéis e habilidades sociais, por isso a importância da Residência Terapêutica nesse momento na vida do sujeito possibilitando sua autonomia e independência cotidiana. As RT’s

exercem um papel interessante na comunidade, de modo a apresentar o tema da loucura naquele contexto e estratégico para construção da subjetividade e produção de saúde dessas pessoas que viveram longos anos enclausurados.

O Ministério da Saúde ao implantar a Residência Terapêutica idealizou o diálogo com toda a rede, existem regras internas para o funcionamento da “casa”, um cuidador e auxiliar de enfermagem para orientá-los no processo, então, é definido pelo Ministério da Saúde:

Uma Residência Terapêutica deve acolher, no máximo, oito moradores. De forma geral, um cuidador é designado para apoiar os moradores nas tarefas, dilemas e conflitos cotidianos do morar, do co-habitar e do circular na cidade, em busca da autonomia do usuário. De fato, a inserção de um usuário em um SRT é o início de longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador. Cada residência deve estar referenciada a um Centro de Atenção Psicossocial e operar junto à rede de atenção à saúde mental dentro da lógica do território (BRASIL,2004).

Vale frisar que os serviços de Residências Terapêuticas foi instituída pela Portaria nº106/200 e é importante compreender que estes serviços são moradias, apesar do nome “serviço” remeter à serviços de saúde, não o é, são residências que devem se articular com a rede de atenção psicossocial do distrito sanitário onde é localizado a RT para atenção à saúde mental dos moradores. O Ministério da Saúde (2004) estabelece o perfil das pessoas que podem se beneficiar das RT’s e são:

portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH/SUS, que permanecem no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário; egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial (Juízo de Execução Penal); pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para as quais o problema da moradia é identificado, por sua equipe de referência, como especialmente estratégico no seu projeto terapêutico (...); moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanha dos nos CAPS” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b, p.8).

Pensar na proposta das RT’s vai além de um processo apenas de acolhimento de moradia aos sujeitos que perderam o vínculo social, familiar e cultural, consiste em dialogar com a rede de atenção psicossocial e intersetorial para proporcionar a inserção destes indivíduos na comunidade, promovendo o acesso aos recursos disponíveis, seja na educação, saúde, lazer e trabalho, e, para isto acontecer é de extrema importância que os CAPS seja suporte neste contexto. Para que haja uma interlocução efetiva entre os dois, RT’s e CAPS, muita coisa precisa se estruturar, principalmente no amadurecimento daqueles que trabalham na Saúde Mental, a fim de proporcionar o

suporte técnico/teórico com qualidade. Vimos no decorrer deste trabalho que os CAPS não funcionam do modo que deveria, ainda há muito o que ser transformado para uma atenção qualificada. Então pensando nessas dificuldades qual será o nível de atuação dos CAPS nestas residências? Não desenvolveremos a resposta para esta questão aqui, porém, faz-se necessário motivar a reflexão para tal e ainda lembrar que muitos dos dispositivos que nasceram da reforma psiquiátrica, a fim de desconstruir o modelo asilar, estão reproduzindo práticas desenvolvidas em instituições fechadas e cristalizando o olhar dos profissionais, cronificando-os nestes espaços.

O significado da palavra Residência, segundo FERREIRA (2010) confere a “Casa de habitação; domicílio; lar; morada”. Então, poderíamos consideram a residência como casa de habitação e o que seria isso?O habitar é um assunto que vem sendo discutido com certa frequência na saúde mental, após o processo de desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos que não tinham para onde ir. Segundo VENTURINI (2010),

A casa alude a um espaço da mente e do coração. Sem duvida, é importante ter um trabalho pelos seus significados materiais, psicológicos e sociais, mas a casa permanece o lugar privilegiado da elaboração dos nossos “vvidos”: aí as experiências se modelam, aí o tempo interior encontra o seu espaço, as relações se enchem de significados. Temos todos a necessidade de recolhermo-nos em um lugar amigo, de tirar a máscara social que temos que envergar, de estar em uma condição cheia de trocas afetivas e de simples, mas intensas relações.

Parafraseando, ainda VENTURINI (2010) “Fora do manicômio, acaba, por acaso, o impeto classificador e abrangente da psiquiatria? Infelizmente não! Continua a se reproduzir a idéia de reduzir a vida das pessoas a esquemas”. Então, será que as residências terapêuticas são uma extensão do modelo manicomial ou da Reforma Psiquiátrica? É importante refletir sobre isso, pois, quando as pessoas que são favorecidas pela Residência Terapêutica vão para lá, como irão significar suas relações na comunidade, no território onde fica o seu “habitar”, elaborar seus novos sentidos e sentimentos, e que referências estes terão para significar a nova vida, visto que no processo de institucionalização, perdem qualquer tipo de referência, inclusive o de morada/lar/habitar situada em uma determinada comunidade. É preciso todo um trabalho com a rede social, de saúde e comunitária para produção de saúde mental dessas pessoas desinstitucionalizadas e que agora possuem um lar. O autor ainda traz como reflexão em seu trabalho que a psiquiatria não desiste da ideia de um projeto totalitário e considera-se autorizada a programar os lugares de vida dos usuários. Tanto

é que, a realidade das residências terapêuticas, atualmente, é que os moradores sejam acompanhados pelo CAPS, e nenhum trabalho de vínculo é feito previamente pelos responsáveis pelas RTS e/ou das instituições de onde vem, com os serviços que a RAPS preconiza para a circulação de pessoas com transtornos mentais, inclusive com a comunidade onde se insere a residência. Como bem refere VENTURINI (2010) :

Os profissionais de saúde mental, além do próprio papel (psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, operador social) deveriam sempre ser analisadores da realidade social e valorizadores de recurso humano. Tendo presente as situações específicas dos doentes deveriam estimular a coesão social (melhorando as relações interpessoais entre usuários da residência e os vizinhos), sustentar as redes informais (tornando protagonistas os grupos de auto-ajuda e os serviços voluntários), manter as motivações (através da valorização dos sucessos dos usuários, mas também daqueles das pessoas envolvidas na gestão da residência), apoiar mais a convergência do que as disputas, legitimar os sujeitos envolvidos (através da descentralização do poder.

É necessário entender o que significa de fato a desinstitucionalização e o que ela preconiza, para não haver reproduções indesejáveis do pensamento institucional para o sujeito que já está “fora” dela. É necessário, ao “colocar” o sujeito numa residência terapêutica, atravessar, em comprimento e em largura, a comunidade, viver quotidianamente, fora do ambulatório, dentro, ao contrário, do “laboratório da vida”. Só então pode-se compreender como se sedimentam as relações, como se cria o sofrimento, como se reproduz a saúde. O território não é só um espaço com estruturas e instituições: o território são pessoas, são cidadãos, são histórias dos homens. Eis aqui o desafio da Reforma Psiquiátrica por meio das residências terapêuticas.

Programa de Volta para Casa

E para finalizar a discussão deste trabalho que propôs fazer um recorte das conquistas que a Reforma Psiquiatria Brasileira alcançou até o momento atual da saúde mental, século XXI, falaremos sobre o programa “De volta pra Casa”. Segundo o Manual do Programa de Volta pra Casa lançado em 2003 pelo Ministério da Saúde, diz sobre o programa que:

O objetivo do Programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação, no valor de R\$240,00 (duzentos e quarenta reais, aproximadamente 110 dólares) aos seus beneficiários. Para receber o auxílio-reabilitação do Programa De Volta para Casa, a pessoa deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social” (BRASIL, 2003).

De acordo com as informações fornecidas pela Caixa Econômica Federal o valor atual no ano de 2014 para a bolsa do programa “De volta pra casa” é de R\$320,00 durante 1 ano, sendo que o mesmo poderá ser renovado via comprovação do beneficiário de não obter condições de uma reinserção completa à sociedade. O beneficiário será avaliado por uma equipe médica que acompanhará o paciente e dirá a necessidade ou não da renovação do benefício. A Lei nº 10.708 de 31 de Julho de 2003 institui o auxílio- reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

Importante perceber que os serviços do CAPS e as RT's e o programa “De volta pra casa” foi criado para proporcionar à pessoa com transtorno mental possibilidade de acolhimento, tratamento e acompanhamento para que a partir deste aparato esse indivíduo que sofre psiquicamente possa se reintegrar aos poucos ao convívio social. É necessário compreender que estes dispositivos devem se articular para que realmente funcione da maneira como é proposto. Todo indivíduo que é usuário de um CAPS, não necessariamente necessite ser morador de uma RT e beneficiário do programa “De volta pra casa”, porém, todo morador de RT é imprescindível que seja acompanhado por um CAPS e, caso não tenha o BPC (Benefício de Prestação Continuada) ou como se manter, pode se cadastrar no programa de “Volta pra Casa”. Vale ressaltar que estes dispositivos fazem parte do novo modelo de assistência à Saúde Mental e que são frutos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Este programa dá a possibilidade do sujeito beneficiado, estimular sua autonomia, independência e melhor manejo com o uso do dinheiro, porém, é um benefício com prazo para terminar, logo, é necessário pensar em outras estratégias de inclusão, de cunho financeiro e este precisa ser pensado pela rede envolvida no cuidado dessas pessoas.

CONCLUSÃO

Por fim, mesmo com todas as limitações problemáticas que o movimento da Reforma Psiquiátrica enfrentou, percebe-se que até aqui ela é um processo positivo e bem sucedido, teoricamente, visto que se os envolvidos que dão sentido aos serviços de saúde mental (profissionais, gestores e comunidade) não se empenhar em avançar sob os paradigmas, estereótipos e preconceitos que rondam o campo da saúde mental é possível um retrocesso no que já foi conquistado ou estagnar.

Algumas ações são necessárias para mudar o tratamento dado ao indivíduo com transtorno mental que são duas: oferecer uma rede de cuidados que ajude o paciente a viver na comunidade e construir uma atitude nova da sociedade em relação ao doente mental. A Reforma Psiquiátrica conquistou serviços e programas importantes que ajudam na primeira ação citada “oferecer rede de cuidados”, o CAPS é uma das principais, as RT’s e o programa “De volta pra casa”, essa tríade, se utilizada de forma correta são grandes ferramentas. Após as primeiras críticas radicais ao modelo manicomial, ao totalitarismo das instituições psiquiátricas, novas formas de produzir cuidado em saúde mental foram adquiridas, logo consolidou-se como uma política pública nacional de saúde, muitas ações se prolongam neste tempo. Como bem diz YASUI (2006):

Temo um processo. Processo que não se restringe apenas ao sub – setor da saúde mental, mas amplia-se para outros setores da saúde. Abrange, implica, e estabelece alianças com outros segmentos da sociedade, o que coloca em cena muitos e diferentes atores sociais envolvidos com proposições e interesses que entram em conflito, exigem negociação, superação, mudança.

Quando se fala em rede não é somente na saúde, mental, mas na saúde desde a atenção básica, educação, lazer, segurança, moradia e tudo o que um cidadão necessita para sobreviver, a intersectorialidade desenvolvendo ações no campo da saúde mental. Propondo que os processos historiados e discutidos neste artigo, que abrangem diferentes níveis, sejam colocados na seguinte perspectiva: sempre esteve na base da psiquiatria a questão problemática do agenciamento social da loucura. Quando se fala em substituição asilar, deve-se ter em mente que, há duzentos anos, a psiquiatria foi inventada e instituída como aparato social encarregado de responder ao problema da loucura. Desde então, este problema, que antes batia à porta de outras instituições sociais, passou a bater à porta da psiquiatria. Na maior parte desses duzentos anos (a bem dizer, até hoje), a psiquiatria respondeu a isso com a internação, manteve como resposta a mesma prática social anterior à sua fundação e que lhe deu origem.

A Reforma Psiquiátrica é a tentativa de dar ao problema da loucura uma outra resposta social, não asilar: evitar a internação como destino e reduzi-la a um recurso eventualmente necessário, agenciar o problema social da loucura de modo a permitir ao louco manter-se, como se diz, na sociedade. As razões pelas quais a psiquiatria não foi capaz de oferecer essa outra resposta começam no mandato social que a legitima (o mandato de reclusão dos loucos), passam pelos valores culturais e sociais mais amplos

de segregação da diferença, incluem o caráter refratário ao laço social característico da própria psicose e culminam na dificuldade técnica e gerencial de promover com eficácia e abrangência essa outra resposta. De modo geral, a reforma enfrenta com mais eficácia cada uma dessas dimensões.

O sucesso da reforma – sua eficácia terapêutica e seu apelo ideológico – reside em larga medida na percepção desse fato e na construção de um amplo arcabouço de cuidados para sustentar a existência de pacientes que, sem isso, estavam condenados à exclusão ou à hospitalização quase permanente. São criados serviços capazes de ser uma referência institucional permanente de cuidados e de cuidados integrais. São incorporados ao campo dos cuidados procedimentos e instituições tais como trabalho protegido, residências terapêuticas, lazer assistido e outras formas de intervenção ampliada. É constituída uma rede de atenção psicossocial e a própria ideia de 'atenção psicossocial' passa a designar um novo paradigma de cuidados em saúde mental que afirma: tratar a psicose é uma tarefa que diz respeito à própria existência do sujeito assistido. Não só os aspectos positivos este trabalho apresenta em relação a Reforma Psiquiátrica, mas também, e necessariamente, os negativos. Como a distância que existe entre a efetivação da Lei que redireciona o modelo de atenção às pessoas com transtorno mental, entre o cotidiano dos serviços de saúde, principalmente os serviços direcionados a estas pessoas; a falta de apropriação técnico e teórica por parte dos profissionais da assistência; a falta de investimento no campo da saúde mental por parte da gestão e o entendimento do novo modelo de assistência no campo da saúde mental por parte de todos. Além de outras questões que foram apresentadas neste trabalho.

Finalmente, para além de promover um aperfeiçoamento técnico e institucional do tratamento em saúde mental, a Reforma Psiquiátrica tem efeitos positivos também do ponto de vista da cidadania Brasileira. Movimentando-se no sentido contrário ao da redução das políticas sociais do Estado, ela aponta para a construção de uma sociedade mais inclusiva e para a recuperação do sentido público de nossas ações. Na consideração feita pelo autor YASUI (2006) em seu trabalho sobre os processos da Reforma Psiquiátrica, considera que:

citando Paulo Freire – “mudar é difícil, mas é possível”. Nossa utopia, nossa esperança, aposta neste infinito campo aberto de possibilidades que é o existir. Mudar o mundo é nosso dever. E a esperança nosso princípio ético. Desconstruir/desfazer os dispositivos sociais que produzem os diferentes manicômios e inventar/construir/fazer ao mesmo tempo novos dispositivos sociais, que trazem não apenas os loucos como protagonistas centrais de sua

história, mas toda esta gente excluída, os humildes, os humilhados, aqueles que não contam. Fazer acontecer, pequenas revoluções cotidianas que ousam sonhar com uma sociedade diferente. A Reforma Psiquiátrica é assim, feita de rupturas e encontros. Citando Carlos Drummond de Andrade: “eu preparo uma canção em que todos os homens se reconheçam”.

Conclui-se neste artigo uma breve análise crítica do tema abordado, assim como o reconhecimento das transformações que o processo da Reforma Psiquiátrica acarretou na saúde mental, bem como a reformulação do modelo de tratamento em saúde mental no país, o qual se deslocou do modelo médico psiquiátrico centrado no hospital para propor um modelo psiquiátrico sustentado em serviços diversificados e comunitários, priorizando o trabalho em rede. Além das conquistas trazidas pela Reforma, é preciso considerar que há muito o que avançar. É preciso que todos os envolvidos considerem a Reforma Psiquiátrica uma luta política para uma transformação social, em estreita vinculação com a Reforma Sanitária.

Por fim, a Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo social complexo que tem em sua dimensão sócio-cultural, um projeto de construção de um novo lugar social para a loucura, por meio da transformação do seu imaginário social e de suas relações com a sociedade.

REFERÊNCIAS:

ACIOLY, YANNE. Reforma Psiquiátrica: Construção de outro lugar social para a Loucura?. **Sociologia e Política**. Disponível em: <http://www.uece.br/labvida/dmdocuments/reforma_psiquiatrica.pdf#page=6&zoom=auto,0,842> Acessado em: 15 de janeiro de 2014.

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1997.

ASSIS, Joaquim Maria Machado de. **O Alienista**. São Paulo: Ática, 1998.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA JÚNIOR, B.; Amarante, P. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BRASIL. Lei 10.216/01 – De 06 de abril de 2001.

FERREIRA, Aurélio B. de Hollanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2010.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. Ed. Perspectiva - SP, 1978.

ODA, AMGR; DALGALARRONDO, Paulo. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, vol. VII, núm. 1, marzo, 2004, pp. 128-159, Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental Brasil.

Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil - **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

Residências Terapêuticas: o que são e para que servem. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

SAMPAIO, JJC. **Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 133 p. ISBN 85-85676-48-5. Available from SCIELO Books. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/3vxfc/pdf/sampaio-9788575412602-07.pdf>.

TENORIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais : história e conceitos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos** v.9 n.1 Rio de Janeiro jan./abr. 2002.

Manual do Programa De Volta para Casa. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

Ministério da Saúde. *Portaria n° 336/GM*, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>> Acesso em: 10 set. 2014.

Ministério da Saúde. *Portaria n° 224/MS*, de 29 de janeiro de 1992. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/PORTARIA_224.pdf> Acesso em: 10 Set. 2014.

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.

Ministério da Saúde. **RAPS: Rede de Atenção Psicossocial**. Acesso em: 12 de dezembro. Disponível em: <www.saude.gov.br/saudemental>

SILVA, D.A.B. **Cotidiano das Residências Terapêuticas**. São Paulo- SP. Janeiro, 2010.

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

BRASIL. Portal da Saúde-SUS. Ano: 6 de dezembro. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/contem-com-a-gente/leia-mais-contem-com-a-agente/284-mais-sobre-os-servicos-disponiveis-em-saude-mental>>. Acesso em: 15 de Out. 2014.

MARTINHAGO, FERNANDA; OLIVEIRA, WALTER FERREIRA DE. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial Ii (caps ii), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de santa Catarina. **Saúde Debate**. vol.36 no.95 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2012.

VALVERDE, F.P. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Salvador-Bahia: Estrutura, recursos humanos e articulação em rede. Disponível em : <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10432/1/Fab%20Pires%20Valverde.pdf>> Acesso em: 10 de Set. 2014.

VENTURINI, Ernesto. **Revista de Psicologia**, v. 22 – n. 3, pg 471 -480, Set/Dez 2010. “O caminho dos cantos”: morar e intersetorialidade na saúde mental.

YASUI, Silvio. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Rio de Janeiro. 2006.