



Ministério da
Saúde



**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS- II CESMAD**

PALOMA LINCOLN DE SÁ RORIZ NEVES SILVA

**RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS: UMA NECESSIDADE NO DISTRITO
FEDERAL PARA COMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

BRASÍLIA-DF

2015



Ministério da
Saúde



II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS- II CESMAD

PALOMA LINCOLN DE SÁ RORIZ NEVES SILVA

RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS: UMA NECESSIDADE NO DISTRITO FEDERAL PARA COMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Monografia apresentado ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Orientador: Prof. Dr. Nelson Rocha de Oliveira

BRASÍLIA - DF

2015



Ministério da
Saúde



II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS- II CESMAD

PALOMA LINCOLN DE SÁ RORIZ NEVES SILVA

RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS: UMA NECESSIDADE NO DISTRITO FEDERAL PARA COMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental,
álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir:

Data: ___/___/___

Nota: _____

Orientador Prof. Dr. Nelson Rocha de Oliveira

Prof. Avaliador 1 Dr. Ileno Izídio da Costa

Prof. Avaliador 2

BRASÍLIA - DF

2015



Ministério da
Saúde



Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua biblioteca digital, e por meios eletrônicos, em particular pela internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.



Ministério da
Saúde



Gratidão aos que me incentivaram e
apoiaram durante mais esse projeto de vida.



Ministério da
Saúde



AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que desde o início estiveram na torcida ou se empenharam para que essa especialização fizesse parte do meu currículo e os aprendizados se enraizassem em minha vida profissional.

A princípio, a Edmar Carrusca, que através de incentivo e carta de recomendação, fez acontecer a minha participação no curso;

À coordenação e professores, que nas mais diversas direções da Saúde mental, puderam contribuir significativamente para a formação de mais um grupo de especialistas em Saúde Mental;

À paciente monitora Yasmin, que persistiu em apoiar esse projeto e cuidar verdadeiramente de cada particularidade dos diversos alunos;

Aos colegas, que com palavras e atitudes de apoio, tornaram mais fáceis os esforços destinados para a conclusão desta etapa;

À colega Juliana Pacheco, forte militante da Luta Antimanicomial, pelos esclarecimentos;

Ao meu querido colega e orientador Nelson Rocha, que em meio às suas atribuições, encontrou um tempo para suprir as minhas demandas. Sua ajuda foi essencial para a finalização deste trabalho;

Aos meus pais, que à distância, comemoraram comigo desde a minha aceitação, e agora comemoram a finalização desta fase.

Ao meu bom e fiel Deus, que a cada dia me ilumina, estimula e fortalece na busca de crescimento pessoal e profissional.



Ministério da
Saúde



“Um homem percorre o mundo inteiro
em busca daquilo que precisa e volta
à casa para encontrá-lo.”

George Moore.



Ministério da
Saúde



RESUMO

O presente trabalho surgiu a partir da inquietação e interesse em trabalhar com uma Rede de Atenção Psicossocial completa, voltada à integralidade, e teve como ponto de partida, buscar quais as articulações estão sendo criadas para a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos no Distrito federal. Sabemos que o indivíduo transforma e é transformado pela sua realidade, portanto, um ambiente saudável, é um fator essencial para uma melhor qualidade de vida e o investimento de recursos financeiros do setor público em ações comunitárias em detrimento das ações hospitalares favorece diretamente nessa questão. Tendo como objetivo geral analisar as dificuldades encontradas para que ocorra a implantação de Residências Terapêuticas no Distrito Federal e como objetivos específicos: a avaliação da quantidade de moradores da chamada “Casa de Passagem” que têm indicação para transferência para as Residências Terapêuticas; definir a partir de discussão entre equipe interdisciplinar sobre o tipo de Residência Terapêutica para os moradores desta casa; entender a articulação e componentes da Rede de Atenção Psicossocial e a importância de uma Rede completa e interligada para o atendimento às pessoas com transtornos mentais, evitando-se estagnação dos serviços. As Residências Terapêuticas tornou-se uma alternativa valiosa, eficiente e eficaz para proporcionar a usuários dos Serviços de Saúde Mental, egressos de longos anos de internação, uma qualidade de vida satisfatória, autônoma e com possibilidade ilimitada de interações e (re)aprendizados, necessários para uma real saúde mental e dignidade.

Palavras-chave: Residências Terapêuticas; Saúde Mental; Rede de Atenção Psicossocial.



Ministério da
Saúde



ABSTRACT

This work arose from the concern and interest in working with a full Psychosocial Care Network, focused on completeness, and had as a starting point, the search for what links are being created for the implementation of the Residential Therapeutic Services in The Federal District. We know that the individual transforms and is transformed by his reality, therefore, a healthy environment is an essential factor for a better quality of life and investment of financial resources from the public sector in community actions in detriment of hospital actions have a direct positive impact on this issue. Having as an overall objective to analyze the difficulties found to occur the implementation of Therapeutic Residences in the Federal District and the following specific goes: the evaluation of the amount of residents in houses, which are called "Temporary Houses", and from this outlook, decide who would have the indication to be transferred to the "Therapeutic Residences"; to establish from discussion among interdisciplinary team about the type of "Therapeutic Residence" to be applied for the house residents; understand the articulation and parts of Psychosocial Care Network and the importance of a complete and interconnected system to better assist people with mental disorders, avoiding stagnation of services. Therapeutic Residences have become a valuable, efficient and effective alternative to provide the users of mental health services, egresses from long terms of admission, a satisfactory quality of life, autonomous and unlimited possibility of interactions and renewing of teachings which are required for a true and dignifying mental health.

Keywords: Therapeutic Residences; Mental health; Psychosocial Care Network.



Ministério da
Saúde



LISTA DE ABREVIATURAS

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RT - Residência terapêutica

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CR - Consultório de Rua

ESF - Estratégia de saúde da Família

PVC - Programa Vida em Casa

PAV – Programa de Atenção à Violência

ONG - Organização não Governamental

ILP - Instituições de Longa Permanência

MS - Ministério da Saúde

SENAES - Secretaria Nacional de Economia Solidária

TM - Transtornos Mentais

GM - Gabinete do Ministro

SRT - Serviços de Residências Terapêuticas

ISM - Instituto de Saúde Mental

PTS - Projeto Terapêutico Singular

LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal

UBS - Unidade Básica de Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SEDHAB – Secretaria de Estado de Gestão do Território e Habitação

AIH - Autorização para Internação Hospitalar

ATP - Ala de Tratamento Psiquiátrico

VEP – Vara de Execução Penal

DISAM – Diretoria de Saúde Mental

SES – Secretaria Estadual de Saúde



Ministério da
Saúde



SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 OBJETIVO GERAL	17
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
1.3 METODOLOGIA	17
2 DESENVOLVIMENTO	18
2.1 CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS DE RT	19
2.2 SRT COMO COMPLEMENTO DA RAPS	20
3 DISCUSSÃO	21
3.1 DIFICULDADES PARA IMPLANTAÇÃO DAS RTs	22
3.1.1 Lentidão da Gestão Pública	23
3.1.2 burocratização	24
3.1.3 Recursos Financeiros	25
3.1.4 Vínculos Entre Serviços	27
3.1.5 Comunidade	28
3.1.6 Dificuldades Referidas pelos Usuários	30
3.2 CASA DE PASSAGEM DO DF	32
3.2.1 Moradores da Casa de Passagem com Indicação Para Residências Terapêuticas	33
3.3 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS NO DF	34
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	38

1INTRODUÇÃO

Os cuidados prestados à pessoa em transtorno mental estão ancorados na história de mitos, nos preconceitos e é justamente nessa história que se baseia as mudanças e engajamento das pessoas envolvidas na assistência à Saúde Mental, englobando nesse grupo os profissionais, os próprios usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e seus familiares (CHAMMA *et al*, 2008).

Segundo Coelho, Zanetti e Lotufo Neto (2005) a Saúde Mental que na década de 1930 restringia-se a institucionalização custodial dos pacientes, tendo hoje uma enorme complexidade que precisa ser estudada e entendida e lembram a importância da interação harmoniosa do estudo da psiquiatria moderna, a fim de subsidiar a implementação do novo modelo proposto. A reforma psiquiátrica exige do profissional uma prática contrária ao isolamento, tratamento punitivo e contenção química e/ou física destes pacientes e salienta-se que as transformações da prática assistencial vêm ocorrendo de forma lenta e gradual, mesmo quando as implicações legais e éticas ressaltam a necessidade de um processo acelerado (MARTINS *et al*, 2012). Para Costa (2011), a reforma consolidou um movimento da defesa de modelos alternativos ao manicômio, após reconhecer a ineficiência desse primeiro modelo, promovendo assim, o direcionamento dessas pessoas do território estritamente hospitalar aos espaços abertos da cidade. Reitera ainda, que a reforma se baseia em duas propostas: a desospitalização, que diz respeito a mudanças organizacionais e a desinstitucionalização, processo esse mais transformador no sentido propriamente dito.

Silvia e Azevedo (2011) comentam que o paradigma da psiquiatria tradicional, começa a ser superado, ainda que discretamente, pelo conceito de reabilitação psicossocial, onde a rede busca promover ações, no sentido de aumentar habilidades dos sujeitos e resgate da cidadania, mediada pela inserção social.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a RAPS é instituída pela portaria GM nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, sendo republicada em 21 de maio de 2013 e dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta Rede tem como objetivos a ampliação do acesso à atenção psicossocial, a promoção de vínculos dos usuários, qualificando o acolhimento e acompanhamento destes. De acordo com Chamma *et al* (2008) e Martins *et al* (2012),

fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial as Residências Terapêuticas (RT); os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) e suas subdivisões; os ambulatórios; centros comunitários; instituições de defesa dos direitos dos usuários; os hospitais gerais; os consultórios de rua (CRs), que integram as ações de atenção básica; além de serviços de saúde clínica, que não deve fechar-se a essas pessoas, principalmente os serviços de Estratégia da Saúde da Família (ESF). Em caráter complementar a esses serviços, estão o Programa Vida em Casa (PVC) e as comunidades terapêuticas. Além desses, podemos ter acesso a serviços complementares através de Organizações Não Governamentais (ONGs), e locais de iniciativas privadas. Há também, programas de instrumento de reinserção social.

Existem também programas destinados a facilitar os egressos ao convívio e participação social, como o Programa de Volta pra Casa, onde o paciente que retorna de uma Instituição de Longa Permanência (ILP) recebe uma quantia por mês, afim de que seu retorno à sociedade seja possível (PACHECO, 2011). Idosos e pessoas com deficiência ou incapacidade para o trabalho, incluindo pessoas portadoras de transtorno mental, podem ser beneficiadas pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC), regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) que oferece um suporte de um valor fixo, sendo estipulado o valor de um salário mínimo (ALVES & SILVEIRA, 2011). Há também o Programa de Inclusão Social pelo Trabalho, sendo este último uma parceria entre o Ministério Público (MP) e a Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES), gerando trabalho e renda; programas nos quais, há aumento do número de beneficiados, principalmente em relação com o contínuo e esperado descredenciamento de leitos hospitalares pelo SUS, porém não no ritmo ideal para que a demanda seja suprida, já que este ritmo reflete as dificuldades do processo de desinstitucionalização (BRASIL, 2012). O trabalho dá condições à existência, não apenas pelo sentido material que o dinheiro traz, mas quando se pensa no real valor do trabalho e o que este representa para cada pessoa. Segundo Santos Junior, Silveira e Oliveira (2009), o trabalho mantém o sujeito como mantenedor de redes de reciprocidade no interior das famílias, e os capacita a serem ativos no mundo em que vivem.

Vasconcelos (2006) coloca os avanços da Luta Antimanicomial como objetivos básicos para todos os que tiveram suas vidas marcadas pela institucionalização, sendo

direito destes, o acesso a uma moradia digna, a serviços e benefícios de suporte psicossocial de qualidade, abertos em uma comunidade local.

A Lei 10.216 de 2001 prevê os direitos às pessoas com Transtorno Mental (TM) e define que o Estado deve prover os direitos e a proteção sem qualquer forma de discriminação, além de um atendimento especializado, pelos meios menos agressivos possíveis, com assistência integral. Ainda sobre os direitos, de acordo com a lei 10.708 de 06 de abril de 2003, essas pessoas têm o direito ao auxílio reabilitação extra-hospitalar ou em unidade psiquiátrica ao qual estiver internado, além de acompanhamento e integração social. Além desses, pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, têm através da portaria 94 GM/MS de 14 de janeiro de 2014, o direito a serviços de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas; e as que fazem ou fizeram uso abusivo de álcool e outras drogas, são aparadas pelas portarias n° 3.088 MS/GM, que tratam sobre a garantia de acesso e da qualidade dos serviços de saúde mental na rede de atenção psicossocial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; COSTA, 2011; SANTOS JUNIOR & SILVEIRA, 2009).

Os Serviços de Residências Terapêuticas (SRT) foram criados pela portaria n° 106 GM/MS, 2000, como suporte para a reabilitação de pessoas com transtorno mental, estando necessariamente vinculada ao CAPS ou a ambulatórios de psiquiatria. Baseia-se em casas preferencialmente inseridas no espaço urbano que se destinam a abrigar essas pessoas egressas de Instituições de Longa Permanência (ILPs), que estiveram nessas instituições por período superior a dois anos, que não possuem vínculos familiares ou suporte social. Não é considerado serviço de saúde, mas espaço para convivência, onde se deve ter, de acordo com a legislação vigente, um projeto terapêutico centrado nas necessidades pessoais, estimulando assim, a autonomia, a participação em atividades sociais e a inserção no mercado de trabalho, pautados nos direitos dos usuários/cidadãos (MARTINS *et al*, 2013; MARTINS *et al*, 2012; SILVA, 2012; SILVA & AZEVEDO, 2011; COSTA, 2011; SANTOS JUNIOR & SILVEIRA, 2009).

O fato de um portador de transtorno mental residir em local sem conotação hospitalar pode, segundo Martins *et al* (2012), desvincular a imagem de que este precisa ser mantido isolado da sociedade, favorecendo a reaproximação com seus familiares e com a sociedade, sendo aí, um importante argumento para a necessidade urgente da implantação de Serviços de Residências Terapêuticas, como dispositivo complementar da RAPS (MACEDO & SILVEIRA, 2009).

O Distrito Federal, conta com o suporte do Instituto de Saúde Mental (ISM), sendo esse, referência no tratamento de pessoas com transtorno mental. Os serviços oferecidos por essa instituição se dividem em cursos de capacitação em saúde mental, atendimento ambulatorial, CAPS, Oficinas Terapêuticas (Horta orgânica, mosaico, educação em saúde, grupo de mulheres, grupo de convivência, cinema em tela, coral, terapia corporal, espaço criativo, biscuit, dança e ioga), serviços de matriciamento e acompanhamento do PVC, Programa de Atenção à Violência (PAV), plantão psicológico, além da Casa de Passagem. Não há na legislação uma nomenclatura para o que chamamos de “Casa de Passagem”, criada em 4 de abril de 2003, com o intuito de receber 26 pacientes psiquiátricos provenientes da extinta clínica Planalto que não tinham referência familiar e estavam em estado de saúde e de higiene precários, além de apresentarem uma inabilidade marcante no relacionamento intra e interpessoal. Hoje a Casa de Passagem funciona como um importante instrumento de alicerce para a Saúde Mental do Distrito Federal (DF) e tenta preencher a lacuna ainda existente nas políticas públicas que deixaram um vazio no que tange à criação das Residências Terapêuticas (GDF, 2014).

Os gastos Federais com ações em Saúde Mental vêm mudando o foco e, ao final de 2010, 70% dos investimentos destinados a esse fim foi para ações comunitárias em detrimento de ações hospitalares. Esse quadro é derivado dos constantes debates e reavaliações realizados pelos gestores, usuários e comunidades de tal forma a repensar os investimentos para ampliação da rede e da qualidade da assistência (BRASIL, 2011).

Apesar de todos os esforços para a proteção do portador de transtorno mental, ainda existem relatos de pessoas que sofrem maus tratos, negligência e/ou abandono, o que as deixa em situações de vulnerabilidade, deixando claro que a sociedade não está sensibilizada a acolher essas pessoas (VIDAL, BANDEIRA & GONTIJO, 2008).

O interesse pelo presente tema se deu pela inquietação e interesse em trabalhar com uma RAPS completa, com continuidade e voltada à integralidade, onde surgiu o seguinte questionamento: quais as articulações estão sendo criadas para implantação dos SRTs no DF.

1.1 OBJETIVO GERAL:

- Analisar as dificuldades encontradas para que ocorra a implantação de Residências Terapêuticas no Distrito Federal;

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Avaliar a quantidade de moradores da chamada “Casa de Passagem” do Instituto de Saúde Mental, que têm indicação para transferência para as Residências Terapêuticas ou outras possibilidades de encaminhamentos;
- Definir o tipo de Residência Terapêutica para os moradores da Casa de Passagem com indicação para tal encaminhamento, após discussão entre equipe interdisciplinar.
- Entender a articulação e componentes da Rede de Atenção Psicossocial e a importância de uma Rede completa e interligada para o atendimento às pessoas com transtornos mentais, evitando-se estagnação dos serviços.

1.3 METODOLOGIA

O estudo segue a metodologia de pesquisa bibliográfica e documental, definindo os critérios para indicação do encaminhamento necessário para os moradores de tal casa e para entendimento dos trâmites e dificuldades, assim como os caminhos percorridos até o momento, debatendo com vasta referência bibliográfica, que contemplará livros da biblioteca do Instituto de Saúde Mental, trabalhos em revistas indexadas, dissertações, teses e sites oficiais. As fontes consultadas se referem a publicações a partir do ano de 2004.

2 DESENVOLVIMENTO

O cérebro humano e sua complexidade instiga e torna necessário o estudo contínuo dos fatores que geram o comportamento e as relações sociais, como o indivíduo interage com o mundo e nele atua. As evidências científicas modernas indicam que os transtornos mentais e comportamentais resultam de fatores genéticos e ambientais, ou seja, da interação entre a biologia e fatores sociais. As ciências humanas têm papel fundamental na compreensão do ser humano, portanto a saúde mental não deve ser reduzida a uma ciência cuja base é meramente relacionada à saúde, mas deve incluir a complexa rede interacional em que o indivíduo atua (COELHO; ZANETTI; LOTUFO NETO, 2005).

As pessoas com transtornos mentais sofrem com a desigualdade de oportunidades em virtude de suas peculiaridades, sendo considerado um grupo minoritário. É dever dos órgãos estatais ligados ao setor público e até mesmo o serviço privado (de forma compulsória ou voluntária) promover políticas de inclusão social, garantindo igualdade, já que sendo a saúde um direito fundamental que assiste a todas as pessoas, todas as esferas institucionais da organização Federativa do Brasil, não podem mostrar-se indiferentes aos problemas de saúde da população, ainda que por omissão, se isto acontece, ocorre uma afronta a esse direito constitucional fundamental (BRASIL, 2007).

Chamma *et al* (2008) revelam que a loucura constitui uma simbologia para sociedade e para as instituições criadas para controlá-la. A instituição inscreve os seres humanos em laços e discursos, estruturando relações para sustentar sua identidade e (re)ensinando a importância de viver em grupo, pois assim, o indivíduo pode vir a discutir, refletir e repensar o enfrentamento de suas dificuldades. Acredita-se que hoje temos um modelo de assistência às pessoas em sofrimento mental em evolução, tanto do ponto de vista quantitativo, quanto qualitativo. Reforçam-se os ganhos e salienta-se a necessidade de melhorias e expansões incessantes. A Saúde Mental, vista a partir do ano de 2011 como política de ordem prioritária, carece e mantém visível crescimento no investimento financeiro para o custeio da rede e da ampliação desta (BRASIL, 2012).

Para que o processo de desinstitucionalização de práticas asilares aconteça, é importante a “invenção”/implantação de espaços que estimulem a produção, a reconstrução, a responsabilização e o enfrentamento da vida (SILVA, 2012).

2.1 CRACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS DE RT

A partir da portaria nº 106/GM/MS, de 2000, o Ministério da Saúde introduziu os Serviços Residenciais Terapêuticos ao SUS. Apesar do termo “serviço”, esse valoroso dispositivo deve ser entendido muito mais como moradias, sendo esse termo usado a fim de realocar os recursos de saúde para um modelo de assistência diferenciado. Já o termo “terapêutico”, foi utilizado justamente por fazer parte do setor da saúde (SILVA, 2012).

De acordo com Vidal, Bandeira e Gontijo (2008), as moradias devem ser divididas de acordo com o grau de dependência dos moradores, sendo classificadas em 3 níveis, sendo necessárias RTs com cuidados intensivos, tendo nesta a presença de cuidador(es) 24 horas por dia; as do tipo II para necessidades de cuidados intermediários, sendo estes cuidados oferecidos durante o dia; e ainda a RT de alto grau de autonomia, com nenhum ou quase nenhum tipo de cuidador. No entanto, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº106/GM/MS de 2000, prevê a criação de RTs divididas em apenas 2 tipos: as residências são divididas em tipo I e II, sendo as do tipo I destinadas a pessoas internadas há mais de dois anos ininterruptos em hospitais psiquiátricos ou ILPs, que não possuam família ou que esta não esteja disposta a dispor os cuidados necessários aos seus doentes e as do tipo II que são designadas a moradores de mesma procedência, que possuam alto grau de dependência física ou psicológica. Essas RTs devem ter as bases político-ideológicas da Reforma Psiquiátrica e ter como foco, a promoção de cuidados com ética e respeito. As ações interdisciplinares devem basear-se na singularidade de cada morador, com Projeto Terapêutico Singular (PTS) que busque estimular gradualmente a autonomia dos usuários como seres únicos, e não apenas em ações coletivas. Complementam-se os cuidados à pessoa no âmbito clínico, com suporte da Estratégia de Saúde da Família, que deve estar matriciada e preparada para atender essa demanda (BRASIL, 2014; MARTINS *et al*, 2012; VICENTINI *et al*, 2012).

O Ministério da Saúde (2014), Vieira & Monteiro (2010) e Henna *et al* (2008) complementam que estas devem estar, necessariamente, inseridas em meio a uma comunidade, com estrutura capaz de suprir as demandas dos moradores, como por exemplo, estar próximo a uma unidade de CAPS de referência, além de serviços de saúde de fácil acesso. Dizem ainda que o número de usuários residindo numa RT deverá

ser entre 1 e 10 pessoas, sendo 10 para quando os moradores necessitam de cuidados intensivos, mas preconiza o ideal em até 8 moradores por casa e esta deve conter até 3 por dormitório. Todos os cômodos devem conter mobiliário adequado, proporcionando conforto e boa comodidade para os usuários.

É definido que estas RT devem ter suporte de caráter interdisciplinar e intersetorial, de maneira que seja apenas o ponto de partida de um longo processo de reabilitação que facilitará a progressiva inclusão social. Sabemos que o indivíduo transforma e é transformado pela sua realidade física e cultural, portanto, um ambiente saudável, é um fator essencial para uma melhor qualidade de vida (CHAMMA *et al*, 2008).

A flexibilidade é o aspecto central na organização do serviço de RT, onde as ações em cada uma delas variam de acordo com as necessidades e características de seus moradores (MARQUES & MÂNGIA, 2012). Lobo (2004) avalia as RTs como novas oportunidades de estar no mundo para esses sujeitos.

De acordo com Silva (2012), o projeto de Residência Terapêutica apresenta a construção do cotidiano, estimulando e aflorando hábitos para que se ocupe o espaço da casa, além de estimulação de autonomia para a circulação na comunidade e a convivência social. Por fim, lembrado por Silva (2012), a principal característica das RTs, é ser um instrumento de inserção do tema loucura e do louco, na sociedade, além de promover a subjetividade e saúde para pessoas desinstitucionalizadas, interferindo ao mínimo, na autonomia e capacidade destes.

2.2 SRT COMO COMPLEMENTO DA RAPS

A partir da reformulação das políticas públicas voltadas à saúde, avanços importantes têm acontecido, porém, de acordo com Macedo e Silveira (2009), com dificuldade, devido ao modelo tradicional hospitalocêntrico/medicalocêntrico, que se encontra enraizado na sociedade. Esse modelo hospitalocêntrico, segundo Pacheco (2011), não investe na mobilização do usuário, para de fato participar do seu tratamento e ainda comenta sobre a imposição da hierarquia dos saberes, onde o médico ocupa a figura central, estando os outros profissionais de saúde em um lugar “acessório”. Destaca-se como avanço na saúde mental, o movimento da Reforma Psiquiátrica e a luta

antimanicomial, com todas as suas inquietações e provocações. A partir desse encontro que envolve a loucura e o cuidado, busca-se a desconstrução dos estigmas sofridos pelo louco, desmistificando as ideias de periculosidade e marginalidade.

Para Sztajnberg e Cavalcanti (2010) as internações psiquiátricas são necessárias em momentos de crises, porém devem preconizar a permanência limitada ao tempo determinado pela crise. Nada aponta este lugar como uma moradia. De acordo com as autoras, os usuários não possuem nenhum pertence que não esteja protegido pelo próprio corpo, porém há pacientes que chegam e por falta de opção, não saem mais. Elas consideram os SRTs como única porta de saída desse sistema asilar.

A construção da saúde a partir dos SRTs exige constantes reflexões a respeito da RAPS e das práticas voltadas ao cuidado (DANTAS *et al*, 2010). O apoio às residências é, segundo Santos Junior e Silveira (2009), uma forma efetiva para a desinstitucionalização e reinserção social de pessoas com transtornos mentais. De acordo com os autores, a admissão de um morador num SRT, é o início de uma reabilitação psicológica e social, com olhar desviado dos seus sintomas, onde deve ser acompanhado e estimulado a (re)aprender sobre atividades do dia a dia e interação social buscando, na melhor das hipóteses, sua emancipação pessoal; requerendo dos profissionais, a visão da integralidade do ser cuidado. Os objetivos dos SRTs é a possibilidade de ressocialização ou reintegração do paciente, buscando o resgate da cidadania e novos laços sociais (COSTA, 2011).

Esse processo não deve ser rígido, tendo muitas vezes que reavaliar a indicação e o encaminhamento dos casos assim como deve acontecer em todos os âmbitos da saúde, contando com os setores sociais necessários, devem ser feitas avaliações e discussões intersetoriais e interserviços que envolvem a saúde, a educação, o trabalho e a renda (COSTA, 2011; MACEDO, SILVEIRA & EULÁLIO, 2011).

3 DISCUSSÃO

Um tema frequentemente tratado entre os profissionais de saúde que lidam com o público em questão é como se pode tratar de autonomia com um sujeito que historicamente perdeu sua cidadania e encontra-se rodeado de preconceito. A resposta está na constante luta para a amplificação da RAPS. Onocko-Campos e Furtado (2006)

lembram que a participação desses cidadãos nas discussões políticas é essencial para que pontos cegos que poderiam passar despercebidos pelos gestores e pelos formuladores das políticas públicas voltadas à saúde mental, sejam visíveis e pesem na hora da tomada de decisão.

Barroso e Silva (2011) chamam a atenção que a mudança na estrutura do atendimento ao usuário não garante a sua cidadania e alertam para o risco de manter essas pessoas na condição de “eternos psiquiatrizados”.

3.1 DIFICULDADES PARA IMPLANTAÇÃO DAS RTs

A Reforma Psiquiátrica no Brasil não é um processo homogêneo, quando se compara o ritmo, quantidade e qualidade dos serviços voltados à Saúde Mental. Pacheco (2011) considera esse processo como conflituoso e desafiador, tencionando diversos interesses políticos, econômicos e ideológicos, além de gerar confronto entre os direitos, a sociedade, e os paradigmas que a loucura traz.

Como dificuldades apontadas para a implantação das RTs no Brasil, a realidade do DF converge com as demais. Em seus estudos, Martins *et al* (2013), Brum (2012) e Costa (2011) ressaltam como implicações, a lentidão da gestão pública, as burocracias, a falta de profissionais para tal serviço, as despesas para os cofres públicos e a perpetuação da dependência que poderá causar, há ainda a dificuldade na formação de rede entre os serviços de saúde, a resistência da comunidade urbana, o abandono familiar, além das dificuldades referidas pelo próprio usuário.

3.1.1 Lentidão da Gestão Pública

Para Brum (2012), talvez a maneira mais rápida de se implantar a Residência Terapêutica seria a terceirização temporária por ONGs, de modo a facilitar a desburocratização dos processos administrativos. Porém esse drible poderia enfraquecer o Sistema de Saúde, por poder interpretá-lo como incapaz de promover o que lhe é de dever. De acordo com Dantas *et al* (2010) e Furtado (2006), o comprometimento do gestor é decisivo para a implantação e expansão do dispositivo em questão.

Oliveira e Conciani (2008) constataram que mobilizações sociais em momentos pontuais pelos trabalhadores dos serviços psiquiátricos e do ensino de Cuiabá – Mato Grosso – culminaram com a definição de uma política de saúde mental municipal. Porém, apesar da definição dessa política, essas iniciativas não passaram de movimento reivindicatório, sem resultado prático para os serviços, já que a gestão não deu continuidade às políticas definidas. Foi constatado que a real mudança que ocorreu, com a criação do SRT em Cuiabá, foi pautada em bases financeiras e não apoiadas em análise do contexto político-social da Saúde Mental. Isso significa que o foco não foi a reestruturação da assistência, mas os interesses políticos e financeiros conflituosos. As autoras consideram os gestores públicos locais pouco participativos e suas ações centralizadas. Como dificuldades, ressaltam o grande rodízio de gestores que leva à descontinuidade das iniciativas. Esse panorama se materializa por RAPS inexistentes, incompletas ou insuficientes, incompatibilidade entre a burocracia da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a baixa interação entre os gestores e técnicos. Concordaram que o envolvimento do gestor é decisivo quando se pensa na expansão ou não do SRT, destacando o controle social como ferramenta de luta.

Silva e Azevedo (2011) comentam o descontentamento de profissionais que trabalham em Serviços Residenciais Terapêuticos já implantados, onde os motivos são a deterioração dos espaços físicos, a falta de investimento no serviço, a falta de qualificação necessária, condições insalubres de trabalho, sobrecarga de trabalho devido ao déficit de recursos humanos e ausência de suporte mínimo como linha telefônica e transporte.

A situação do Distrito Federal, em relação a recursos humanos capacitados para tal serviço, é prejudicada devido à falta de concursos públicos para os cargos de cuidadores, que são os profissionais definidos pela lei para acompanharem a rotina da casa, que recebem suporte de outros profissionais e serviços. A solução definitiva para tal problema é a criação desse cargo, porém esse processo necessitaria de um projeto de lei distrital, o que poderia arrastar ainda mais a sua implantação. Deve-se pensar em uma ação paliativa que usaria profissionais de outros setores; nesse caso seria necessária a permuta ou diálogo para que órgãos cedessem alguns profissionais de seus serviços, como exemplo, a Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDEST). Porém há certa relutância entre os órgãos para tal feito, já que todos os serviços se encontram em

dificuldade de recursos humanos; ou ainda, usar profissionais de nível médio, já concursados, desde que treinados e escolhidos conforme perfil para tal função.

Batista e Nobre (2013) destacam que, por trás de práticas cotidianas de gestão, o empenho e compromisso de gestores, dos profissionais, dos familiares e dos próprios usuários, são imprescindíveis. Defendem ainda, que o modelo de reforma deve ser colocado em análise e reestruturação.

3.1.2 Burocratização

Um obstáculo importante no Distrito Federal (DF) é a impossibilidade da aquisição de imóveis em áreas que ainda não foram regularizadas. Este é um problema pontual do DF, visto que muitas áreas nas cidades satélites ainda não estão escrituradas. Casas prontas, geralmente, não atendem aos pré-requisitos relacionados à estrutura física e à localização como previsto em lei.

Lobo (2004) salienta que as normas técnicas predeterminam que as RTs sejam moradias de natureza pública ou não governamental de caráter filantrópico, localizadas fora dos limites de unidades hospitalares, independentes entre si em suas ações e rotinas, localizadas em bairros com infraestrutura e com espaço físico com normas mínimas. Elas devem abrigar, como já foi exposto, entre 8 (para o caso das RT I) a 10 moradores (no caso de ser uma RT tipo II) e deve ser composta de sala com mobiliário apropriado, cozinha com utensílios, quartos contemplando até 3 moradores e o projeto assistencial deve conter o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e ações que favoreçam o processo de reabilitação social como os programas de alfabetização, recuperação de documentos, inserção no mercado de trabalho e inclusão sócio comunitária, contando com a participação dos usuários, que devem ter seu pleno exercício do direito de ir e vir.

Algumas vezes há dificuldade em se fazer o contrato de aluguel em função do receio de calote por parte do contratante ou por medo de não haver o devido cuidado com o imóvel por parte dos moradores (MARTINS *et al*, 2013; BRUM, 2012; FURTADO, 2006).

Um caminho para o DF seria a aquisição direta do imóvel pelos futuros moradores, que poderiam utilizar seus benefícios para tal fim, ou por destinação por

parte do governo de casas construídas para o programa “Minha Casa Minha Vida” e “Morar Bem”, que são projetos em conjunto da Caixa Econômica Federal, Ministérios da Cidade, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Estado de Gestão do Território e Habitação (SEDHAB) e empresas do setor de construção civil.

Outro fator importante refere-se ao direito que os egressos de longa internação têm em receber o recurso do PVC para auxílio mensal, a fim de proporcionar a este, a sua reconstrução do caminho de volta à cidadania (DELGADO, 2006). Muitas vezes, a ausência de recebimento desse benefício se deve à falta de informação do beneficiado e/ou familiares, outras por falta de pessoa capacitada a providenciar toda a documentação já que, frequentemente, estes pacientes não possuem documentos pessoais, além de que a morosidade e a dificuldade na comunicação entre os serviços dificultam ainda mais o acesso.

3.1.3 Recursos Financeiros

A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) nº101/2000, estabelece normas de finanças públicas voltadas à responsabilidade na gestão fiscal e outras providências onde o gasto de um estado, depende diretamente da arrecadação, ou seja, o equilíbrio entre a receita e as despesas, e isso reflete o investimento em áreas que geram maior retorno e visibilidade (BRASIL, 2014). Segundo Furtado (2006) esta lei dificulta a contratação de profissionais especializados na área, por terem um valor adicional aos seus encargos, mas que já possuem uma visão mais direcionada e amplificada sobre a saúde mental, portanto, traria vantagens para o serviço.

Outra discussão é a cerca dos valores direcionados ao custo mensal de uma RT e a possível perpetuação de dependência, porém, segundo Costa (2011 *apud* DELGADO, 2006), o valor de R\$ 5 a 7 mil reais mensalmente, onde de acordo com o autor, quando se comparando com os custos hospitalares, esse custo é igual ou menor e traz benefícios à saúde dos usuários, de seus familiares assim como para os profissionais de todos os serviços de saúde mental, visto que, amplia as possibilidades e repercute em um trabalho de ressocialização mais eficiente. A Portaria nº 2.068/GM/MS de 2004 destina sobre o incentivo financeiro para os Serviços de Residência Terapêutica, onde determina o incentivo para municípios, estados e Distrito Federal que estiverem dando

curso ao processo de implantação de SRT. Segundo Brum (2012), existia como entrave, a falta de financiamento próprio para os SRTs, já que o recurso provinha dos hospitais.

Segundo a portaria nº 3.090, de 2011, em seu artigo 3º, fica estabelecido um incentivo financeiro no valor de R\$20.000,00 para implantação/implementação de Residências Terapêuticas, sendo transferido em parcela única. No artigo 4º, estabelece o custeio mensal no valor de R\$ 10.000,00 para cada grupo de oito moradores em RTs tipo I, sendo sugerido para o gasto geral, o valor de R\$ 8.000,00 e com recurso humano, o valor de R\$ 2.000,00; assim como estabelece o valor de R\$ 20.000,00, para cada grupo de 10 moradores de RTs tipo II, sugerindo uso de R\$12.000,00 com gastos gerais e R\$8.000,00 com Recursos humanos, já que para esse tipo de residência, será necessária uma equipe maior. O repasse não é destinado a módulos assistenciais, mas a grupos de moradores e este valor será incorporado ao limite financeiro de média e alta complexidade Ambulatorial e Hospitalar dos respectivos Estados, Municípios e do Distrito Federal, com a redução das Autorizações de internações Hospitalares (AIHs).

É urgente a reavaliação dos financiamentos feitos em saúde no país, já que segundo pesquisa, os transtornos mentais respondem a, pelo menos, 12% de todas as doenças, sendo previsto para o ano de 2020 que essa proporção chegue a 15% sendo insuficiente o investimento de menos de 1% do orçamento nessa área e preocupa também o direcionamento dos gastos e a não existência de orçamento específico para tal, porém, foi constatado em estudo, que entre os anos de 2001 a 2009, os gastos em Saúde Mental cresceram 51,3%, onde o gasto em serviços extra-hospitalares cresceram em 40,2% e os gastos hospitalares tiveram um decréscimo em 39,5% (GONÇALVES, VIEIRA & DELGADO, 2012). Liberato (2009) também observou a inversão da pirâmide dos gastos e também comenta sobre o crescimento dos gastos em ações extra-hospitalares em detrimento da redução dos gastos em atendimentos hospitalares.

Uma característica do sistema hospitalar, segundo Delgado (2006, *apud* BRASIL, 2005), é a sua baixa efetividade e elevado número de pacientes cronicados, portanto, de longa permanência. Questões referentes ao financiamento estão ligadas às dificuldades de garantir o acesso e à aplicação dos recursos, onde a lógica na verdade, é reverter o investimento em serviços que contemplem ações em níveis cada vez menos hospitalares, considerando a portaria nº52 e 53/GM/MS, de 2004, que estabelece a

redução progressiva dos leitos hospitalares psiquiátricos do país (BRASIL, 2007; DANTAS *et al*, 2010).

3.1.4 Vínculo Entre os Serviços

Outro embate lembrado por Brum (2012) é a dificuldade no vínculo e comunicação entre os serviços, onde o serviço de matriciamento e as discussões e difusões do tema Saúde Mental, assim como a responsabilização de cada segmento, facilita a criação e manutenção de uma RAPS e de um SRT de sucesso. Segundo Vidal, Bandeira e Gontijo (2008), o processo da desospitalização implica na atenção nos diversos níveis e complexidades, trabalhando de forma integrada ao sistema geral, de maneira intensiva e permanente. Ribeiro (2006) teve uma experiência positiva, onde descreve em seu trabalho, a parceira da RT implantada com toda a rede de saúde, onde os pacientes são atendidos em todas as suas demandas de saúde seja no CAPS, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou ambulatórios.

Antigamente, a prevalência de TM só eram medidas em populações institucionalizadas, porém, sabe-se que 90% das manifestações psiquiátricas não apresenta componente psicótico, e estes pacientes estão convivendo em sociedade e a prevalência destes transtornos ditos menores vem aumentando significativamente. A ESF aborda a família em integração na comunidade, sendo indicada por Maragno *et al* (2008), como o melhor serviço para acompanhar essa demanda. Para Dantas *et al* (2010), esse trabalho de implantação deve estar concomitante com a construção de redes de cuidado entre os serviços e equipamentos sociais.

Para Liberato (2009) e Dimenstein (2006), um dos aspectos que mais fragiliza a Luta Antimanicomial, é a falta de uma rede completa, ágil, flexível e resolutiva, com serviços que funcionem, já que a maioria deles funciona de acordo com suas rotinas, de forma isolada e com falha na comunicação. É discutida também, a resistência os profissionais que não são capacitados a atender esse público e a produzir essa nova forma de cuidado. Além disso, falta clareza na proposta do apoio matricial, que deve ser uma estratégia de interlocução na rede de saúde, inserindo a Saúde Mental na rede e construindo estratégias que permitam e/ou facilitem o direcionamento de fluxos. Para Scheibler (2011), já que os usuários, sejam eles portadores de transtornos mentais ou

não, utilizam uma rede de serviços, e não apenas um determinado serviço, estes não devem funcionar de maneira isolada. O fato é que não apenas um serviço ou equipe de saúde, trará sucesso aos investimentos em uma Saúde Mental inserida no meio social, mas os esforços conjuntos de uma equipe, que desenvolva estratégias eficientes, com apoio intersetorial, para a melhora na assistência prestada (SILVA & AZEVEDO, 2011).

As equipes de saúde são parte fundamental no sistema e o modo de atenção desenvolvido no serviço depende do funcionamento das equipes. A mudança de paradigmas deve ser iniciada pelos profissionais que atendem o público em sofrimento psíquico e essa atenção exige cada vez mais a formação técnica e teórica dos profissionais (SCHEIBLER, 2011).

De acordo com Martins *et al* (2014) a proposta dos SRTs vinculados aos serviços de saúde e cidadania, visam ultrapassar o antigo modelo centrado no hospital e na patologia, podendo oferecer um modelo de assistência integral ao sujeito, à família e à comunidade, focando na prevenção de agravos e na promoção da saúde, atuando também, e não apenas, na reabilitação. Contam-nos que apesar das dificuldades de articulação entre os dispositivos da rede que foram encontradas, o processo evoluiu com o incremento de novas ações e uma política inovadora, frisando que o trânsito desses pacientes pelos dispositivos da rede de atenção, ocorreu sem privilégio por suas condições psiquiátricas, revelando o entendimento da cidadania, dando oportunidade de igualdade, em meio às desigualdades.

3.1.5 Comunidade

É citada em diversos estudos, a falta de sensibilização da comunidade/sociedade, que comumente fazem protestos evitando a instalação de um serviço “para loucos” nas suas proximidades. Brum (2012) e Furtado (2006) falam da necessidade da desconstrução de paradigmas e estímulo a relação com o diferente.

No trabalho de Martins *et al* (2013), as equipes e usuários trabalharam a população do seu município e para que a implantação fosse possível, tiveram que atravessar todas as barreiras, inclusive abaixo-assinados iniciados por moradores locais. Na experiência vivida por Vidal, Bandeira e Gontijo (2008), foi percebida resistência

por parte da comunidade, o que ele entende como falta de informação, mas ressalta que até o momento, não houve nenhum relato de incidente com a população, mas que ao contrário, os vizinhos passaram a interagir com os novos moradores. Ribeiro (2006) em sua experiência entrevistou os vizinhos onde a residência seria implantada e percebeu alguns receios por parte destes, como uma possível desvalorização do seu imóvel, a relação da loucura com a periculosidade e a piedade, porém, após reinserção, estes apoiaram o serviço, fazendo doações, interagindo com visitas e momentos de oração, além de apertar os laços, tendo os moradores das RT recebido convites individuais, para almoços e comemorações dos vizinhos que mais se afeiçoaram.

No Distrito Federal, algumas tentativas da implantação das RTs foram frustradas, justamente devido à mobilização comunitária, de moradores da região escolhida, ao saber que ali, próximo às suas residências seria implantado um serviço para pessoas com transtorno mental. O fato é que é necessária uma política de sensibilização e educação da sociedade para essa causa, desmistificando paradigmas tão encarnados.

Em outro estudo, ao contrário do que se acreditava inicialmente devido ao estigma direcionado aos portadores de transtorno mental, a relação estabelecida com os vizinhos foi de solidariedade e acomodação (SCEIBLER, 2011). Dantas *et al* (2010), em seu trabalho, também relataram uma repercussão positiva da sociedade, não tendo havido resistência importante na localidade onde estão instaladas as RTs, e nem entraves comunitários, conseguindo que os moradores das RTs se relacionassem com essa comunidade, além de estudarem em escola de ensino regular, oficinas de artesanatos, e conclui que todos esses fatores favoráveis contribuem profundamente para o enfrentamento de todos os obstáculos, por parte dos usuários e destacou um ponto importante, não exitoso, que é a percepção da não participação efetiva da família destes.

É relativamente frequente, o abandono de pacientes com transtornos mentais sendo muitas vezes difícil (ou impossível) encontrar familiares de referência de moradores que se encontram a muitos anos institucionalizados. Mesmo quando há entes reconhecidos, também é comum a não aceitação da responsabilidade do cuidado, visto as dificuldades em lidar com esse problema que gera incômodo e estafa aos cuidadores.

O fato de a família muitas vezes não desejar retomar os cuidados do usuário e a resistência da equipe em encaminhar, dificulta o processo de desinstitucionalização; no entanto, o que deve mudar é a forma de cuidar, e não apenas o local da oferta desse cuidado (SCHEIBLER, 2011). Estratégias para envolver o sujeito e a sua família, como corresponsáveis pelo tratamento, utilizando tecnologias leves, a partir de uma visão integral e ampla de saúde, deve fazer parte do plano de profissionais que trabalham pela saúde mental (SILVA & AZEVEDO, 2011).

Um ponto importante salientado por Santos Junior, Silveira e Oliveira (2009), é a sobrecarga que recai sobre as famílias, quando se percebe na complexidade do cuidado ofertado, onde segundo os autores, esses cuidados passam a sobrecarregar principalmente a genitora. Para evitar o desfecho rotineiro de longas internações e até situações de abandono familiar, é necessária a criação de uma rede articulada com vários dispositivos sociais, formando em conjunto, referências concretas, capazes de acolher a pessoa e a família em sofrimento mental.

Matos, Orichio e Mendonça (2010), Comentam no resultado de seu trabalho, que a falta de uma rede social e familiar adequadas, tende a culminar com o retorno do paciente à institucionalização. Alves e Silveira (2011) destacam as modificações na constituição e nas suas dinâmicas, modelos e arranjos, e trazem a família nuclear como a responsável por um retorno mais tranquilo, mas que para isso, a formação e estreitamento dos laços, precisam ser trabalhados pela Rede de Atenção Psicossocial. É através de um novo olhar e um cuidado diferenciado, que se pode ultrapassar os estigmas sociais, inserindo assim, os portadores de sofrimento psíquico na comunidade, mesmo que esta não seja a sua de origem, mas uma comunidade onde ele possa circular e reconquistar seus espaços na sociedade (SILVA & AZEVEDO, 2011).

3.1.6 Dificuldades Referidas por Usuários

Pacheco (2011) fala da articulação em níveis, onde cita o nível intrapessoal, ou seja, como o indivíduo organiza suas experiências na sociedade; e no seu estudo, voltou essa abordagem para como este ser lida com suas peculiaridades e individualidades com a proposta da Reforma Psiquiátrica. Já na visão intergrupala, as inserções sociais do

usuário são analisadas, buscando avaliar seu papel social. Na reflexão a nível societal, o foco já converge mais sobre as lutas políticas.

Silva (2012), Liberato (2009), Furtado (2006) e Dimenstein (2006) relatam a dificuldade que parte dos usuários, que frequentemente relatam receio em deixar um espaço onde mesmo percebendo ou não, como o ideal para se viver, sentem-se protegidos e assistidos. De acordo com Santos Junior, Silveira e Oliveira (2009) uma característica da sociedade é a falta de segurança na vida em grupo, o isolamento emocional e, sendo a necessidade de pertencer a um grupo um processo natural, sérias frustrações podem ser causadas quando não se alcança essa interação. Pessoas marcadas por histórias de abandono e exclusões, que passaram por experiências de “desenraizamento” da cidade e de suas tradições culturais, apartados de suas famílias, de seus grupos sociais, de seus direitos sociais e civis, tendem a temer de novas perdas.

Acredita-se no meio da Saúde Mental, que para que se torne possível a inserção dos usuários na sociedade, seja necessário promover o fortalecimento da RAPS, bem como promover a melhora da comunicação entre os serviços. Um usuário bem assistido e de maneira individualizada como se é preconizado, tem capacidade de retornar à sociedade de forma tão excelente, ao ponto de ser participante ativo desta, podendo este vencer seus medos e com confiança para lidar com as dificuldades que a vida impõe a qualquer ser humano. O manicômio constitui um paradigma de desabilitação do ser humano, e as dificuldades enfrentadas após anos de vida com isolamento social podem incorporar e intensificar maiores limitações, o que requer maior trabalho individualizado (VIDAL, BANDEIRA & GONTIJO, 2008; OLIVEIRA & CONCIANI, 2008; BELINI & HIRDES, 2006). A busca de interação social e um bom desempenho de auto cuidado são os precedentes mínimos que devem ser incentivado para que o projeto terapêutico seja eficaz (DANTAS *et al*, 2010; BELINI & HIRDES, 2006).

A mudança do usuário “estar” e “morar” numa casa precisa ser trabalhada de modo a desconstruir o modo de vida asilar, por meio da subjetivação dos espaços. É um processo de transformação focado na reaquisição de seus direitos ao uso do espaço em que vive (SILVA & AZEVEDO, 2011). De acordo com Sztajnberg e Cavalcanti (2010), pode parecer natural a nós, concluir que todos os usuários desejam sair de uma instituição e morar em uma casa propriamente dita, porém a experiência de habitar pode parecer natural, mas não é algo puro e simples, estando ligado à experiência do existir e

de como existir, e a partir dessa consideração, o processo dessa transição é único para cada sujeito e exige um projeto terapêutico voltado à singularidade de cada ser.

Santos Junior, Silveira e Oliveira (2009), reforçam que as residências se transformam em referência para seus moradores, quando estes passam a ter contato com o contexto social que os cerca.

Apesar das diversas barreiras encontradas, não se pode negar os avanços, a criação e ampliação de serviços, assim como, a diminuição da quantidade de leitos. A substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos por estes em hospitais gerais (VIDAL, BANDEIRA & GONTIJO, 2008; BRUM, 2012).

3.2 CASA DE PASSAGEM DO DF

Conhecido como Casa de passagem, o serviço que está inserido no ISM abriga-se hoje, 31 pessoas, sendo 5 pessoas do sexo feminino e 26 do sexo masculino, variando bastante em relação a nível de dependência, que recebem cuidados em tempo integral por Técnicos de Enfermagem, contando com uma Enfermeira com 40 horas semanais, uma psicóloga cumprindo a carga horária de 15 horas, Terapeuta Ocupacional durante 5 horas semanais, serviço de nutrição em tempo integral e 2 médicos psiquiatras que juntos, atendem 20 horas por semana, além do trabalho essencial do Serviço Social, onde a equipe se envolve nas atividades e discussões de cada caso (GDF, 2014).

Os primeiros pacientes que chegaram à Casa de Passagem, vieram em situação desumana, com características marcantes da institucionalização, que são citados por Pacheco (2011): alto grau de dependência para cuidados básicos, medo, quadros psiquiátricos agravados, empobrecimento da linguagem e de relações, agressividade e obediência a comandos verbais.

Existem hoje nessa casa, pessoas egressas da Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), moradores de rua que sofrem algum tipo de transtorno mental, e aqueles egressos de Instituições de Longa Permanência, sendo alguns ainda provenientes da clínica Planalto e outras que foram extintas a partir da Reforma Psiquiátrica.

A ideia principal da Casa de Passagem é que esta não sirva como um suporte de moradia, mas que funcionem como um recurso de importância clínica de caráter

transitório e a partir daí, os usuários devem ser encaminhados para onde melhor convier, sendo prioritário, o encaminhamento ao seio familiar.

3.2.1 Moradores da Casa de Passagem e indicações para Residência Terapêuticas

Existem hoje, na Casa de Passagem, 32 (trinta e dois) moradores, sendo que 1 (um) deles está ainda em medida de segurança, estando lá por trabalho da equipe junto com a Vara de Execução Penal (VEP) em proporcionar melhores condições das que ele tinha quando estava na ATP; e outro, em processo de cessação da periculosidade pela perícia do Instituto Médico Legal (IML), o que ainda não estão aptos a serem encaminhados a um SRT. Quanto aos outros 30 (trinta), alguns possuem familiares, e por essa razão, não colocamos em discussões, estes, como indicações para residir em Residências Terapêuticas, exceto um, que se encontra em ótimo estado de saúde e de capacidade para reconstruir sua cidadania, porém, há uma grande resistência dos familiares, por já ter tido uma tentativa frustrada, devido ao abandono relativo ao acompanhamento no serviço de saúde ao qual foi referido. Este está sendo considerado para ser um possível morador de uma RT, até que as ações de estreitamento de laços familiares sejam possíveis. Alguns ainda, por terem familiares com vínculos mesmo que frágeis, em outros Estados, o trabalho está sendo focado na transferência para serviços em localidades próximas a seus familiares, como regulamenta a Lei da Reforma Psiquiátrica nº10.216, em seu artigo 3º, que salienta a participação familiar no tratamento dos seus entes.

Após diversos encontros e discussões em equipe, consideramos que são 11 (onze) os moradores com indicação para RT tipo I e 9 (nove) com indicação para RT tipo II, ou seja, com alto grau de dependência.

De acordo com Brum (2012) uma das formas de avaliar o nível de complexidade dos pacientes, é pelas capacidades de realizarem suas Atividades de Vida Diária (AVDs), onde os moradores mais dependentes recebem maior nível de cuidados. É, segundo a autora, um critério pobre, já que a autonomia é complexa, e se não se levar em conta que moradores com autonomia para AVDs pode não ter para entrar no mercado de trabalho, fazer viagens, fazer busca a laços familiares, entre outros desafios da vida. Durante as diversas discussões sobre uma possível indicação sobre qual o

melhor destino para os moradores da Casa de Passagem, para indicação para as RTs, dividimos os usuários pelas suas potencialidades gerais, assim como grau de afetividade e potencialidades para ajudar um ao outro.

3.3 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS NO DF

Um questionamento importante a se fazer é lembrado por Costa (2011) sobre como garantir que haja diferença entre o território institucional e o novo espaço residencial e que as situações hospitalocêntricas não se repitam, e a resposta depende da qualidade das relações que se estabelecem nesse espaço e o estabelecimento e reavaliação do grau de autogestão de cada morador. De importância pareada com a implantação, é a avaliação frequente dos serviços em funcionamento, para que se busque um acolhimento e acompanhamento realmente eficientes e eficazes (ONOCKO-CAMPOS & FURTADO, 2006).

O fato de a nomenclatura escolhida ter sido “Residência Terapêutica” devido a pertinência para a mudança da lógica de assistência e do investimento, não deve interferir ao ponto de os profissionais que trabalham nesse serviço reproduzirem a lógica manicomial. No Brasil, de acordo com Vieira e Monteiro (2010), até dezembro de 2010, houve uma redução em torno de 12.000 leitos hospitalares e os SRTs chegaram ao significativo número de 570 em funcionamento e 183 em estágio de implantação naquele ano, somando 753 residências, que estão hoje contemplando 3.091 usuários, porém, calcula que para atender todos os usuários que necessitam, sejam necessárias, mais 1.227 residências.

Apesar do aumento crescente de implantações dos SRT, a morosidade traz consequências para o processo de desinstitucionalização no país, uma vez que a reversão da lógica é necessária para que a Reforma Psiquiátrica seja cada vez mais fortalecida. Estudos e qualificação na área também são preocupações dos militantes por uma Saúde Mental digna (SCHEIBLER, 2011).

A implantação deste serviço que na capital Federal, ocupará uma lacuna, que está há anos, sem suprimento ideal, sendo este dispositivo, mais uma e com certeza a melhor possibilidade para a ressocialização. Diante desse contexto, a Diretoria de Saúde

Mental (DISAM) tomou a iniciativa de abrir processos para implantação de casas para tal fim, localizadas em diversas Regiões do Distrito Federal, a fim de atender a demanda existente, além de idealizar a abertura de local apropriado para pessoas oriundas da Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), que de igual maneira têm indicação para a Residência Terapêutica, pois não dispõem de familiares dispostos a recebê-los. Dessa forma, desde 2010, quatro processos foram abertos com fins à implantação de novas SRTs, dos quais dois encontram-se em tramitação na Secretaria Estadual de Saúde-DF, tornando mais claro e legítimo o processo de desinstitucionalização.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo a Saúde Mental uma área recente e principalmente no que tange a visibilidade, o trabalho para sua efetivação encontra-se em construção em todo o país. Novas práticas assistências em saúde mental explicitam desafios muitas vezes incômodos para os diversos autores envolvidos, devendo ter como ponto inicial, a prática de cuidados de acordo com a realidade, porém aspirando ao ideal.

Muito importante que a Rede de Atenção Psicossocial esteja além de completa, fortalecida através de estudos, o registro de experiências consolidadas revelando resultados positivos e as dificuldades encontradas durante a após a implantação, relatos de ações práticas e a respeito da formação de alianças intersetoriais.

O Serviço Residencial Terapêutico como valoroso dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial está consolidado no Brasil, estando em significativa expansão, porém, para que seja ampliado e contemple todos os usuários que têm indicação, é necessário empenho dos gestores. As Residências Terapêuticas tornou-se uma alternativa eficiente e eficaz para proporcionar a usuários dos Serviços de Saúde Mental, egressos de longos anos de internação, uma qualidade de vida satisfatória, autônoma e com possibilidade ilimitada de interações e (re)aprendizados, necessários para uma real saúde mental e dignidade. Para se pensar em implantação desse serviço, é preciso focar na mudança constante de paradigmas, que no caso da saúde mental, está sendo possível a partir da Reforma Psiquiátrica.

Apesar de tantas vitórias referentes à Luta Antimanicomial, sendo as Residências Terapêuticas, mais um dispositivo, entre outros serviços substitutivos, entendemos que ainda estamos distantes do ideal, pois, por ser um processo em construção, a busca incansável das melhorias se faz necessária e refletirá num futuro próximo, estarmos mais perto das nossas idealizações.

É perceptível e incômoda a distância entre o que se regula em Lei e o que acontece na prática, porém a busca do fortalecimento da luta antimanicomial com a participação de seus atores geram mobilizações cada vez mais promissoras.

Esse estudo que fez uma revisão bibliográfica abundante, não tendo esgotado nenhum de seus objetos de estudo, sendo sugerido um olhar crítico e movimentos reais de defesa, por todos os atores envolvidos na Luta Antimanicomial, para que se construa

e seja moldada, a assistência à Saúde Mental, de acordo com as vivências e necessidades de cada região.

No que tange a situação do Distrito Federal, esforços estão sendo dedicados à busca de soluções para que a implantação do SRT finalmente faça parte da RAPS, aliviando e integrando os serviços e melhorando significativamente a qualidade de vida dos possíveis moradores.

REFERÊNCIAS

ALVES, Caroline Carneiro Fontineles; SILVEIRA, Rodrigo Pinheiro. **Família e redes sociais no cuidado de pessoas com transtorno mental no Acre:** o contexto do território na desinstitucionalização. Revista da Atenção Primária a Saúde (APS), Juiz de Fora, MG, v. 14, n. 4, p. 454-463, out-dez. 2011.

BARROSO, Sabrina Martins; SILVA, Mônica Aparecida. **Reforma Psiquiátrica Brasileira:** o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do estado de São Paulo (SPAGESP), São Paulo, SP, v. 12, n. 1, p. 66-78, jan-jun. 2011.

BATISTA, Giceli Cravalho; NOBRE, Maria Tereza. **O caso “Estrela”:** práticas de desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. Psicologia & Sociedade, Rio Grande do Sul, v. 24, n. 1, p. 240-250. 2013.

BELINI, Marya Gorete; HIRDES, Alice. **Projeto morada São Pedro:** da institucionalização à desinstitucionalização em Saúde Mental. Texto Contexto em Enfermagem, Florianópolis, SC, v. 15, n. 4, p. 562-569, out-dez. 2006.

BRASIL, **Lei de Responsabilidade Fiscal:** Lei complementar nº101, de 4 de maio de 2000. 113 págs, Brasília: Câmara dos Deputados, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados-10**, ano VII, nº10, Informativo eletrônico. Brasília: Março de 2012 (acesso em: 23/07/2014).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados-9**, ano VI, nº9, Informativo eletrônico. Brasília: Julho de 2011 (acesso em: 23/07/2014).

BRASIL. **XVII Congresso Nacional do Ministério Público (CONAMP)**. 718 págs, Salvador- Bahia, 2007.

BRUM, Livia Di Renna Vianna. **O Serviço Residencial Terapêutico em Questão.** Dissertação (Saúde Coletiva)- Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Medicina. 182 págs, Niterói, Jul 2012.

CHAMMA, Rita de Cássia; STEFANELLI, Maguida Costa; ARANTES, Evalda Cançado; FUKUDA, Ilza Marlene Kuae. Serviços de atendimento em saúde mental e psiquiatria. In: STEFANELLI, Maguida Costa; FUKUDA, Ilza Marlene Kuae; ARANTES, Evalda Cançado (orgs.) **Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**.p. 44-55. Barueri-SP: MANOLE, 2008.

COELHO, Bruno Mendonça; ZANETTI, Marcus Vinicius; LOTUFO NETO, Francisco. **Residência em Psiquiatria no Brasil: análise crítica.** Revista de Psiquiatria Rio Grande do Sul, v. 7, n. 1, p. 13-22, Jan-Abr. 2005.

COSTA, Ana Paula Carvalho. **O acompanhamento terapêutico no processo de construção de uma moradia possível na psicose:** uma pesquisa analítica. Dissertação de Mestrado UFRGS. 82 pg. Porto Alegre, 2011.

DANTAS, Cesar Alexandre. **Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental: potencialidades e limitações no município de Camaragibe-PE.** Monografia apresentada ao curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. 63 págs, Recife, 2010.

DELGADO, Pedro Gabriel. **“Instituir a desinstitucionalização”:** o papel das residências terapêuticas na Reforma brasileira. In: _____. Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços de Residenciais Terapêuticos. Cadernos UFRJ/IPUB, vol. 17, n. 22, p. 19-33, Rio de Janeiro, nov-dez. 2006.

DIMENSTEIN, Magda. **O desafio da Política de Saúde Mental:** a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. Mental, Barbacena, MG, ano 4, n. 6, p. 69-83, jun, 2006.

FURTADO, Juarez Pereira. **Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, RJ, v. 11, n. 3, p. 785-795. 2006.

GDF. Instituto de Saúde Mental. **Relatório de Gestão 2011-2014**. Brasília: Secretaria de Saúde, 2014. 115 págs.

GONÇALVES, Renata Weber; VIEIRA, Fabíola Sulpino; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto Federal entre 2001 e 2009**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, SP, v. 46, n.º. 1, p. 51-58. 2012.

HENNA, Elisabete Satie; ABREU, Luiz Carlos de; FERREIRA NETO, Marcos Luiz; REIS, Alberto Olavo Advíncula. **Rede de atenção à Saúde Mental de base comunitária: a experiência de Santo André**. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, SP, v. 18, n. 1, p. 16-26. 2008.

LIBERATO, Magda Dimenstein Mariana. **Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede**. Caderno Brasileiro de Saúde Mental, Florianópolis, SC, v. 1, n. 1, jan-abr. 2009.

LOBO, Maria Cristina Costa de Arrochela. **Serviços Residenciais no Estado do rio de Janeiro: um diagnóstico inicial**. Tese de Mestrado em Gestão de Sistemas de Saúde do Programa de Mestrado Profissional da Escola de Saúde Pública da Fundação Oswaldo cruz/ MS. 122 páginas, Abr, 2004.

MACEDO, Jaqueline Queiroz de; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo. **A experiência da implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos- Análise quantitativa e qualitativa**. online brazilian Journal of nursing, v. 8, n. 2, ago. 2009.

MACEDO, Jaqueline Queiroz de; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo; EULÁLIO Maria do Carmo. **Com a palavra, os profissionais: estudo das representações sociais da autonomia dos moradores da “Casa Azul”**. EDUEPB, Campina Grande, PB, p. 181-199, 2011.

MARAGNO, Luciana; GOLDBAUM, Moisés; GIANINI, Reinaldo José; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh; César, Chester Luiz Galvão. **Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa de Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, vol. 22, n. 8, p. 1639-1648, ago. 2006.

MARTINS, Gizele da Conceição Soares; PERES, Maria Angélica de Almeida; OLIVEIRA, Alexandra Andrade Conceição Stipp; ALMEIDA FILHO, Antonio José de. **O estigma da doença mental e as residências terapêuticas no município de Volta Redonda- RJ.** Texto contexto Enfermagem. Florianópolis, SC, v. 22, n. 2, p. 327-334, abr-jun. 2013.

MARTINS, Gizele da Conceição Soares; PERES, Maria Angélica de Almeida; SOUZA, Maria Cristina Fréres de; ALMEIDA FILHO, Antonio José de. **Dispositivos extra-hospitalares que apoiam as Residências Terapêuticas para utentes com transtorno mental em Volta Redonda/Rio de Janeiro (2005-2009).** Revista de Enfermagem Referência, n. 7, pg. 93-102, jul. 2012.

MARTINS, Gizele da Conceição Soares; MORAES, Ana Emília Cardoso; SANTOS, Tânia Cristina Franco; PERES, Maria Angélica de Almeida; ALMEIDA FILHO, Antonio José de. **O processo de implantação de Residências Terapêuticas em Volta Redonda- Rio de Janeiro.** Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, SC, v. 21, n. 1, p. 86-94. Jan-Mar. 2012.

MARQUES, Ana Lucia Marinho; MÂNGIA, Elisabete Ferreira. **Ser, estar, habitar: serviços residenciais terapêuticos no município de Campinas, SP.** Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, v.23, n. 3, p. 245-252, set-dez. 2012.

MATOS, Bruna Gusmão de; ORICHIO, Ana Paula Carvalho; MENDONÇA, Viviane Folster. **Residência Terapêutica: um modelo alternativo de atendimento aos pacientes psiquiátricos.** Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online. p.410-412, out-dez. 2010.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de; CONCIANI, Marta Ester. **Serviços residenciais terapêuticos: novos desafios para a organização das práticas de Saúde mental em Cuiabá- MT.** Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, GO, v. 10, n. 1, p. 167-178. 2008.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento de avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, Maio. 2006.

PACHECO, Juliana Garcia. **Representações sociais da loucura e práticas sociais: o desafio cotidiano da desinstitucionalização.** Tese de Doutorado apresentado ao programa de Pós Graduação em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações (PSTO) da Universidade de Brasília (UNB). 393 págs, Brasília- DF, 2011.

RIBEIRO, Iana Profeta. **Parcerias e iniciativas intersetoriais na montagem dos Serviços Residenciais Terapêuticos:** relato de experiência. In:_____. Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços de Residenciais Terapêuticos. Cadernos UFRJ/IPUB, Rio de Janeiro, v. 17, n. 22, pg. 149-154, nov-dez, 2006.

SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo. **Práticas de cuidados produzidas no serviço de residências terapêuticas:** percorrendo os trilhos de retorno à sociedade. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, SP, v. 43, n. 4, p. 788-795. 2009.

SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo; OLIVEIRA, Chirlaine Cristine. **Além dos muros manicomiais:** Conhecendo a dinâmica das Residências Terapêuticas. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 62, n. 2, p. 187-193, mar-abr. 2009.

SCHEIBLER, Ana Carolina Lacerda. **Os Residenciais Terapêuticos no contexto da Reforma Psiquiátrica.** Trabalho de Conclusão de Curso, para obtenção do título de Especialista em Educação em Saúde Mental Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 37 págs. Porto Alegre, 2011.

SILVA, Danielle Souza; AZEVEDO, Dulcian Medeiros de. **A reforma psiquiátrica na visão de quem cuida:** percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, RJ, v. 15, n. 3, p. 587-594, jul-set. 2011.

SILVA, Dayse Andrade Bispo. **Cotidiano da Residência Terapêutica.** Dissertação de Mestrado Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 133 págs., São Paulo, 2012.

SILVA, Danielle Souza; AZEVEDO, Dulcian Medeiros de. **As novas práticas em saúde mental e o trabalho residencial terapêutico.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, RJ, v. 15, n. 3, p. 602-690, jul-set. 2011.

SILVA, Michele Alvares O.; CRUSCO, Renata de Almeida; PEIXOTO, Thais de Cassia; AVILEZ, Thaiz Manzano. **Residência Terapêutica: o olhar do profissional de saúde mental.** Jan 2012. Encontrado em <http://psicologado.com/psicopatologia>. Acesso em: 20/06/2014.

SZTAJNBERG, Tania Kuperman; CAVALCANTI, Maria Tavares. **A arte de morar...na lua:** a construção de um novo espaço de morar frente à mudança do dispositivo asilar para o Serviço Residencial Terapêutico. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, SP, v.13, n. 3, p. 457-468, set. 2010.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Os dispositivos residenciais de reinserção social em saúde mental: contexto, política, estratégias, tipologia, abordagens teóricas e desafios.** In:_____. Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços de Residenciais Terapêuticos. Cadernos UFRJ/IPUB, Rio de Janeiro, RJ, v. 17, n. 22, pg. 53-69, nov-dez. 2006.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; BANDEIRA, Marina; GONTIJO, Eliane Dias. **Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, RJ, v. 57, n. 1, pg. 70-79. 2008.

VIEIRA, Taiane Soares; MONTEIRO, Claudete de Souza. **Serviços residenciais terapêuticos:** um dispositivo de reinserção social no contexto da reforma psiquiátrica. Revista Interdisciplinar NOVAFAPI: Teresina, PI, v. 3, n. 3, p. 44-48, jul-set. 2010.

VICENTINI, Alessandra Uemura; LUCATELLI, Jéssica Alves; IVANTES, Juliana Cilião; PALMIERI, Maria de Lourdes; CARDOSO, Mariana Broz Rosa Cardoso. **Residência Terapêutica:** o olhar do profissional de Saúde Mental. Jan 2012. Disponível em: <https://psicologado.com>., acessado em: 12 de set de 2014.

www.caixa.gov.br. Minha Casa Minha Vida. Acessado em: 10 de janeiro de 2015.

www.saude.gov.br. Portaria Nº 2.068/GM Em 24 de setembro de 2004. Acessado em 20/07/2014.