

**Processo de desinstitucionalização e os serviços residenciais  
terapêuticos do município de Barbacena: avanços e desafios atuais**

**Deinstitutionalization process and therapeutic residential services in the  
municipality of Barbacena: current advances and challenges**

**Lírica Salluz Mattos Pereira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5970-3833>

Instituto René Rachou Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) Minas, Brasil

E-mail: [liricamattos@gmail.com](mailto:liricamattos@gmail.com)

**Ana Regina Machado**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8614-2533>

Instituto René Rachou Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) Minas, Brasil

**Celina Maria Modena**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5035-3427>

Instituto René Rachou Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) Minas, Brasil

**RESUMO**

O presente estudo tem como objetivo analisar o processo de desinstitucionalização de pacientes moradores de hospitais psiquiátricos identificando as contribuições, avanços e desafios dos serviços residenciais terapêuticos da Rede de Atenção Psicossocial do município de Barbacena. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais da gestão e atenção da Rede de Atenção Psicossocial de Barbacena. Como conclusão, evidencia-se que o município implantou serviços estratégicos do Sistema Único de Saúde para a oferta de cuidado e reinserção social dos moradores, construiu conhecimento a partir da vivência cotidiana dos profissionais e obteve avanços no campo sociocultural. Entre os desafios relatados, destaca-se a formação incipiente dos profissionais em relação ao cuidado em saúde mental, a fragmentação do cuidado nos outros serviços da rede e as novas demandas associadas a vulnerabilidade social e pandemia.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde; Saúde Mental; Desinstitucionalização.

**ABSTRACT**

The present study aims to analyze the process of deinstitutionalization of patients living in psychiatric hospitals, identifying the contributions, advances and challenges of therapeutic residential services of the Psychosocial Care Network in the municipality of Barbacena. This is qualitative research carried out through semi-structured interviews with management and care professionals from the Barbacena Psychosocial Care Network. As we concluded, it is clear that the municipality implemented strategic services from the Unified Health System to provide care and social reintegration of residents, built knowledge from the daily experiences of professionals and achieved advances in the sociocultural field. Among the challenges reported, the incipient training of professionals in relation to mental health care, the fragmentation of care in other services in the network and the new demands associated with social vulnerability and the pandemic stand out.

**Keywords:** Unified Health System; Mental Health; Deinstitutionalization.

## INTRODUÇÃO

A trajetória da atenção em saúde mental no Brasil é marcada por mudanças nas propostas assistenciais e concepções sobre a loucura. A Reforma Psiquiátrica Brasileira e as políticas nela inspirada tiveram um papel fundamental na proposta de criação de uma rede de cuidados substitutiva ao hospital psiquiátrico para a assistência às pessoas com transtornos mentais (AMARANTE; NUNES, 2018).

No município de Barbacena em Minas Gerais, foi inaugurado, em 1903, o Hospital Colônia, sendo o primeiro hospital psiquiátrico do estado. Atualmente com o nome de Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB) e gerido pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) tem uma história marcada por denúncias sobre violações de direitos humanos. Estima-se a ocorrência de 60.000 mortes em suas dependências, sendo a maior parte dos óbitos ocorreram entre 1960 e 1970 (ARBEX, 2013; GONÇALVES; SENA, 2001; KYRILLOS; DUNKER, 2017).

Após a criação do Hospital Colônia, surgiram entre 1903 e 1930, clínicas psiquiátricas privadas no município, sendo elas: Clínica Goyatá, Casa de Saúde São Sebastião, Casa de Saúde Santa Tereza, Sanatório de Barbacena, Casa de Saúde Xavier, Clínica Mantiqueira e Casa de Saúde Santa Izabel. Além disso, o Hospital de Custódia Jorge Vaz de gestão da Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública foi criado em 1927 e está ativo até os dias atuais (AZEVEDO, 2015).

As denúncias sobre o hospital Colônia se iniciaram na década de 1960. Porém, somente na década de 1980 ocorreu uma reestruturação administrativa e assistencial do CHPB. Foram criados módulos para atendimento de casos agudos, módulos residenciais para os moradores da instituição e a contratação de profissionais, buscando qualificar a assistência. Contudo, mesmo com a criação de estruturas alternativas, a reestruturação se mostrou insuficiente, visto a manutenção da lógica médico centrada, permanecendo a própria estrutura manicomial, assim como o grande número de pacientes que se tornaram moradores (AZEVEDO, 2015; KYRILLOS; DUNKER, 2017).

No início dos anos 2000, o município de Barbacena tinha 1.336 leitos psiquiátricos no CHPB e em clínicas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). A porta de entrada para internação hospitalar de pacientes agudos era aberta. O CHPB absorvia grande parte das internações psiquiátricas com uma média de 130 internações por mês. Além disso, havia pacientes crônicos que se tornaram moradores das instituições, sendo

431 pessoas no CHPB, 140 na Clínica Mantiqueira, 68 na Casa de Saúde Santa Izabel, 66 na Casa de Saúde Xavier e 64 no Sanatório de Barbacena, totalizando 769 pessoas (BARBACENA, 2001).

Assim, no início da década de 2000, considerando as políticas de saúde mental implementadas e as legislações vigentes, tais como a Lei Estadual nº 11.802/1995 e Lei Federal nº 10.216/2001, inicia-se a implantação dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e o processo de desinstitucionalização de pacientes provenientes do CHPB e hospitais/clínicas privadas que abrigavam leitos do SUS.

O processo de desinstitucionalização tem como objetivo transformar as relações de poder entre as instituições e os sujeitos, sendo caracterizado por três aspectos: construção de uma nova política de saúde mental, centralização do trabalho terapêutico pautado na emancipação do sujeito e construção de estruturas externas substitutivas ao hospital psiquiátrico (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001). No Brasil, a Reforma Psiquiátrica contribuiu para a criação do arcabouço legal, a construção da política de saúde mental e a criação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico permitindo o início do processo de desinstitucionalização.

No processo de desinstitucionalização, destaca-se, no contexto na política de saúde mental do Brasil, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) criado por meio da Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 106/2000 e alterado pela Portaria MS nº 3.090/2011. Trata-se de uma moradia inserida na comunidade, destinada a acolher pessoas egressas de longos períodos de internação em hospital psiquiátrico ou de custódia que tiveram rompimento de vínculos sociofamiliares (BRASIL, 2004). A proposta do desinstitucionalização e dos serviços é garantir o direito da moradia possibilitando um lugar para habitar, compartilhar e resgatar a cidadania (SARACENO, 2001).

Devido ao quantitativo de pacientes moradores de hospitais e clínicas, Barbacena implantou ao longo dos anos vários SRT. O município chegou a contar com 32 casas e atualmente possui 25 (MINAS GERAIS, 2022). A implantação do SRT foi crucial na efetivação do processo de desinstitucionalização, pois garantiu a moradia das pessoas que perderam os vínculos familiares e sociais, bem como possibilitou a reinserção social.

Concomitante a implantação dos serviços, ocorreu o fechamento e descredenciamento das clínicas privadas. Assim, no ano de 2003 houve o fechamento do Sanatório Barbacena, resultado do Programa Nacional de Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos (PNASH) e descredenciamento da Casa de Saúde Xavier. Em 2004, houve

o descredenciamento da Clínica Mantiqueira (FASSHEBER, 2009). Atualmente, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o município possui 395 leitos psiquiátricos em instituições privadas, 72 leitos SUS para atendimento a pacientes agudos no CHPB e 10 leitos de saúde mental em hospital geral. Ainda restam 32 pessoas morando nos módulos residenciais do CHPB que aguardam a implantação de novos SRT para serem desinstitucionalizadas.

Assim sendo, o estudo busca analisar o processo de desinstitucionalização das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos, identificando as contribuições, avanços e desafios dos serviços residenciais terapêuticos do município de Barbacena, considerando as dimensões da Reforma Psiquiátrica Brasileira propostas por Amarante (2007), sendo elas: jurídico-política, técnico-assistencial, técnico-conceitual e sociocultural.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, sendo um percurso metodológico que propicia explorar, compreender, desvelar processos sociais e as representações da realidade a partir de experiências de vida. A compreensão lógica do processo estudado é realizada a partir da sistematização do conhecimento com o intuito de compreender o universo de significados (MINAYO, 2010).

A metodologia escolhida considerou a natureza do objeto, sendo sistematizada a partir da coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde de nível superior que atuam nos serviços da RAPS na gestão e assistência do referido município. Durante o mês de agosto de 2022 foram entrevistados 20 profissionais de saúde de nível superior. O tempo médio de atuação no SUS para o grupo foi de 10,34 anos, sendo o menor tempo de 1 ano e 3 meses e o maior de 23 anos.

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

A fase de exploração dos dados ocorreu em três etapas, sendo a primeira voltada ao agrupamento do material após as leituras; a segunda com foco na realização da pré-análise e definição das categorias empíricas, com o objetivo de identificar as proximidades, divergências e triangulação das interpretações; e a terceira voltada à organização e distribuição das categorias de acordo com as dimensões da Reforma Psiquiátrica Brasileira propostas por Amarante (2007).

O material utilizado nesse artigo faz parte da pesquisa intitulada “A desinstitucionalização de pessoas egressas de hospitais psiquiátricos: contribuições, avanços e de desafios da Rede de Atenção Psicossocial de Barbacena” aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a Secretaria Municipal de Saúde do município de Barbacena, conforme parecer CAAE 5.454.365. Todas as etapas do estudo estão em concordância com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

A partir da análise dos dados, foram criadas categorias que se relacionam com três das quatro dimensões da Reforma Psiquiátrica proposta por Amarante (2007): dimensão jurídico-política, relacionada às discussões sobre cidadania, direitos humanos e sociais que se materializam com a construção de arcabouço jurídico e normativo; dimensão técnico-assistencial, relacionada ao modelo assistencial e serviços estratégicos implantados que ofertam assistência pautada na reinserção social; dimensão sociocultural que envolve ações de cunho comunitário com os moradores, a exemplo: atividade de lazer, esporte, a geração de renda, efetivando processos de inclusão.

Na dimensão teórico-conceitual, também apontada por Amarante (2007) como componente do processo da Reforma Psiquiátrica, destaca-se que o município de Barbacena não produziu conhecimento formal sobre o processo de desinstitucionalização. Por outro lado, criou condições e expertise nesse processo, obtendo reconhecimento nacional, conforme relato dos participantes da pesquisa e comprovado a partir da participação dos profissionais de saúde na elaboração da Lei nº 10.708/2003 que instituiu o Programa de Volta para Casa, e como preceptores no projeto de educação permanente desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS) em 2014, intitulado de “Percursos formativos na Rede de Atenção Psicossocial”.

O material analisado foi organizado a partir das seguintes categorias e subcategoria, considerando as dimensões propostas por Amarante (2007):

**Quadro 1:** Dimensões da Reforma Psiquiátrica Brasileira e categorização

<b>Dimensão</b>	<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
1-Dimensão jurídico-política	Caminhos para o processo de desinstitucionalização	-
2.Dimensão técnico-assistencial	A saída das pessoas e a criação dos SRT's: um processo gradativo	-
	O cotidiano de atenção na rede no processo de desinstitucionalização	A integração da rede
		O papel das equipes no processo de desinstitucionalização
3. Dimensão sociocultural	As relações sociais e a reconstrução da vida	-
	A reinserção social	
	Vulnerabilidade social e Pandemia: novos desafios apresentados	

Fonte: Pereira; Machado; Modena (2024).

## **1. Dimensão jurídico-política**

### **Caminhos para o processo de desinstitucionalização**

Historicamente, a oferta de assistência nos hospitais e psiquiátricos era precária ou inexistente e as violações de direitos humanos ocorriam de diversas formas (SAMPAIO; BISPO, 2021; TENÓRIO, 2002). Tais condições, aliadas a ausência de assistência direcionada aos pacientes, geraram impacto na vida dessas pessoas e são descritas pelos participantes do estudo: “Muitas pessoas morreram, viveram em uma condição horrorosa. A forma de tratamento: acorrentar, aprisionar e dar choque era terrível. Hoje muitos pacientes que estão em residência ficaram sequelados” P6.

As confluências políticas e jurídicas foram primordiais para traçar um caminho rumo ao processo de desinstitucionalização de Barbacena. Um avanço para a concretização desse processo foi a aprovação da Lei Estadual nº 11.802/1995 e Lei Federal nº 10.216/2001, ambas tendo como premissas básicas a desinstitucionalização dos pacientes em hospitais psiquiátricos (BORGES; BAPTISTA, 2008).

A partir da década de 90, o Ministério da Saúde também passou a publicar normativos que delinearão a política de saúde mental, possibilitando a expansão dos serviços substitutivos (BORGES; BAPTISTA, 2008). Em 2000, a Portaria nº 106/2000

que dispõe sobre o SRT foi publicada e, em 2003, foi editada a Lei Federal nº 10.708 que instituiu o Programa de Volta para Casa. O programa dispõe sobre o auxílio financeiro à reabilitação psicossocial que contribuiu com o direito de morar e conviver em liberdade, premissas fundamentais para a reinserção.

Diante desse cenário, nos anos 2000, a gestão municipal de Barbacena, com o apoio das três esferas de governo e Ministério Público, inicia a desinstitucionalização a partir das clínicas privadas e posteriormente do CHPB (FASSHEBER, 2009).

É importante destacar que alguns profissionais tinham clareza de que era necessário mudar a estrutura e a assistência ofertada. Contudo, o processo foi marcado por desafios, conflitos e interesses diversos, entre eles: a resistência de profissionais das instituições hospitalares, principalmente das clínicas privadas, o receio da comunidade e familiares devido a preconceitos e estigmas: “O pessoal ficou muito bravo, porque começou a fechar as instituições. Fizeram até passeata no centro da cidade com caixão simbólico para enterrar a coordenação de saúde mental de tão resistente que estavam” P7.

A importância da legislação estadual e federal, as normas do Ministério da Saúde, a atuação de trabalhadores militantes e o apoio da gestão municipal de saúde são apontados pelos participantes do estudo como essenciais para a concretização do processo:

[...] o processo nasce com uma confluência política ideológica muito precisa. As portarias do Ministério da Saúde, a lei 10.216 estavam saindo... tínhamos apoio e aqui em Barbacena estava um povo que era da luta antimanicomial. Isso facilitou muito politicamente. P12.

Nesse sentido, evidencia-se a importância da dimensão jurídico-política que materializou a construção do arcabouço jurídico e político que possibilitou a obtenção de recursos para a implantação de novos serviços. Também é fundamental destacar o papel dos profissionais participantes que, de maneira ímpar e resiliente, enfrentaram inúmeros desafios e resistências em prol do cuidado em liberdade.

## **2. Dimensão técnico assistencial**

### **A saída das pessoas dos hospitais psiquiátricos a criação dos serviços residenciais terapêuticos: um processo gradativo**

A saída das pessoas dos hospitais psiquiátricos e a criação dos serviços substitutivos ocorreram de forma gradativa. Ao longo dos anos foram implantados SRT, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), serviço estratégico para rede e outros serviços. No intuito de organizar o processo, a equipe de desinstitucionalização começou a



participar do cotidiano dos pacientes, futuros moradores do SRT, na perspectiva de compreender as relações estabelecidas entre eles para que fosse possível elencar critérios de seleção e definir quem iria para cada SRT implantado.

Tinha-se como ideia inicial manter nas mesmas casas moradores que já tivessem afinidade e afeto. Entretanto, a definição das pessoas que iriam juntas para cada casa foi um desafio, pois a relação dos pacientes era superficial, sendo nítida a perda das singularidades, algo extremamente danoso provocado pela institucionalização.

O espaço é tão nocivo, pouquíssimas pessoas, talvez as mais preservadas afetivamente, conseguiram fazer a escolha de ir para uma casa por afinidade ou afeto. A decisão foi mais pelo convívio. A gente apostava nisso que era a única referência que a gente tinha para constituir as residências. P12.

Um marco importante para o processo de desinstitucionalização foi a publicação da norma do Ministério da Saúde que trazia orientações mínimas sobre o papel do SRT (SUIYAMA; ROLIM; COLVERO, 2007). A Portaria nº 106/2000 definiu critérios para acolhimento, modalidades, características físico-funcionais, descreveu a competência do serviço e a composição de equipe. Por outro lado, o documento não dispõe de orientações minuciosas sobre as práticas nestes serviços/ moradias.

Assim, o município organizou a implantação das casas da forma que considerou pertinente e, desde o início, tanto o processo seletivo, a capacitação dos cuidadores e a supervisão assistencial foram realizadas pela coordenação de saúde mental.

No decorrer do percurso de implantação do SRT, um serviço com características e necessidades específicas, por se configurar como uma casa, impõe diferentes desafios para a gestão pública. O cotidiano de uma casa exige que algumas demandas sejam respondidas de forma célere. Entretanto, no âmbito da administração pública, a aquisição de qualquer material deve seguir trâmites burocráticos geralmente morosos.

Com isso, um avanço destacado pelos profissionais que facilitou a organização e ampliação do número de casas foi o apoio do terceiro setor que realiza a gestão financeira e administrativa do SRT. De acordo com o relato de participante: “A ONG faz essa parte administrativa...foi uma coisa essencial porque antes era tudo ligado à prefeitura...você imagina uma casa precisando de um colchão, você tinha que licitar e daqui a 6 meses chegava o colchão” P4.

De acordo com a legislação, o SRT deve ter gestão preferencialmente local e há previsão de funcionar em parcerias com organizações não-governamentais (ONG), mas a



supervisão deve ser realizada pelos serviços especializados (SUIYAMA; ROLIM; COLVERO, 2007). A literatura discursa sobre o papel do terceiro setor na gestão financeira do serviço como um fator relevante que indica a tendência de o poder público optar por desenvolver atividades que propiciam agilidade e sustentabilidade do projeto (ALVARENGA; NOVAES, 2007).

Evidencia-se que a saída das pessoas dos hospitais psiquiátricos foi possibilitada por meio da mudança do modelo assistencial, com a implantação dos serviços, operacionalizada a partir da construção da política de saúde mental, conforme descrito na dimensão técnico-assistencial.

### **O cotidiano da atenção em rede no processo de desinstitucionalização**

#### *A integração da rede*

A rede deve se orientar pela promoção da autonomia do morador e deve favorecer a articulação entre SRT e os outros serviços substitutivos. Destacamos o papel do CAPS na oferta de cuidado aos moradores, conforme relatos dos participantes. Cada morador possui um profissional de referência no CAPS, mas acessam o serviço em situações pontuais. Além disso, apontam que alguns moradores têm receio de acessar o serviço devido as lembranças vividas no hospital: “O CAPS é nosso parceiro mesmo. Muitos nem gostam porque relembram alguns momentos vividos no hospital... E perguntam: eu vou ter que tomar injeção ou choque? Será que eu vou precisar de mais remédio?” P1.

Estudo realizado a partir de uma experiência do município de Natal no Rio Grande do Norte aponta a importância da integração do CAPS e SRT, bem como da proposta de cuidado ofertada nos serviços direcionadas para as práticas emancipatórias, evitando a tutela e outros modelos de aprisionamento da vida (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

Algumas ações desenvolvidas no cotidiano do SRT favoreceram o processo de desinstitucionalização. Entre elas, destacam-se a avaliação cuidadosa dos moradores pelos cuidadores que são de suma importância para a identificação de uma potencial crise e a articulação com os técnicos de referência do SRT e CAPS para potenciais intervenções. A avaliação de uma possível crise aponta para uma assistência qualificada dos cuidadores e técnicos de referência.

É raro um morador de residência entrar em crise. Por exemplo, hoje eu estou com uma moradora que há muitos anos ela não sai da casinha, começou a sair tem uma semana. Ela tem apresentado delírios e não está dormindo direito, então a gente começou a observar e acionamos o serviço. P15

Conforme relatado pelos participantes, a oferta de cuidado e integração da rede são pautadas no Projeto Terapêutico Singular (PTS) que é utilizado como um instrumento norteador que considera a subjetividade de cada morador. A literatura aponta o PTS como uma ferramenta potente no cuidado e deve ter foco na reapropriação do espaço residencial, na construção de habilidades referente à autocuidado e realização de atividades de vida diária (ACEBAL et al., 2020).

A desinstitucionalização tem como perspectiva a mudança de objeto. A doença não é mais o centro da condução da atenção e sim a existência de um sofrimento e sua relação com o corpo social. Nesse sentido, propõe-se que as intervenções de saúde reducionistas e pautadas na cura sejam substituídas por ações voltadas à produção da vida e sociabilidade (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Dessa forma, serviços integrados são importantes para a oferta de cuidado que vise o protagonismo do usuário. O município de Barbacena dispõe do Centro de Convivência e Cultura (CCC) que é um serviço aberto aos usuários dos serviços de saúde mental, mas também à toda população, fato que não ocorre em todos os municípios mineiros. O CCC é reconhecido como um serviço estratégico na reinserção social, uma vez que oferece convivência, atividades e aproxima ou produz novas ligações dos usuários com a cidade (FASSHEBER, 2009).

No processo de reinserção, destaca-se o papel do CCC que é um serviço que envolve a produção e a intervenção na cultura a partir da socialização. Dessa forma, a convivência dos moradores dos SRT com a população é um avanço para a efetiva reinserção social e evita a segregação dessas pessoas: “O centro de convivência é um espaço muito bacana, porque ele é um espaço do lazer, da saúde, da leveza. Então, é um lugar aberto à toda comunidade.” P15.

Outro ponto destacado na organização e cotidiano de ações da RAPS é a realização da assembleia de forma sistematizada com os moradores do SRT e usuários do CAPS, sendo um instrumento de escuta e diálogo entre os moradores/usuários, conforme apontado: “eu entendo que a assembleia é um dispositivo interessante. Porque a gente incentiva o usuário a falar o que ele precisa a discutir, a procurar saber mais.” P16.

As assembleias são dispositivos de diálogo que possibilitam a produção de normas e consensos (BRAGA, 2019). É previsto nas normas do Ministério da Saúde e representa um espaço de discussão e convivência que possibilita o protagonismo dos usuários, fator que pode surtir efeito terapêutico (JUNQUEIRA, 2015).

### *O papel das equipes no processo de desinstitucionalização*

As equipes dos serviços possuem papel fundamental tanto para a operacionalização do processo quanto na continuidade do cuidado no tocante às necessidades de saúde do morador.

Nesse sentido, o alinhamento, a integração dos profissionais das equipes e o cuidado a partir de uma dimensão afetiva foram avanços importantes ocorridos no município para que fosse possível a manutenção do trabalho pautado na autonomia e reinserção social, conforme apontado: “a equipe é uma facilitadora e de suma importância no processo de ressocialização.” P1.

Os profissionais relataram que o trabalho integrado entre SRT e CAPS é fundamental para a sustentação da atenção psicossocial. Entretanto, a fragmentação do cuidado e a dificuldade de oferta assistencial por outros serviços que também integram a rede ainda são desafios a serem superados.

Às vezes você vai encaminhar um morador para um hospital e há resistência. Questionam: Ele não é da residência? Então, ele tem que ir para CAPS e não para o hospital clínico. Como se ele não pudesse adoecer por outras razões. P4

Conforme relatos coletados no estudo, outro desafio que se apresenta no cotidiano é a falta de conhecimento sobre saúde mental por parte de outros profissionais. Com isso, é essencial a oferta de ações de educação permanente para todos os profissionais que atuam nos serviços.

Nota-se que o modelo de formação dos profissionais nas instituições de ensino favorecia as ações especializadas e a fragmentação do cuidado. Assim, o Ministério da Saúde realizou algumas iniciativas com o objetivo de suprir as lacunas de formação. Porém, há desafios a serem enfrentados, tais como a adequação das formações acadêmicas e a participação dos gestores municipais nos processos de educação permanente (SCAFUTO; SARACENO; DELGADO, 2017). Cabe destacar que a formação em saúde mental é de extrema relevância para a efetivação da Reforma Psiquiátrica (FERREIRA; NORO, 2023).

Na dimensão técnico assistencial, o papel das equipes no processo de desinstitucionalização é fundamental para a sustentação de um modo de cuidado pautado pela lógica de atenção psicossocial. Além de uma dimensão afetiva entre profissionais e moradores, evidenciada nos relatos dos profissionais.

### **3. Dimensão sociocultural**

#### **As relações sociais e a reconstrução da vida**

O processo de desinstitucionalização exige preparação, empenho e escuta, por se tratar de uma mudança de paradigma e envolver o imaginário da população. Os participantes do estudo destacaram a história de Barbacena e a dimensão social e cultural da loucura: “Antes a gente via muito preconceito e a gente ainda vê, porque a nossa sociedade é muito preconceituosa isso aí faz parte, mas agora é menor [...]” P1.

Considerando o cuidado em liberdade, a vivência cotidiana com os usuários se expressa na identificação das demandas, escuta, incentivo a autonomia, protagonismo e emancipação, sendo as ações guiadas pelo PTS: “Entendo o PTS como um projeto de uma construção de vida. O sujeito é exposto ao mundo que ele não reconhecia mais, ele começa a reagir a esse mundo por meio do PTS que é vivo.” P8.

Nas entrevistas, um dos relatos frequentes entre os profissionais era relacionado aos danos imensuráveis causado pela cronicidade e seus impactos no cotidiano dessas pessoas, sendo um desafio “ensinar” e promover a autonomia: “A gente tinha morador que não sabia acender luz, que não sabia o que era um abacaxi fechado, as coisas mais bizarras que você puder imaginar no século que estamos vivendo.” P12.

Um dos avanços no processo é a compreensão da equipe sobre o direito ao morar, a liberdade de ir e vir e o respeito ao desejo de cada morador. Dessa forma, o SRT cumpre a função de uma casa que acolhe, apostando no projeto de vida singular, conforme relato de participantes: “definimos desde o começo que não trancaríamos a porta ou cozinha para que os moradores tivessem liberdade. A gente fazia muita roda de conversa e ali perguntava o que cada um gostava, que cada um sabia fazer para pensar no PTS.” P20.

Para viver fora dos hospitais psiquiátricos, o acesso à renda torna-se uma necessidade indiscutível. Estratégias e recursos destinados a essas pessoas, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e Programa de Volta para Casa (PVC), passaram a ser acessados pelos moradores dos SRT, podem ser compreendidos como uma forma de restituição do direito de morar e viver em liberdade. Estratégias e recursos cuja importância foi relatada pelos participantes: “O BPC e PVC são importantes para o processo. A gente vai à rua comprar com eles, nunca fazemos por eles. A reinserção começa a partir do exercício do poder de escolha, seja na compra de roupa ou na escolha do que quer comer.” P13.

Um estudo sobre os avanços, as possibilidades e os desafios do Programa de Volta para Casa para a desinstitucionalização concluiu que o programa é uma conquista social, pois possibilita o acesso à moradia e renda e também a uma rede de apoio que contribui com o habitar e o circular pela cidade, o estabelecimento de trocas, as contratualidades e o reconhecimento dos moradores como cidadãos (LIMA et. al. 2022; SILVA et al. 2022).

Outro dispositivo relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica é a economia solidária, no qual as oficinas de geração de renda e até mesmo as cooperativas possuem um papel importante de inclusão pelo trabalho (SANTOS et al. 2022).

Pode-se afirmar que o município de Barbacena avançou no PVC, mas não obteve êxito na criação de cooperativas de reinserção no trabalho. De acordo com relatos dos participantes, a inserção no mercado de trabalho ocorreu de maneira informal, por meio de conversas entre profissionais e donos de estabelecimentos na cidade: “A questão do trabalho não teve avanço, Barbacena não tem nenhum programa de inclusão. Como a gente conhecia pessoas da cidade, conversávamos pedindo emprego e assim alguns conseguiram.” P20.

### **A reinserção social**

A reinserção social é um processo singular, diverso e acontece no ritmo de cada morador, conforme descrito pelos participantes que inclusive questionam a expectativa relacionada a reinserção:

Alguns moradores tem um processo de reinserção violento. Agora tem avanços no território micro, os vizinhos conhecem eles, chamam para aniversário, as famílias convidam para as suas festas e isso também é um processo de reinserção. Porque assim... qual é a nossa expectativa com relação a reinserção? P12.

Estudo realizado em Barbacena avaliou a evolução dos moradores de SRT que foram desinstitucionalizados antes da saída do hospital e depois de 2 anos inseridos no SRT, comparando o comportamento social e a habilidade de vida independente. A conclusão é que houve melhorias significativas na vida dos moradores referente ao autocuidado, comunicação e interação social concluindo que o SRT estimula a autonomia e independência dos moradores, sendo importante para a reinserção social (VIDAL; GONTIJO; BANDEIRA, 2007).

Nesse ponto, é importante destacar o caso do publicitário Germano Eustáquio da Silva. Nascido na cidade de Barroso, foi egresso de longo período de internação em hospital psiquiátrico e morador do SRT que demonstrou claramente a potência do cuidado

no território e que diagnóstico não é destino. Já no SRT, manifestou sua vontade de estudar e cursou o Programa de Educação de Jovens e adultos (EJA). Posteriormente, prestou o ENEM e ingressou na faculdade de Publicidade e Propaganda da UNIPAC, sendo o primeiro morador de SRT a concluir curso superior no Brasil.

Germano faleceu em 2022 aos 69 anos e, em sua homenagem, a gestão municipal, reconhecendo a potência e a produção de vida a partir da reinserção social, publicou a Lei nº 5.226/2023, que denomina o Centro de Atenção Psicossocial do município de Germânio Eustáquio da Silva. Na época do seu falecimento, a equipe recebeu condolências de diversas pessoas da cidade, e de outros municípios que conheciam sua história, sendo explicitado em diversas entrevistas: “[...] a gente tem uma inserção bacana, e o Germano fez isso muito bem. Ele é um exemplo, porque ele fez o EJA, depois o Enem e depois ele queria e fez faculdade.” P12.

No âmbito da dimensão sociocultural é possível identificar que o SRT, de forma integrada com a rede, possibilitou a inserção dos moradores em ações de cunho comunitário e territoriais, tais como a participação em atividades de lazer, recreação, esporte e educação. Outro destaque apontado no campo cultural é a realização de evento no dia 18 de maio, dia da luta antimanicomial, compreendido como um marco grandioso que toma o formato de mobilização social em prol da pauta e envolve toda a comunidade.

### **Vulnerabilidade social e Pandemia: novos desafios apresentados**

A vulnerabilidade social tem gerado pedidos frequentes de “internação” no SRT, inclusive de outros estados, demandando ao município de Barbacena “vagas” no SRT. Isso tem se transformado em um grande impasse e desafio atual da RAPS. Tal prática evidencia a manutenção na sociedade da lógica da institucionalização, visto que o SRT não é um serviço direcionado a internação e há outras formas de cuidado.

Nota-se, inclusive um entendimento equivocado pelos operadores do direito, interpretando que o SRT seria um abrigo ou lugar para internar pessoas, desvirtuando completamente o propósito dessa política pública, contrariando o que preconiza a Lei nº 10.216/2001. De acordo com o relato de um participante: “Todos os dias a gente recebe pedidos de vagas no SRT todos os lugares, inclusive de outros estados, compreendendo esse serviço, como um lugar de internar pessoas.” P8.

O sistema de saúde mental funciona como um circuito, no qual há serviços que irão atender a demanda principalmente dos usuários crônicos. Porém, surgem novos

dilemas como os pacientes crônicos, jovens vulneráveis que não se reduzem as categorias diagnósticas e são internados com frequência (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Além dos novos dilemas, há também os desafios ocorridos nos últimos anos devido as mudanças no percurso da política nacional de saúde mental desencadeando retrocessos e impasses na gestão para o cuidar em liberdade (ALMEIDA, 2019; ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Outro ponto a ser destacado foi a pandemia da COVID-19 que acarretou impactos no SRT, na proposta da reinserção social. A circulação pela cidade teve que lidar com o distanciamento social e as novas rotinas sanitárias visando a preservação da vida (MELO et al. 2022). A literatura aponta que as pessoas com histórico de transtorno mental estavam mais suscetíveis aos efeitos do estresse naquele momento de angústias e medos (GOMES et. al. 2021).

Diante das vulnerabilidades e desafios apresentados, a pandemia da COVID-19 também foi um fator complicador para a rede de saúde mental do município. A emergência em saúde desencadeou uma reorganização das moradias e alteração do manejo com os cuidadores. Importante destacar que a maioria dos moradores são pessoas idosas, grupo vulnerável que precisava de atenção. Nesse período, a coordenação municipal de saúde mental optou por alugar um sítio e realizava revezamentos entre as casas com o intuito inicial de manter um local para possíveis quarentenas. Posteriormente, o local serviu como espaço de socialização por meio de uma estratégia que se mostrou efetiva para redução da ansiedade e do isolamento social: “Alugamos um sítio...a gente começou a levar todo mundo para o sítio. Eles nadavam, faziam caminhada para diluir também essa ansiedade que estava gerando o fato de estar fechado em casa.” P20.

A partir dos desafios e obstáculos que se apresentaram, a reorganização da vida foi necessária naquele momento extremamente delicado. A situação inesperada acabou por demandar não apenas a adaptação às novas circunstâncias, mas também teve como premissa a manutenção do direito fundamental de viver em liberdade, mesmo diante das limitações impostas naquele período.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de desinstitucionalização no município de Barbacena, em Minas Gerais, reveste-se de uma reinvenção cotidiana do cuidado, para a qual foi mobilizado um grande esforço de gestão, com a criação de estratégias conjuntas com os usuários, possibilitando novas experiências de vida para as pessoas com sofrimento mental não mais internadas, mas vivendo em diferentes territórios da cidade.

Trata-se de uma verdadeira transformação social, uma mudança de paradigma sobre as relações loucura e sociedade, que buscou promover a emancipação do sujeito e produção de vida. Pode-se afirmar que o SRT é um dos espaços fundamentais para a consolidação desse processo. Na desinstitucionalização em Barbacena, constata-se um entrelace das dimensões propostas por Paulo Amarante. O município obteve avanços em relação a construção técnico-assistencial, a partir da vivência cotidiana dos profissionais com os usuários em diferentes pontos da rede de atenção psicossocial. Promoveu também mudanças no campo sociocultural através de intervenções que transformaram o imaginário social sobre a loucura, bem como os estigmas de periculosidade, possibilitando que os moradores vivenciem o cotidiano na cidade.

Os desafios experimentados foram inúmeros, tais como a resistência de profissionais e instituições, familiares e, inicialmente, até da comunidade. Considerando o dinamismo e a complexidade do processo, novos desafios se apresentaram, com ênfase na formação incipiente dos profissionais em relação ao cuidado em saúde mental, na fragmentação do cuidado nos outros serviços da rede e no envelhecimento dos moradores que necessitam de um olhar diferenciado sobre essa fase da vida. Além disso, outros fatores impactam o pleno funcionamento desse sistema, a partir da realidade imposta pela pandemia, do aumento de novas demandas de abrigamento diante da vulnerabilidade social e da lógica manicomial que, de certa forma, ameaça o propósito do SRT.

Nos dias atuais, o processo de desinstitucionalização permanece em andamento, tendo em vista a necessidade de ampliar o quantitativo de SRT para o acolhimento dos 32 moradores que ainda vivem nos módulos do CHPB em Barbacena.

Os participantes do estudo apontaram avanços e desafios na esfera assistencial. Contudo, há desafios políticos e financeiros a serem superados. As mudanças no âmbito federal, especificamente a partir de 2016, como o fomento de programas de austeridade fiscal, severos cortes nas políticas sociais e de saúde, bem como mudanças na Política

Nacional de Saúde Mental, com enfoque nas internações e hospitais psiquiátricos trouxeram impactos negativos no campo da saúde mental.

No que tange ao financiamento, cabe salientar que os valores dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde ficaram estagnados por mais de 10 anos, apenas no ano de 2023 houve ampliação do repasse para custeio da RAPS. Além disso, o repasse do cofinanciamento estadual previstos na Política Estadual de Saúde Mental, Àlcool e outras drogas sofreu impacto devido ao decreto estadual de calamidade financeira nº 47.101/2016 de Minas Gerais que inviabilizou o repasse de recursos financeiros, o repasse foi retomado no ano de 2019, mas tal fato dificultou a continuidade do processo, fatos que foram pouco apontados pelos participantes.

Compreendemos que o conhecimento produzido pelo município de Barbacena na operacionalização desse processo poderá subsidiar tecnicamente outros estudos e inspirar eticamente novos territórios que ainda dispõem de moradores em hospitais psiquiátricos com vistas a implantar serviços substitutivos visando possibilitar a vivência do cuidado em liberdade.

## REFERÊNCIAS

ACEBAL, J. S. et al. O habitar na reabilitação psicossocial: análise entre dois Serviços Residenciais Terapêuticos. **Saúde debate**, v.44, n.127, p.1120-1133, 2020.  
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TxRGqQHQj5MwyrSkTf7y3Bs/?lang=pt>

ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad Saúde Pública**, v. 35, n.11, 2019.

ALVARENGA, L. T.; NOVAES, C. O. Estratégias na reforma psiquiátrica no município de Barbacena: a cooperação entre gestor público e o terceiro setor. **Hist. cienc. Saúde-Manguinhos**, v.14 n.2, 2007.  
<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/dnBdTPybJ7xp4g4yy5zsvSd/abstract/?lang=pt>

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômio. **Ciênc. Saúde colet.**v.23, n.6, 2018.  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvvtXt4JfLvDF/abstract/?lang=pt>

AMORIM, A. K. M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.1, p. 195-204, 2009.  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/KtNyxpK5fpNhG3K5mXHy89f/>

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração editorial, 2013.

AZEVEDO, K. R. N. **E aí as histórias ficam boas: narrativas sobre a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Barbacena/MG.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São João Del Rei, Minas Gerais, Brasil, 2015.

BARBACENA. **Projeto de Saúde Mental de Barbacena.** Documento apresentado no dia 25 de maio de 2005, reunião do Conselho Municipal de Saúde. Barbacena (documento não publicado), 2001.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.2, 2008. <https://www.scielo.br/j/csp/a/zMjfs3bPRTbfPS5djtYLS8F/?lang=pt>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem.** Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRAGA, C. P. A perspectiva da desinstitucionalização: chaves de leitura para compreensão de uma política nacional de saúde mental alinhada à reforma psiquiátrica. **Saúde Soc.** São Paulo, v.28, n.4, p.198-213, 2019. <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/pnKZnGdZWfWYm56pc8WcdVt/>

FASSHEBER, V. B. **O processo de reforma psiquiátrica no Município de Barbacena-MG no período 2000-2004: um estudo de caso acerca da cidade dos loucos.** Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil, 2009.

FERREIRA, T. P. S.; NORO, R. A. Formação em saúde mental pelas residências multiprofissionais: contexto de contrarreforma psiquiátrica e defesa da atenção psicossocial. **Saúde Soc.**v.32, 2023.

GOMES, N. M. R. et al. Work process in a mental health service during the Covid-19 pandemic: a qualitative study. **Online Braz J Nurs**, v.20, 2021.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Am Enfermagem**, v. 9 n.2, p. 48-55, 2001. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/9bCCVfxtqfHFthKrH4sZ8dn/abstract/?lang=pt>

JUNQUEIRA, A. M. G. et al. As assembleias como possibilidades de cuidado em saúde mental em um CAPS. **Revista do NESME**, v.12, n. 1, p. 31 – 40, 2015. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-24902015000100006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902015000100006)

KYRILLOS, F.; DUNKER, C. I. L. Depois do Holocausto: efeitos colaterais do Hospital Colônia em Barbacena. **Psicologia em Revista** v. 23 n. 3, 2017.

LIMA, H. P. et al. Avanços e desafios do Programa de Volta para Casa como estratégia de desinstitucionalização: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.27, n.1, p.89-100, 2022. <https://www.scielo.br/j/csc/a/DZ6xR9CtYN9gdk7qVTY4nkH/?lang=pt>

MELO, T. M. A. G. et al. O tempo não para: a desinstitucionalização em tempos de pandemia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.14, n.39, p. 26-40, 2022.

MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS/MG N° 4.019, de 17 de novembro de 2022**. Aprova o Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

MINAYO, M. C. S. **Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios.

**Cad Saúde Pública**; v.35, n.11, 2019.

<https://www.scielo.br/j/csp/a/LKMxbhKYbPHqP8snJjHwsLQ/>

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização: Uma outra via**. In: NICÁCIO, M. F. (Org) Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 2001.

SAMPAIO, M. L.; BISPO J. J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021.

<https://www.scielo.br/j/tes/a/9ZyYcsQnKDzhZdTdHRtQtP/>

SANTOS, C. et al. Economia solidária e saúde mental: relato de experiência de práticas virtuais. **Saúde debate**, v. 4, n.6, p. 251-260, 2022.

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/y4MYVYyHpdBQMXZMFf8rKZD/>

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Instituto Franco Basaglia, Rio de Janeiro, 2001.

SCAFUTO, J. C. B.; SARACENO, B.; DELGADO, P. G. G. (2017). Formação e educação permanente em saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização (2003-2015). **Com. Ciências Saúde**. v. 28, n.3/4, p. 350-358, 2017.

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs\\_artigos/v38\\_3\\_formacao%20educacao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/v38_3_formacao%20educacao.pdf)

SILVA, et al. Modos de autonomia em Serviços Residenciais Terapêuticos e sua relação com estratégias de desinstitucionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n.1, p.101-110, 2022. <https://www.scielo.br/j/csc/a/kKy7RrYV3ncSPnwK9KfggJS/>

SUIYAMA, R. C. B.; ROLIM, M. A.; COLVERO, L. A. Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos. **Saúde Soc**. São Paulo, 16 v.3, p. 102-110, 2007.

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/JspZ7bVdvGYFKQHjRgnDXLr/>

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências Saúde: Manguinhos**, v. 9, n.1, p.25-59, 2002.

<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xN8J7DSt9tf7KMMP9Mj7XCQ/>

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; BANDEIRA, M. B. Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados. **Rev Psiquiatr RS**. v.29, n.3, p. 294-304, 2007.  
<https://www.scielo.br/j/rprs/a/tV3Cnr6nBZnzz3qnW3gBtzn/?lang=pt>