

## **PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE PRUDENTE**

Mariana A.F.B FONSECA<sup>1</sup>  
José Artur T. GONÇALVES<sup>2</sup>

**RESUMO:** Esse artigo propõe analisar o surgimento das Residências Terapêuticas no Brasil, que nasce com a necessidade de oferecer aos indivíduos com transtornos mentais e que passam por um período prolongado de suas vidas internadas em hospitais psiquiátricos, uma atenção integral, visando a reintegração desses indivíduos à sociedade novamente. Na primeira parte, será abordada a história da loucura no mundo e o surgimento dos movimentos de Reforma Psiquiátrica no Brasil e em seguida a abordagem será referente à implantação dessa rede de proteção aos egressos de hospitais psiquiátricos e de custódia de longa permanência. Por fim, a realidade das Residências Terapêuticas no município de Presidente Prudente.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Residência Terapêutica. Desinstitucionalização. Integração Social.

### **INTRODUÇÃO**

A presente pesquisa é resultado dos estudos realizados no grupo Cidadania e desigualdade: expressões contemporâneas, de Iniciação Científica do Centro Universitário Antônio Eufrásio de Toledo de Presidente Prudente/São Paulo.

O objetivo do trabalho é desenvolver uma discussão quanto às práticas dirigidas aos doentes mentais no sistema de saúde brasileiro após o processo de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência. Dessa forma, destacando o Serviço Residencial Terapêutico, também conhecido como Residência Terapêutica, que integra a Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde e defende a integração dessas pessoas que durante grande parte de suas vidas

---

<sup>1</sup> Discente do 4º ano do curso de Serviço Social do Centro Universitário “Antônio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente. e-mail mari\_pvh@hotmail.com, Bolsista do Programa de Iniciação Científica Grupo Cidadania e desigualdade: expressões contemporâneas.

<sup>2</sup> Docente do curso de Serviço Social do Centro Universitário “Antônio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente. Mestre e Doutor em História pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, coordenador do grupo de pesquisa “Cidadania e desigualdade: expressões contemporâneas”, Orientador do trabalho.

estiveram internadas em hospitais psiquiátricos e afastadas do convívio social. Essa forma de moradia alternativa busca assegurar o bem-estar e estimular o exercício de seus direitos civis, políticos e de cidadania novamente.

Além da introdução, o trabalho está estruturado em três itens. A primeira parte está relacionada com a história da loucura, como era tratada nas diferentes épocas tanto no Brasil como no mundo. E as formas encontradas pelo Brasil para lutar contra o sistema manicomial que se apresentava na época e realizar a Reforma Psiquiátrica no país

Em um segundo momento, apresenta-se a Residência Terapêutica, um modelo substitutivo de moradia às pessoas que não contam com suporte social ou familiar que foi a forma encontrada para contribuir com a inserção dos indivíduos com transtornos mentais que viviam reclusos do mundo e da sociedade.

E por fim, um recorte sobre as Residências Terapêuticas na cidade de Presidente Prudente e região. Apresentando as alterações necessárias para que se tornasse possível à implantação das Residências Terapêutica na região.

A metodologia utilizada para a construção do trabalho será por meio de pesquisa bibliográfica e documental.

## **. 2 HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL**

A saúde mental está presente na sociedade há séculos e sempre esteve no imaginário popular. O louco e a loucura já foram motivos de deboche e sarcasmo a possuído pelo demônio, e inclusive marginalizado por estar fora dos preceitos morais da época.

Durante a Renascença, os doentes mentais eram segregados por muros das cidades europeias e expulsos das cidades e eram transportados em barcos para lugares distantes. Foucault (2008) entende que essa ausência dos loucos visava dar segurança à sociedade e evitava a circulação dos loucos pelas ruas da cidade. Esse ato demonstrava que havia uma inquietude relacionada à loucura durante esse período.

A partir da Idade Média, os loucos são reclusos em hospitais e asilos, que também abrigavam mendigos, inválidos e portadores de doenças venéreas.

Dentro dessas instituições, aqueles considerados mais violentos viviam acorrentados enquanto a outros eram permitidos à saída da instituição para mendigar.

Surgiu no século XVIII, Phillippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, e estabelece um tratamento diferente aos loucos que são libertados das correntes e transferidos aos manicômios, destinados exclusivamente às pessoas doentes mentais.

Os tratamentos e experiências desenvolvidos por Pinel fundamentam-se na reeducação desses sujeitos, no respeito às normas e na dissuasão das condutas inconvenientes. Médicos e instituições devem exercer a função disciplinadora com firmeza, contudo de forma gentil. Segundo Pinel:

“A função disciplinadora do manicômio e do médico deve ser exercida como um perfeito equilíbrio entre firmeza e gentileza. Mais ainda, a permanência demorada do médico em contato com os doentes melhora seu conhecimento sobre os sintomas e sobre a evolução da loucura”

Porém, com o passar do tempo, esse tratamento foi se modificando e perdendo as características das ideias iniciais, permanecendo apenas a função disciplinadora. No século seguinte, o cuidado com o doente mental incluía medidas físicas e higiênicas como banhos frios, máquinas giratórias, chicotadas e sangrias.

Criado a partir do Decreto nº 82, de 1941, foi criado o primeiro hospício no Brasil, chamado de Hospício Dom Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro, na qual se dedicava ao tratamento dos alienados no país, até então, essas pessoas não gozavam de qualquer tipo de proteção ou assistência governamental e lhes restavam perambular pelas ruas livremente ou eram trancafiados nas Santas Casas de Misericórdia. (VELLOSO; FONSECA)

O Hospício Dom Pedro II foi inaugurado em 1852 e assim como os hospitais europeus, em nada colaboraram para a melhora de seus internos, pois não haviam opções para a saída desses internos.

Em 1912 a Psiquiatria torna-se uma especialidade autônoma e promulga-se a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados, e cresce a quantidade de instituições destinadas aos doentes mentais, e nos permite observar que há uma preocupação com a criação de lugares de poder disciplinares através de hospitais ou clínicas especializadas (CAPONI, 2009, p.96).

O avanço das teorias organicistas contribuiu para que doença considerada como doença moral fosse considerada também como uma doença orgânica. Entretanto, o tratamento empregado era o mesmo pelos adeptos da doença moral, dessa maneira, ainda que a compreensão sobre a loucura fosse outra, o tratamento dado ao louco se mantém o mesmo.

Foi a partir da segunda metade do século XX, impulsionado por um psiquiatra italiano Franco Basaglia, que propõe uma reformulação no tratamento e das instituições psiquiátricas. O médico defende que o tratamento manicomial seja substituído por atendimentos terapêuticos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a iniciativa e a torna referência mundial na assistência em saúde mental. A reformulação inicia-se na Itália e depois se propaga em todo o mundo, inclusive no Brasil.

## **2.2 Luta Antimanicomial Brasileira**

Nessa perspectiva, inicia-se o movimento da Luta Antimanicomial no Brasil, no final da década de 1970, momento de efervescência social e política contra a ditadura militar. Essa luta se iniciou a partir da mobilização de profissionais da saúde mental, que denunciavam condições precárias de trabalho e de familiares de pacientes, que denunciavam a prática de abusos dentro dos hospitais psiquiátricos.

Em 1978, a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINASAM) enfrentou uma crise e como resultado, 260 trabalhadores da saúde mental foram demitidos por denunciarem as más condições dos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro. Ainda durante esse período, ocorreu a greve dos metalúrgicos do ABC, que culminou na promulgação da Lei 1632/78, na qual o governo militar proíbe greves em setores considerados essenciais (AMARANTE, 2015, p.16).

Ainda durante o ano de 1978, surgiu um dos mais importantes protagonistas na luta antimanicomial no país: o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que estabeleceu uma agenda para o setor para ser seguida ao longo dos anos, chamada de “Reforma Psiquiátrica”, inserindo a estratégia de

democratização e desinstitucionalização no campo das políticas públicas em saúde mental (AMARANTE, 2015, p.17/18).

Franco Basaglia serviu de influência para o MTSM, que em passagem pelo Brasil em 1979, conheceu três hospitais: em São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro. Durante sua visita ao Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, Basaglia, se deparou com condições precárias e desumanas em que se encontravam os internos causando grande impacto, e de tão horrorizado, comparou o manicômio a um “campo de concentração nazista” (SOCIEDADE MINEIRA DE PSICOLOGIA, 1982 APUD OLIVEIRA, 2011).

O Ministério da Saúde cede à pressão social e edita diversas portarias para criar oficialmente, dentro da estrutura do Sistema Único de Saúde, serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos, como centros e núcleos de atenção psicossocial (CAPS) e hospitais-dias (PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO. NOTA TÉCNICA N° 5/2019/PFDC/MPF).

A partir de então, os transtornos mentais que eram objetos apenas de estudos técnicos, ganharam visibilidade na imprensa que exibia constantemente as péssimas condições dos hospitais psiquiátricos e as violações aos direitos humanos sofridas pelos pacientes, que muitas vezes permaneciam acorrentados, enjaulados e submetidos a maus tratos e choques. Dessa forma, os transtornos mentais ganham um prestígio político (PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO. NOTA TÉCNICA N° 5/2019/PFDC/MPF).

Em 1987, contra ao Ministério da Saúde, que era contrário às ideias de reformulação da política de saúde mental, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental.

A principal experiência brasileira de desinstitucionalização aconteceu em Santos, interior de São Paulo em 1989. A Casa de Saúde Anchieta, também conhecida como “Casa dos Horrores”, era um local de internação de pacientes mentais, que além da superlotação também praticava maus tratos como tratamento de choque, humilhações e torturas. A gestão municipal decretou a intervenção e tomou para si a responsabilidade de romper com a lógica manicomial e preservar os direitos humanos dos pacientes (KINOSHITA, 2009).

A intervenção é considerada o marco inicial da reforma psiquiátrica brasileira e após a abertura das celas, foram convocados todos os pacientes para assembleias para discutir e estabelecer coletivamente normas de convivência, com

objetivo de criar um ambiente de cooperação e responsabilidade (KINOSHITA, 2009). Nessa conjuntura, foi apresentado o Projeto de Lei nº 3.657/1989, conhecido como “Lei Antimanicomial”, que decretava a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais (CONGRESSO NACIONAL, 1989).

Quanto no âmbito internacional, em 1990 a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), divulgaram um documento chamado de A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental, que ficou conhecida como Declaração de Caracas, na qual o Brasil torna-se signatário. (OPAS, 1990)

A Declaração, de Caracas propõe a reformulação da assistência à psiquiatria e declara que “a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação dos serviços” (OMS, 1990), entendendo que a atenção psiquiátrica convencional não é capaz de permitir que sejam alcançados os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva (OPAS, 1990).

Seguindo os princípios da Declaração de Caracas, em 1992 é realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, cujo lema era “uma sociedade sem manicômios”. A Conferência se torna um movimento social, que além de contar com a participação de profissionais da saúde, familiares e pacientes e agora também conta com ativistas de direitos humanos, conselhos de saúde e entidades da sociedade civil brasileira. (AMARANTE; NUNES, 2018)

Em 2001, foram realizadas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde Mental em preparação para a III Conferência Nacional de Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). No mesmo ano também foi sancionada a Lei nº 10.216, conhecida como a Lei de Reforma Psiquiátrica, que estabelece sobre a proteção e o respeito à dignidade da pessoa humana das pessoas com transtornos mentais. O parágrafo único do Art. 2º da Lei dispõe que:

- I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

- IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

A Lei nº 10.216/01 dá origem a Política de Saúde Mental e impulsiona e estabelece um novo ritmo ao processo de Reforma Psiquiátrica no país. A Política visava à garantia de cuidados aos pacientes institucionalizados através da substituição dos hospitais psiquiátricos e a superação da lógica das internações de longa permanência, devendo os pacientes ser objeto de “alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário” (art. 5º).

Para a materialização desses avanços, a Lei nº 10.708/2003, cria o “Programa de Volta para Casa”, que regulamenta o auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes egressos de longas internações.

A finalidade deste programa é de colaborar com o processo de reinserção social desses pacientes, promovendo a organização de uma vasta e diversa rede de recursos assistenciais que facilitem o convívio na sociedade, assegurando o bem-estar e estimulando o exercício de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) afirma a Reforma Psiquiátrica como política de governo e reafirma a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, que deverá garanti-lo nas três esferas de governo, devendo as políticas de saúde mental seguir os princípios do SUS de equidade, atenção integral, participação e controle social, acesso universal e gratuito.

Dessa maneira, é dever dos municípios, seguindo as diretrizes do SUS e da nova política de saúde mental, que seja implementada uma rede de serviços alternativos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrado à rede de saúde para realização de ações protetivas, preventivas e de promoção e recuperação em saúde mental.

Para a consolidação da Reforma Psiquiátrica os CAPS eram peças fundamentais, bem como na construção de uma política de saúde mental para pessoas usuárias de drogas e álcool e outras drogas, no campo do SUS.

Os CAPS são serviços municipais de saúde, de caráter aberto e comunitário e territorial, composto por equipe multiprofissional e que oferecem atendimento interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, sejam em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e substituem o modelo asilar (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Foi publicada em dezembro de 2011 a Portaria nº 3.090, na qual reafirma a necessidade que seja implementada uma maior quantidade de residências terapêuticas como relevante estratégia para o processo de desinstitucionalização e reinserção social das pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

### **3 RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS**

O Sistema Único de Saúde aliado aos programas De Volta para Casa Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos e o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), mais conhecido como Residência Terapêutica, que fazem parte da Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, procuram consolidar um modelo de atenção à saúde mental capaz de reinserir socialmente à comunidade e reparar os direitos sociais das pessoas com transtornos mentais e que foram institucionalizadas ao longo da vida.

“A Residência Terapêutica se constitui como dispositivo no processo de desinstitucionalização das pessoas acometidas de transtorno mental, com o intuito de promover a construção da sua inserção na comunidade. As residências se constituem como espaços de habitação e de reconstrução de laços sociais e afetivos para as pessoas que se encontravam confinadas nos hospitais psiquiátricos. No ambiente residencial não são mais considerados pacientes e sim moradores” (CAVALCANTI, 2005, p. 32).



As Residências Terapêuticas foram criadas pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria 106/2000, que estabelece características físicas e funcionais do serviço, recursos financeiros, equipe profissional responsável e princípios e diretrizes do Projeto Terapêutico que deverá ser desenvolvido (BRASIL, 2004).

As Residências Terapêuticas (RT) se constituem como uma forma substitutiva de moradia às pessoas que não contam com suporte social ou familiar e por um período prolongado de suas vidas estavam internadas em hospitais psiquiátricos e de custódia e, por essa razão foram privadas do convívio social e do seu direito de ir e vir.

As RTs são residências inseridas na comunidade e ainda que seja um equipamento da saúde vai além da garantia de direito à moradia das pessoas institucionalizadas, deve auxiliar o morador durante o processo de reintegração à sociedade. O direito à moradia e à livre circulação em espaços públicos são, efetivamente, os mais fundamentais direitos que se reestabelecem com a implantação das RTs nas cidades.

As RTs também são destinadas a moradores de rua que sofrem de transtornos mentais, pessoas que durante um longo período estiveram internadas em instituições penais e manicômios judiciários e pessoas acompanhadas pelos CAPS, mas que por algum motivo sofrem com a questão da moradia.

Uma Residência Terapêutica pode variar Tipo I de quatro a oito moradores, Tipo II de quatro a 10 moradores que contará com um suporte profissional que varia de acordo com as demandas de cada casa. Por se tratar de uma residência, deverão ser respeitados os gostos, as necessidades, hábitos e dinâmica de seus moradores.

O cuidador é escolhido para auxiliar e estimular os moradores nas tarefas, dificuldades e conflitos do dia a dia de uma residência e no auxílio para que os moradores voltem a circular pela cidade, introduzindo seu processo de autonomia e conseqüente inclusão social do morador.

De acordo com a Portaria 175/2001, que altera o art. 7º da Portaria 106/2000, cada Residência Terapêutica deve estar referenciada aos serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, como os CAPS e operar com uma equipe mínima encarregada pelo acompanhamento dos moradores, formada por um médico e dois profissionais com formação em ensino médio e capacitação ou experiência em reabilitação psicossocial (BRASIL, 2001).

É importante que na equipe CAPS, composta por diversos profissionais também contem com a participação dos assistentes sociais, que segundo Bisneto (2007, p. 37):

Esses serviços necessitam da participação do Serviço Social em proporção maior do que na internação [...] o Movimento de Reforma Psiquiátrica vem trazer uma abertura muito grande para a atuação do Serviço Social em saúde mental devido a formação social e política dos assistentes sociais.

É possível afirmar que nas RTs residam moradores e não mais pacientes e a atuação de cada equipe varia conforme as características de cada indivíduo dependendo dos diferentes níveis de desenvolvimento físico, afetivo, social e cognitivo de cada morador. Ou seja, algumas RTs podem necessitar de uma assistência intensiva enquanto outras não haverá a mesma necessidade.

Scarcelli (2002), afirma que será de responsabilidade dessa equipe, desenvolver um projeto terapêutico que tenha como finalidade a promoção e a construção da autonomia dos moradores, fundamentais à realização de atividades rotineiras, integrando-o à comunidade.

A implantação das RTs é recente no país e vem ganhando força nos municípios, obrigando que os gestores do SUS mantenham uma permanente e produtiva articulação envolvendo a comunidade, a vizinhança e todo território.

Os SRTs constituem-se em modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada. Isso implica que a cada transferência de paciente do hospital psiquiátrico para o SRT haja redução de igual número de leitos no hospital de origem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

É essencial que seja um processo consciente de trabalho terapêutico com as pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos, respeitando cada caso e de acordo com o ritmo de cada um. Sendo assim, a ampliação desse serviço, ainda que permanente possua um ritmo próprio associado tanto a implantação de novas casas e processo de desativação de leitos nos hospitais psiquiátricos.

Na década de 1970 existiam 80 mil leitos psiquiátricos e em 2014 eram 25.988, ou seja, uma redução de 67,51% no número de leitos psiquiátricos no Brasil. Em 2002, os gastos com hospitais eram de 75,24% e em 2013 foram para 20,61%, uma diminuição de 54,63%. Quanto aos gastos com atenção psicossocial, houve um

aumento também de 54,63%, passando de 24,76% para 79,39%, durante o mesmo período (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

### **3.1 Os tipos de Residências Terapêuticas**

Conforme as Diretrizes de Funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos, estabelecidos pela Portaria nº 3.090 de 23 de dezembro de 2011, cada casa deverá ser organizada de acordo com as necessidades e características de seus moradores, por isso, deverá existir vários tipos de moradias e de moradores. Há dois principais modelos de Residências Terapêuticas: o SRT I e STR II.

O SRT I dá ênfase na inserção dos indivíduos na rede social existente (lazer, trabalho, educação etc.). Geralmente está vinculado aos Agentes Comunitários de Saúde do PSF e as estratégias desenvolvidas para que consigam moradias definitivas na comunidade, devendo observar os projetos terapêuticos de cada morador. Esse modelo de residência é o mais comum e necessita apenas do auxílio de um cuidador. Esse modelo deverá acolher no máximo 08 (oito) moradores, não podendo exceder esse número. Tem como foco a reabilitação psicossocial e a inserção dos moradores na sociedade, por meio do trabalho, lazer, educação, entre outros.

Enquanto o SRT II é específico para pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, é considerada uma moradia que proporciona cuidados substitutivos àquelas que se encontravam institucionalizadas por longo período. A STR II foca nas pessoas que demandam cuidados intensivos e monitoramento técnico diário. Esse modelo deverá acolher no máximo 10 (dez) moradores, e assim como o modelo de SRT I, também não pode exceder seu número.

Para os SRT II, além do auxílio de um cuidador também deverá contar com um profissional técnico de enfermagem diariamente.

Ainda conforme a mesma Portaria, o incentivo financeiro para implantação dos dois modelos de SRT é no valor mensal de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), observadas as diretrizes da Portaria nº 106/GM/MS de 2000 e para habilitação os valores variam de acordo com o número de moradores.

#### 4 RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE PRUDENTE

O município de Presidente Prudente está localizado no interior do estado de São Paulo, e está a cerca de 590 quilômetros da capital. Possui 560,637 km<sup>2</sup> de extensão e até o ano de 2018, a população estimada era de 227.072, segundo IBGE.

No âmbito da saúde, o estado de São Paulo está dividido em Departamentos Regionais de Saúde (DRS), essas divisões administrativas foram criadas pelo Decreto DOE nº 51,433, de 28 de dezembro de 2006. Esse Decreto divide o Estado em 17 Departamentos de Saúde, e entre suas atribuições estão de coordenar as atividades da Secretaria da Saúde (SES/SP) e na esfera regional e de articulação intersetorial entre os municípios e sociedade. (DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE).

Segundo o IBGE (2017), no âmbito do DRS Presidente Prudente, estão inseridos 45 municípios divididos em 05 Comissões Intergestores de Região de Saúde (CIR):

- Região de Saúde da Alta Sorocabana composta por 19 municípios e população estimada de 408.674 habitantes.

- Região de Saúde da Alta Paulista composta por 12 municípios e população estimada de 134.594 habitantes.

- Região de Saúde do Alto Capivari composta por 05 municípios e população estimada de 59.334 habitantes.

- Região de Saúde do Extremo Oeste Paulista composta por 05 municípios e população estimada de 98.440 habitantes.

- Região de Saúde do Pontal do Paranapanema composta por 04 municípios e população estimada de 68.398 habitantes.

Segundo o Censo Psicossocial, até o ano de 2008, a DRS XI Presidente Prudente possuía 04 hospitais psiquiátricos:

NOME DO HOSPITAL	MUNICÍPIO	GESTÃO	NATUREZA	NÚMERO DE MORADORES	LEITOS SUS EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS
Hospital Santa Maria de Pirapozinho	Pirapozinho	Estadual	Privada	49	59

Hospital São João de Presidente Prudente	Presidente Prudente	Estadual	Privada	88	180
Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes	Presidente Prudente	Estadual	Filantrópica	116	225
Clínica Psico Físico Social Allan Kardec	Presidente Prudente	Estadual	Filantrópica	-	60
<b>TOTAL</b>				<b>253</b>	<b>524</b>

Fonte: Censo 2008

Desses 45 municípios, apenas 02 (dois) contavam com hospitais psiquiátricos: 03 (três) em Presidente Prudente e 01 (um) em Pirapozinho. Ambos contavam com a gestão estadual e 02 (dois) possuíam natureza filantrópica e 02 (dois) natureza privada.

Em 2014, foi realizado um novo Censo Psicossocial e apesar dos hospitais psiquiátricos ainda serem os mesmos do Censo de 2008, houve uma redução no número de moradores. No ano de 2008 havia 253 moradores enquanto no ano de 2014 o número de moradores internados era de 187, ou seja, uma redução de 26,1%.

Conforme o Censo Psicossocial realizado em 2014, à época, a região do DRS XI era composta por uma população de aproximadamente 729.340 (setecentos e vinte nove mil trezentos e quarenta) habitantes distribuídos em 45 (quarenta e cinco) municípios.

O número de moradores nos hospitais psiquiátricos variava de 49 (quarenta e nove) a 116 (cento e dezesseis) por instituição, que totalizava 253 (duzentos e cinquenta e três) moradores. Dentre esses moradores, a maior parte, 126 (cento e vinte e seis) pessoas não são nascidas em nenhum dos 45 municípios, mas tiveram a região como última moradia, contra 219 nascidos em algum município da região.

E apesar de possuir uma rede de atenção psicossocial, com a presença de CAPS, a região de Presidente Prudente ainda não possuía nenhuma Residência Terapêutica, que foram implantadas em 1997 nas regiões de Sorocaba e Ribeirão Preto, porém foi somente nesta última que o crescimento foi constante e gradual (Censo 2014).

O processo de Desinstitucionalização dos pacientes dos hospitais psiquiátricos do DRS XI Presidente Prudente, se iniciou a partir da Ação Civil Pública movida pelo Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual e Defensoria Pública, por meio da Ação Civil Pública nº 0008750-12.2013.403.6112, de dezembro de 2013, que determina que tanto o Estado de São Paulo, quanto o município de Presidente Prudente, respeitando o prazo máximo de até 06 (seis) meses a partir do início do ano de 2014, dessem início ao processo de desinternação dos pacientes residentes de hospitais psiquiátricos, tornando facultativo apenas os casos considerados graves e que não fosse possível a desinternação e realocação para outros estabelecimentos hospitalares da região.

Para que a implantação das RTs se tornassem possíveis, na mesma Ação Pública, obrigava Estado e município a apresentar projetos e encaminhamentos necessários para o credenciamento.

No município de Pirapozinho, com o fechamento do Hospital Santa Maria no ano de 2014, em janeiro de 2015, foram implantadas as primeiras RTs na região, Orquídea e Primavera, como são chamadas as residências, contam com 10 (dez) moradoras em cada.

Em 1º de dezembro de 2015 foram implantadas as primeiras (04 unidades) Residência Terapêutica de Presidente Prudente, a 1ª RT está situada à Rua Manoel de Jesus Rodrigues, 247, no Residencial Universitário. O objetivo era atender 10 mulheres residentes de hospitais psiquiátricos da cidade e que não possuíam mais vínculos familiares que possibilitassem o retorno às famílias de origem, egressas do Hospital São João fechado em 2015 e Santa Maria de Pirapozinho fechado em 2014, sob supervisão de 02 cuidadores durante as 24 horas do dia.

Para a implantação das Residências Terapêuticas e consequente diminuição dos leitos psiquiátricos, foram fechados dois hospitais de Presidente Prudente.

Em 28 de dezembro de 2015, o Hospital Psiquiátrico São João, que atendia 40 pacientes, foi o primeiro em Presidente Prudente a encerrar suas atividades. E os 40 pacientes foram encaminhados ao Bezerra de Menezes, conforme determinação judicial, revogada judicialmente em seguida e encaminhados às residências.

E após um ano, em dezembro de 2016 foi a vez de o Hospital psiquiátrico Allan Kardek encerrar suas atividades. O hospital não possuía moradores, mas acolheu alguns moradores vindos do Hospital Santa Maria até a implantação das RTs, o hospital atendia cerca de 58 pacientes e atuava no município há 55 anos.

Já no ano de 2019, estão em pleno funcionamento 09 (nove) Residências Terapêuticas na região do DRS XI, sendo 06 em Presidente Prudente; 02 no município de Pirapozinho, e 01 em Tarabai.

Em Presidente Prudente, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) conta com CAPS ad III (Centro de atenção Psicossocial álcool, drogas e tabaco); CAPS I Infantojuvenil; CAPS II Maracanã – Transtorno; CAPS III Ana Jacinta – Transtorno; UAA (Unidade de Acolhimento Adulto); UAI (Unidade de Acolhimento Infantojuvenil) e 06 (seis) SRT (Serviço Residência Terapêutica).

As 06 (seis) RTs instaladas no município são SRT II, ou seja, são moradores com um alto grau de dependência para a execução das atividades diárias e necessitam de cuidados intensivos e permanentes. E acolhem 60 (sessenta) moradores. As RTs são administradas pelo Conselho Intermunicipal do Oeste Paulista (CIOP) e funcionam durante as 24 horas do dia.

- Residência Terapêutica tipo II – RT 1 - feminina – localizada à rua Manoel de Jesus Rodrigues nº 247- Jardim Universitário
- Residência Terapêutica tipo II – RT 2 - masculina – localizada à rua Estevan Rota, nº106 – Jardim Vale do Sol
- Residência Terapêutica tipo II – RT 3 - feminina – localizada à rua José Maldonato Vicente, nº 71- Residencial Jardim Cambuy
- Residência Terapêutica tipo II – RT 4 - masculina – localizada à rua Archimedes Sanches, nº 220 – Vila Tabajara
- Residência Terapêutica tipo II – RT 5 - mista – localizada à rua Manoel de Jesus Rodrigues, nº 271 - Jardim Universitário
- Residência Terapêutica tipo II – RT 6 - masculina – localizada à rua Maria Fernanda, nº 217 – Jardim Alto Boa Vista

A implantação das RTS no município ainda é considerada recente, principalmente quando comparada ao tratamento dado aos indivíduos com transtornos mentais. Dessa forma, ainda percebe-se que está em um processo de

adaptação, tanto quanto cumprimento de leis e portarias, equipe multidisciplinar como também perante a sociedade.

## **5 CONCLUSÃO**

Respaldado no conceito de loucura e da Reforma Psiquiátrica, nota-se na relevância do debate acerca do tema para toda a sociedade. Apesar da Reforma Psiquiátrica ocorrida no país, trazendo transformações em vários aspectos, ainda é possível identificar uma dificuldade na concepção de saúde mental.

Conforme foi demonstrado no trabalho, é relevante enfatizar a importância da Residência Terapêutica que faz parte da reestruturação do processo de Reforma Psiquiátrica no país, forma moradia substitutiva de moradia às pessoas que não contam com suporte social ou familiar e por um período prolongado de suas vidas estavam internadas em hospitais psiquiátricos e de custódia. É um serviço que acolhe de forma humanizada o indivíduo com transtorno mental, respeitando seus direitos como cidadão e possibilita que esse indivíduo possa viver em comunidade, dessa forma, contribui com uma melhor qualidade de vida a essas pessoas egressas de hospitais psiquiátricos.

A Política de Saúde Mental indica um complexo processo de desinstitucionalização, visto que implica na criação de novas formas de saúde mental. O papel das Residências Terapêuticas vai além do cumprimento de leis e portarias do Governo Federal, é um determinante equipamento da saúde que vai além da garantia de direito à moradia das pessoas institucionalizadas, sendo fundamental no auxílio do morador durante o processo de reintegração à sociedade.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

AMARANTE, Paulo. **Teoria e Crítica em Saúde Mental**. 1ª ed. São Paulo: Zagadoni Editora. 2015. p. 16.



AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.2067-2074. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>>. Acesso em 02 de ago de 2019.

BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em <[www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)>. Acesso em 22 de ago de 2019.

Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: **censo psicossocial 2014**. organizadoras Alina Zoqui de Freitas Cayres ... [et al.]; autores Alina Zoqui de Freitas Cayres... [et al.]. São Paulo : FUNDAP : Secretaria da Saúde, 2015. 147p.

CAPONI, S. **Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico**. Ciência & Saúde Coletiva, v.14, n.1, 2009, p.95-103.

CENTRO UNIVERSITÁRIO “ANTONIO EUFRÁSIO DE TOLEDO” de Presidente Prudente. Normalização de apresentação de monografias e trabalhos de conclusão de curso. 2007 – Presidente Prudente, 2007, 110p.

Congresso Nacional 1989. Projeto de lei no 3.675/89, de 27 de setembro de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e dá outras providências.

Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil], Brasília (DF), 27 set. 1989.

DECLARAÇÃO DE CARACAS. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde, 1990.

Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo / Sônia Barros, Regina Bichaff (orgs.); autoras Ana Luisa Aranha e Silva .[et al.]. São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2008. 170p.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva. 2008.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. **Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois**. Cad. Bras. SaúdeMental, Vol 1, no1, jan-abr. 2009. Disponível em: <(http://stat.intraducoes.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/1017/1144)> Acesso em: 05 de ago 2019.

Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos Do Cidadão. NOTA TÉCNICA N° 5/2019/PFDC/MPF, de 22 de março de 2019.

**Residências terapêuticas: o que são, para que servem** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SCARCELLI, I.R. **Entre o hospício e a cidade: exclusão/inclusão social no campo da saúde mental**. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2002.

VELLOSO, Verônica Pimenta; FONSECA, Maria Rachel Fróes. **HOSPÍCIO DE PEDRO II**. Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz – Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br> Acesso em 10 de ago de 2019.