

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE DIREITO  
DEPARTAMENTO DE DIREITO PÚBLICO E FILOSOFIA DO DIREITO

Letícia Ramos de Sousa

**LEI ANTIMANICOMIAL E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA PERSPECTIVA DOS  
RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS**

Porto Alegre

2018

LETÍCIA RAMOS DE SOUSA

**LEI ANTIMANICOMIAL E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA PERSPECTIVA DOS  
RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS**

Monografia apresentada ao Departamento de Direito Público e Filosofia do Direito da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais.

Orientador: Prof. Lucas Pizzolatto Konzen

Porto Alegre

2018

LETÍCIA RAMOS DE SOUSA

**A LEI ANTIMANICOMIAL E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA PERSPECTIVA  
DOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS**

Monografia apresentada ao Departamento de Direito Público e de Filosofia do Direito da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais.

Aprovada em 11 de dezembro de 2018

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Professor Doutor Lucas Pizzolatto Konzen  
Orientador

---

Professora Doutora Vanessa Chiari Gonçalves

---

Professora Doutora Juliane Sant'Ana Bento

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, agradeço ao meu orientador Lucas P. Konzen, que acreditou na importância deste tema, e na minha intenção sincera em trazer essas questões aos debates da Academia de Direito. Devo a ele não só este trabalho, mas a motivação para pensar o mundo à nossa volta e buscar transformar a realidade através da nossa profissão.

Agradeço também aos meus pais, que me ensinaram a ter empatia e olhar crítico, e que, silenciosamente, me deram suporte para todas minhas conquistas.

Agradeço à minha irmã, que se fez presente e interessada em todos os meus processos mais difíceis, pessoais, acadêmicos e profissionais, contribuindo sempre com pequenos e grandes gestos de amor.

Agradeço à Promotoria de Direitos Humanos, que direcionou o meu olhar às pessoas que, neste trabalho, busco dar voz. Foi nesse momento que pude me encontrar com o curso de direito e me sentir parte de algo maior. Através dessa experiência e do contato com essas pessoas que descobri ainda mais forte minha vontade de participar do mundo jurídico a fim de continuar falando por aqueles que mais precisam e, por algum motivo, não podem fazê-lo

Por fim, agradeço aos meus amigos. Os que estavam perto, e aqueles espalhados pelo mundo, mas todos sempre presentes como parte de mim e de tudo que faço.

## RESUMO

O presente trabalho tem como finalidade verificar se o Serviço Residencial Terapêutico apresenta-se como uma ferramenta útil no processo de desinstitucionalização do portador de transtornos mentais, preconizado pela Lei Federal 10.216/2001, também conhecida como lei antimanicomial. Para tanto, o trabalho foi distribuído em duas principais seções. A primeira, destinada a uma análise da história da psiquiatria brasileira mediante revisão bibliográfica, partindo da configuração dos manicômios como instituições totais, ao movimento antimanicomial e suas conquistas legislativas. A segunda, destinada à análise da Lei 10.216/2001 e dos novos dispositivos de acolhimento em substituição ao modelo clássico centrado na figura dos hospitais psiquiátricos, bem como de suas implicações práticas no processo de implementação do Serviço Residencial Terapêutico no Rio Grande do Sul. A fim de verificar a realidade do serviço, foi efetuada uma análise de dois estabelecimentos de acolhimento no município de Porto Alegre, sendo casos emblemáticos por representarem um exemplo positivo de implementação do serviço, e outro negativo quanto à correspondência com as diretrizes de uma nova psiquiatria fundada na reabilitação psicossocial. Assim, concluiu-se pela adequação da ferramenta Residencial Terapêutico aos preceitos da reforma psiquiátrica, bem como sua importância no processo de desconstrução da psiquiatria hospitalocêntrica. No entanto, não se mostrou um dispositivo apto a, sozinho, efetivar a desinstitucionalização da doença mental, principalmente devido à persistência de uma cultura manicomial e segregacionista muito presente, que não é combatida com a simples extinção da figura física dos manicômios e que ainda gera uma alta demanda por acolhimento institucional.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica. Lei Federal 10.216/2001. Desinstitucionalização. Serviço Residencial Terapêutico. Reintegração psicossocial.

## ABSTRACT

The purpose of this study is to verify if the Therapeutic Residential Service presents itself as a useful tool in the process of deinstitutionalization of the patient with mental disorders, as recommended by Federal Law 10.216 / 2001, also known as anti-asylum law. Therefore, the work has been distributed in two main sections. The first one, aimed at an analysis of the history of the Brazilian psychiatry through bibliographical revision, starting from the configuration of the asylums as total institutions, the antimanicomial movement and its legislative achievements. The second, intended to analyzing Law 10.216 / 2001 and the new reception devices, replacing the classic model centered on the figure of psychiatric hospitals, as well as its practical implications in the process of implementation of the Residential Therapeutic Service in Rio Grande do Sul. In order to verify the reality of the service, an analysis was carried out of two reception establishments in the city of Porto Alegre, being emblematic cases because they represent a positive example of service implementation, and another negative regarding the correspondence with the guidelines of a new founded psychiatry of psychosocial rehabilitation. Thus, we can conclude that the Therapeutic Residential tool was adequate to the precepts of psychiatric reform, as well as its importance in the deconstruction process of hospital-centered psychiatry. However, it has not proved to be a device capable of effecting the deinstitutionalization of mental illness alone, mainly due to the persistence of a very present manicomial and segregationist culture, which is not counteracted by the mere extinction of the physical figure of asylums and which still generates high demand for institutional reception.

**Palavras-chave:** Psychiatric Reform. Federal Law 10.216 / 2001. Deinstitutionalization. Therapeutic Residential Service. Psychosocial reintegration.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>2 MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL</b> ...	11
2.1 OS MANICÔMIOS COMO INSTITUIÇÕES TOTAIS.....	11
2.2 A QUESTÃO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL ANTES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA .....	14
<b>2.2.1 Período colonial e imperial</b> .....	15
<b>2.2.2 Período republicano</b> .....	18
2.3 O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E A LEI 10.216/2001 .....	24
<b>3 OS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS E A REFORMA PSIQUIÁTRICA</b> .....	30
3.1 A LEI 10.216/2001 E OS NOVOS MECANISMOS DE ACOLHIMENTO.....	30
3.2 A IMPLEMENTAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS NO CONTEXTO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.....	37
3.3 CASOS DE SUCESSO E FRACASSO NA IMPLEMENTAÇÃO DE RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS .....	45
<b>3.3.1 O caso do Serviço Residencial Nova Vida</b> .....	47
<b>3.3.2 O caso do Centro de Reabilitação Vita (Centro Vita)</b> .....	53
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	58
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	61

## 1 INTRODUÇÃO

A assistência psiquiátrica brasileira passou, ao longo da história, por profundas transformações. A última delas e ainda contemporânea, fruto do movimento antimanicomial, culminou na promulgação da Lei Federal nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001). Em seus fundamentos básicos, preconizou a luta por uma psiquiatria mais humana, fundada no processo de desinstitucionalização, entendido como a desconstrução de saberes, práticas e perspectivas que levem à segregação da pessoa portadora de transtorno mental, e reintegração psicossocial, incentivando a formação de uma psiquiatria comunitária, de promoção da saúde pelo Estado e pela sociedade de maneira geral (SILVA; ROSA, 2014, p.253). Com este objetivo, determinou a criação de ferramentas alternativas de cuidado em saúde mental, dentre elas o Serviço Residencial Terapêutico, constituído de moradias inseridas na comunidade e destinadas ao acolhimento e cuidados em saúde mental, de preferência aos egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, sem vínculo familiar e suporte social capazes de viabilizar sua reinserção na sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

No entanto, entre a teoria legislativa e a realidade social, existe uma significativa distância. O Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, fruto de um trabalho realizado em 2017 por uma equipe composta, dentre outros, por membros do Ministério Público Federal e Conselho Federal de Psicologia, concluiu pela grave situação destas instituições, traduzida pela frase em seu prefácio: “O [...] manicômio não se resume aos muros dos antigos e tradicionais hospitais psiquiátricos, mas, muito além disso, constitui uma lógica que se concretiza nas relações humanas, tendo como imperativos a segregação e a anulação de sujeitos.” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018, p.10). Tal inspeção abarcou as cinco regiões do país e analisou 28 Comunidades Terapêuticas, entendidas como serviços residenciais transitórios destinados a cuidados contínuos de saúde, visando à reabilitação de adultos com necessidades clínicas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Em suas constatações, alertou para a restrição do convívio social como eixo central das políticas de tratamento, bem como para a falta de fiscalização quanto às internações, involuntárias ou voluntárias, que ocorrem, em grande parte, sem obedecer aos preceitos legais, tendo sido registrados vários casos de privação forçada de liberdade.



Foi evidenciada, ainda, a prática de punições que vão de execução de tarefas repetitivas e violência física ao uso de isolamento físico e confinamento. Problemas como a laborterapia, conceituada como trabalho forçado sem remuneração, demonstram-se recorrentes, com uso gratuito de mão-de-obra dos internos para atividades como serviços de limpeza, vigilância e até mesmo controle da medicalização de outros usuários. O corpo profissional, em 15 dos estabelecimentos inspecionados, era de voluntários que trocavam o trabalho por abrigo e alimentação, havendo escassez de profissionais qualificados. Considerando a ausência de recursos para garantia de assistência integral e a não garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, o relatório concluiu pela existência de características asilares nessas instituições, situação que afronta não só a dignidade humana, como os princípios de humanidade e respeito norteadores da Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001, p. 153).

O Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas também revelou que esses estabelecimentos, inicialmente direcionados aos usuários de álcool e outras drogas, passaram a receber pacientes com diversos tipos de transtornos mentais (CFP, 2018, p. 136), o que ratifica estes espaços como expressão de segregação da doença mental. Desta forma, as Comunidades Terapêuticas ocuparam o papel não regularizado dos Residenciais Terapêuticos, uma vez que se tornaram as verdadeiras destinações do público portador de transtornos mentais sem acesso às instituições adequadas ao seu perfil.

A partir dessa exposição, o problema de pesquisa que surge é saber se o Serviço Residencial Terapêutico estaria, de fato, cumprindo com os princípios de desinstitucionalização e reintegração psicossocial preconizados pela Lei Federal nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), ou se estaria corroborando com uma realidade social de cultura ainda manicomial e excludente com relação aos transtornos mentais. Desta forma, desenvolveu-se a hipótese de que o sistema de implementação dos Residenciais Terapêuticos não está, na prática, cumprindo as diretrizes de uma psiquiatria assistencial mais humanitária, não sendo uma ferramenta capaz de substituir a figura dos antigos manicômios e sedimentar as bases de uma nova psiquiatria.

A fim de verificar esta hipótese, o trabalho buscará analisar, com base em pesquisa bibliográfica, o movimento da reforma psiquiátrica brasileira, bem como elencar os principais marcos legislativos nesse processo, a fim de compreender a

nova rede de assistência psiquiátrica em implementação no país e, principalmente, no Rio Grande do Sul. Assim, busca-se obter um entendimento mais completo do nascimento dos Residenciais Terapêuticos como ferramenta determinante no processo de rompimento com o modelo psiquiátrico hospitalocêntrico, para então analisar os principais entraves à efetiva implementação deste sistema, a partir do estudo de dois casos concretos de instituições de acolhimento no município de Porto Alegre, com base em pesquisa documental. Os casos escolhidos são emblemáticos para o Rio Grande do Sul, por constituírem modelos extremos de sucesso e fracasso da ferramenta, cuja análise permite compreender os problemas reais de implementação do sistema nos moldes estabelecidos pelo arcabouço legislativo.

A exposição está organizada em duas seções. Na seção 2, será estudado brevemente o modelo dos manicômios enquanto instituições totais e a maneira como este modelo se fez presente ao longo da história da assistência psiquiátrica brasileira, com foco na evolução da legislação em saúde mental, assim como o surgimento do movimento antimanicomial no país, cujas demandas culminaram na aprovação da Lei Federal nº 10.216/2001, o marco da reforma psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2001). Na seção 3, será analisado, na prática, o funcionamento do modelo dos Residenciais Terapêuticos, a partir da sua implementação no contexto do Rio Grande do Sul, considerando os dois casos estudados.

## 2 MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Nesta seção, discute-se, inicialmente, o modelo dos manicômios enquanto instituições totais. A seguir, busca-se apresentar sucintamente o modo pelo qual este modelo se fez presente ao longo da história da assistência psiquiátrica brasileira, com foco na evolução da legislação em saúde mental. Por fim, aborda-se o surgimento do movimento antimanicomial no país, cujas demandas culminaram na aprovação da Lei Federal nº 10.216/2001, o marco da reforma psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2001).

### 2.1 OS MANICÔMIOS COMO INSTITUIÇÕES TOTAIS

Vista como uma anormalidade a ser escondida, sanada e limpa, a loucura percorreu uma trajetória de diferentes formas de regulação e intervenção do Estado, enquanto os “loucos” sofreram variadas formas de repressão ao longo da história. Vista como o extremo oposto da razão, tão valorizada pelo homem moderno, a loucura era um mal a ser eliminado (FOUCAULT, 1997). Com o tempo, surgiram instituições específicas destinadas a retirar as pessoas consideradas “loucas” do convívio em sociedade e oferecer-lhes alguma forma de assistência psiquiátrica.

Apesar das variações ao longo da sua trajetória histórica, a psiquiatria teve sua base estrutural na figura dos manicômios, instituições que, segundo Goffman (1996), possuíam dois elementos básicos: internamento e isolamento. Vizeu (2005) afirma que esses dois elementos estruturais caracterizam os manicômios, conjuntamente com um sistema burocrático de controle hierarquizado necessário à manutenção da ordem organizacional. Os manicômios, antes de uma instituição para tratamento e cura, eram instrumentos de manutenção da ordem social. Sua estrutura disciplinadora revelava, em verdade, um uso estratégico desta organização como forma de controle, manifestado por um mecanismo de estrutura militar, com análise do espaço, gestão do desenvolvimento da ação, vigilância permanente e registro contínuo (VIZEU, 2005, p. 37).

Seria o que Goffman (1996) caracterizou como burocratização do comportamento, elemento fundamental ao enquadramento dos manicômios como instituições totais. Goffman, por meio do estudo de várias organizações caracterizadas pelo isolamento e burocratização, desenvolveu o conceito de “instituição total”:

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada (GOFFMAN, 1996, p.11)

Assim, Goffman (1996) entende que o fato básico das instituições totais são justamente o controle das necessidades humanas por parte desse sistema burocratizado e formalmente organizado. Tal modelo burocrático de controle, por sua vez, tem por princípio fundamental a disciplina administrativa (VIZEU, 2005). As instituições totais, portanto, funcionam como locais de residência e trabalho que reúnem pessoas em condições semelhantes, condições estas que as diferenciam da ordem social geral, em um sistema hierárquico e burocratizado que controla as suas necessidades e atividades através da disciplina.

Neste sentido, Foucault (1997) afirma ser a disciplina uma espécie de poder cujo objetivo é moldar o comportamento a um padrão tido como ideal, o que seria, uma espécie de adestramento desenvolvendo-se na esfera do espaço, tempo e movimento. A organização disciplinar determina, então, as atividades, onde estas ocorrem, quando, e com que frequência, criando um mecanismo de controle minucioso do comportamento daqueles que integram a instituição. Tal controle gera consequências importantes, como, por exemplo, um sistema de supervisão cuja função principal é a vigilância (GOFFMAN, 1996, p. 18).

Assim, Goffman (1996) elenca a existência de dois grupos feitos um para o outro. Um, o grande grupo de pessoas controladas para que façam estritamente o que é exigido, chamado pelo autor como grupo dos internados. O outro, o pequeno grupo dirigente, responsável por garantir tal obediência. O autor (1996) afirma que, em geral, as instituições totais restringem a comunicação entre internados e dirigentes, de modo que os pacientes não têm conhecimento das decisões acerca de seu destino. Tal comunicação, quando existe, é manipulada por um uso estratégico da informação documentada, bem como pelo emprego de uma linguagem inacessível que dificulta não só a própria comunicação, como a possibilidade de verificação da autenticidade do discurso da equipe dirigente (VIZEU, 2005, p. 41).

Vizeu afirma, ainda, que a impessoalidade é premissa básica desta lógica de burocratização, o que, ao longo do tempo, provoca um dos principais problemas das instituições totais elencados por Goffman: a chamada mortificação do eu (2005, p. 29). O sistema de controle uniformiza as atividades humanas de tamanha forma que provoca uma homogeneização dos indivíduos, que perdem suas individualidades em

diversos níveis, havendo uma transformação do sujeito em objeto (VIZEU, 2005, p. 47). É comum que instituições totais proibam as saídas dos indivíduos, bem como visitas, o que garante uma espécie de ruptura com papéis sociais anteriores e favorece o despojamento de identidade. Em paralelo, tendem a criar um processo de admissão que ressignifica esses papéis, agora adequados à instituição, tais como a atribuição de números aos indivíduos e seus bens pessoais. Os pacientes passam a existir, tão somente, dentro do sistema (GOFFMAN, 1996). Nesse sentido,

O novato admite ser conformado e codificado num objeto que pode ser colocado na máquina administrativa do estabelecimento, modelado suavemente pelas operações de rotina. [...] A ação realizada com base em tais atributos necessariamente ignora a maioria de suas bases anteriores de auto-identificação (GOFFMAN, 1996, p. 26).

As relações de poder emergentes das instituições totais vão para além dos muros físicos dos manicômios, uma vez que o tratamento consiste, em verdade, na tentativa de ajustar e modelar o paciente considerado doente, a fim de que se adeque à ordem social (PESTANA, 2014). Com a mortificação da identidade do eu, os pacientes mudam suas visões acerca de si e do outro, favorecendo o processo de consolidação de uma cultura institucional. A entrada em uma instituição total é a submissão a um processo planejado de adequação que faz do indivíduo uma partícula de um sistema criado para condicioná-lo. Assim, os manicômios, identificados como instituições totais, são os mecanismos de recolhimento daqueles vistos como ameaças à sociedade para que, sob a justificativa de tratamento e cura, sejam excluídos e readequados aos padrões entendidos como aceitáveis. Neste sentido, percebe-se que o enquadramento dos manicômios ao conceito de instituição total se dá pela sua correspondência a um sistema de controle burocrático e hierarquizado, e não pela sua estrutura física necessariamente, o que torna possível a caracterização de outras instituições, manicomial ou não, como totais.

Pestana (2014) ressalta que, em conjunto à mortificação do eu, as instituições totais mantêm um espaço para que o paciente acredite possuir certa autonomia. O indivíduo passa a internalizar o funcionamento do sistema, e encontra liberdade para obter vantagens ou evitar punições, o que Goffman (1996) conceitua como ajustamento secundário. Tal ajustamento está intimamente ligado ao processo de institucionalização, pois a falsa ideia de um controle sobre a própria vida é o que possibilita a substituição da identidade deteriorada pela nova identidade documental

da loucura, perfeitamente adequada ao sistema pré-estabelecido pela instituição (PESTANA, 2014, p. 99).

É de extrema importância a caracterização da ideia de instituição total para que se compreenda o ideal desinstitucionalizador da luta antimanicomial. Se a psiquiatria hospitalocêntrica, fundada em instituições totais hospitalares, possuía um ideal regulador e segregacionista dos portadores de doença mental, o movimento antimanicomial nasceu como a proposta de uma rede assistencial pautada na manutenção da individualidade e reintegração social. A questão, aqui, como se verá mais adiante neste trabalho, é analisar a legislação da reforma psiquiátrica, bem como a implementação de suas ferramentas, a fim de verificar se, efetivamente, ocorreu esta desinstitucionalização, ou se, tão somente, as instituições totais manicomiais mudaram de aparência. Antes de realizar essa tarefa, no entanto, faz-se necessário mostrar como o modelo manicomial moldou a história da assistência psiquiátrica no Brasil, marcada por constantes mudanças paradigmáticas e legislativas.

## 2.2 A QUESTÃO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL ANTES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

No Brasil, deparamo-nos com um primeiro desafio e dificuldade, sendo ele a escassez documental com relação à sua história psiquiátrica. Resende (2001, p. 17) assevera, neste sentido, que a psiquiatria no Brasil teria um demasiado pudor em desnudar-se ao público. São raras e contraditórias as informações, por exemplo, com relação aos pacientes hospitalares, modos de internação e eficiência dos tratamentos. A história da política de assistência ao doente mental no Brasil, portanto, é um descompasso entre teoria e prática, discurso e ações, distância cada vez mais evidenciada pela emergência constante de múltiplos interesses dos grupos que ocupam as posições de poder. Afinal, a psiquiatria cumpre funções sociais da mesma forma que todas as outras instituições, se adaptando ao momento histórico e às necessidades e interesses de cada período (RESENDE, 2001, p. 18). O que se discute, hoje, sobre o distanciamento entre as práticas assistenciais psiquiátricas e aquilo que preconizam as leis sobre o tema, foi uma realidade sempre presente na psiquiatria brasileira, de modo que o plano legislativo e ideal nunca correspondeu de maneira fiel à verdade vivenciada nas questões concernentes à saúde mental.

### 2.2.1 Período colonial e imperial

Resende (2001) nota a ausência de referência aos doentes mentais nos documentos que relatam a vida social desse momento histórico, concluindo que o período colonial brasileiro teria deixado a loucura em silêncio. Não era, portanto, pauta dos debates públicos ou dos problemas sociais relevantes dignos da preocupação e de regulação por parte do Estado ou da sociedade. Os loucos, como assim eram chamados, ocupavam os espaços públicos em um misto de liberdade e descaso, podendo andar tranquilamente pela rua sem gerar qualquer tipo relevante de intervenção (CUNHA, 2005). A doença mental restringia-se ao campo privado, de modo que o Estado só intervinha em casos de extrema necessidade, como em casamentos que envolviam pessoas acometidas por doenças mentais, existindo questões pertinentes ao direito de propriedade e herança (RESENDE, 2001, p. 20). Não era considerada, portanto, uma responsabilidade estatal o suporte aos doentes mentais, tampouco os estudos e pesquisas necessárias ao avanço de seus cuidados.

Os cuidados com pessoas com transtorno mental dividiam-se de acordo com a renda. Os mais ricos mantinham seus familiares em suas casas, normalmente sob cuidados de criados, enquanto os mais pobres, sem vínculo familiar ou condições financeiras, eram mantidos livres (HEIDRICH, 2007, p. 71). Tal liberdade, na verdade, era uma das possíveis formas de abandono. Não eram trancafiados, mas ainda assim eram excluídos, uma vez que permaneciam sem os cuidados necessários ou sem a garantia dos direitos inerentes a uma vida digna. A liberdade era não só uma manifestação de sua vulnerabilidade social, como uma evidência de que ninguém se responsabilizava por aquele indivíduo, que restava desassistido.

Entretanto, esta realidade não permaneceu por muito tempo. No século XIX, quando a problemática da loucura já superava alguns paradigmas na Europa, o Brasil iniciou seu processo de estatização psiquiátrica. O Estado passou a encarar a doença mental como um problema social a ser identificado, tratado e, principalmente, combatido. Resende (2001) afirma que aqui nasce a definição do normal e do patológico a partir de um eixo supraindividual que surge, em verdade, das necessidades da economia. Portadores de transtornos mentais passaram a ter sua liberdade cerceada, uma vez que eram identificadas como não alinhadas aos interesses sociais comuns (RESENDE, 2001). A intolerância brasileira para com a loucura ocorre, portanto, em um contexto sócio- econômico rural pré-capitalista, com

trabalho predominantemente escravo (HEIDRICH, 2007), em que a doença mental começava a ser vista como algo a ser eliminado por fugir aos interesses sociais comuns. Como nos explica Vizeu (2005), os hospícios foram instituições estabelecidas como um instrumento de manutenção da ordem social, e só nasceram quando a doença mental passou a representar uma ameaça à sociedade que se constituía.

Inicialmente, as medidas legislativas instauraram hospitais gerais e casas de correção, maneiras de limpar as cidades dos chamados mendigos e de todos aqueles que fossem contrários à normalidade social da época, bem como reeducá-los à moralidade através da religião (RESENDE, 2001, p.24). Antes uma realidade ignorada, a loucura é somada às levas de vadios e desordeiros para ocupar posição de preocupação do Estado, que inicia a repressão através do acolhimento nas Santas Casas de Misericórdia. Os considerados loucos, e assim chamados, eram recolhidos e amontoados em porões, sem qualquer assistência médica, condenados à própria sorte. Resende (2001) nos mostra, em suma, que a vida do doente mental compara-se à realidade dos marginalizados, através da exclusão em hospitais e prisões, bem como pela laborterapia e exploração de trabalho forçado. Tal exclusão, portanto, foi desde sempre a tendência da psiquiatria brasileira, que através de incontáveis políticas sobre o tema, sempre serviu a este propósito (RESENDE, 2001, p.35).

O marco inicial da institucionalização da psiquiatria brasileira é, de forma quase unânime nos estudos históricos, a criação do Hospício D. Pedro II através do Decreto 82 de 18 de julho de 1841, no Rio de Janeiro e sob administração da Santa Casa de Misericórdia, o qual tinha capacidade para 350 pacientes e obteve lotação em apenas um ano completo de funcionamento. Pelo seu aspecto imponente, recebeu o apelido de “Palácio para guardar loucos” (HEIDRICH, 2007, p. 75).

Posteriormente, nos mesmos moldes, surgiram instituições em São Paulo, Pernambuco, Bahia e Pará, de modo que a urgência do problema da loucura e a ameaça à ordem e paz social ocasionavam, inclusive, internações em instalações provisórias. Em paralelo, iniciavam também as oposições a estas práticas, inauguradas pela então recém-criada Sociedade de Medicina, que asseverava a necessidade de tratamentos mais humanitários e adequados segundo parâmetros já incorporados na Europa. Esta fase, segundo Gastal et al. (1995), restou marcada pelos macro-hospitais concentrados, principalmente, nas capitais do país. Posteriormente e progressivamente, foi ocorrendo uma descentralização em torno



desse serviço, fazendo dos hospitais não só um local de tratamento, mas um espaço de acolhimento para os marginalizados da sociedade. Neste sentido, Amarante (1995) afirma:

Durante a segunda metade do século XVIII, a desrazão, gradativamente, vai perdendo espaço e a alienação ocupa, agora, o lugar como critério de distinção do louco ante a ordem social. Este percurso prático/discursivo tem na instituição da doença mental o objeto fundante do saber e prática psiquiátrica (AMARANTE, 1995, p.14).

Resende (2001) afirma que a função exclusivamente segregadora do hospital psiquiátrico nos primeiros quarenta anos de existência demonstrou-se sem qualquer disfarce, o qual só nasceria mais tarde, como resposta às reivindicações. Neste mesmo período, já se faziam presentes as denúncias das condições degradantes destas instituições, que iam de maus tratos à ausência de assistência médica adequada. A realidade era apenas uma. Não havia espaço de cura nos hospitais psiquiátricos, tampouco caridade e medidas humanitárias (RESENDE, 2001, p.41). A doença mental era vista como uma patologia, e a psiquiatria era a ferramenta eficaz para esconder essas pessoas do que entendiam como normalidade social.

Vizeu (2005) nos diz que os manicômios representavam verdadeiro local de condicionamento extremo, de modo que suas práticas compunham um sistema radical de subjugação, responsável pelo tratamento das doenças mentais, mas, principalmente, pelo controle do insano. Portanto, o sistema psiquiátrico brasileiro não foi pensado como uma forma eficaz de tratamento humanitário da doença mental, nem como forma de melhorar e dignificar a vida daqueles acometidos por qualquer enfermidade. O sistema psiquiátrico brasileiro nasceu com a função principal de segregar, excluir e limpar das ruas aquilo que a sociedade entendia como anormal, e isso se dava através de uma organização típica das instituições totais.

Em certo momento, a psiquiatria leiga perdeu força, à medida que carecia de base científica suficiente a justificar seus métodos. As práticas implementadas sem fundamentos sólidos já não eram mais aceitas com tanta facilidade. A realidade social, que antes tinha fundamentado a assistência psiquiátrica segregacionista, agora exigia novas providências. A demanda por exclusão, no entanto, não tinha cessado ou sido reduzida. Em contrário, só aumentava, mas agora acompanhada por uma proposta de recuperação que justificasse as práticas necessárias (RESENDE, 2001, p. 42).

### 2.2.2 Período republicano

O final do século XIX foi marcado pelo intenso processo de urbanização e aumento do contingente populacional. O Rio de Janeiro, principalmente, era marcado pela deteriorização das condições de higiene e saneamento, aumento de cortiços e favelas, e, conseqüentemente, daquilo que era entendido como desordem social. Instaura-se, então, o segundo momento da psiquiatria brasileira. A proclamação da República em 1889 encerra a psiquiatria empírica e inicia a psiquiatria científica. Amarante (1995) afirma que aqui, há a mudança da percepção sobre a loucura, que passa a derivar de um olhar científico. Esta se desenvolve de maneira laica e, pela primeira vez, comandada pela classe médica no papel de administradora das instituições e representante do Estado nas questões de saúde e doença mental. Nesta fase, Resende (2001) relata uma grande produção científica, incluindo a criação da Sociedade de Psiquiatria e a Liga de Higiene Mental, assim como inúmeros congressos e conferências para a discussão de temas conexos à assistência psiquiátrica. O louco como representante de periculosidade social faz a medicina institucionalizar a loucura, e depositar nos hospitais o espaço de solução (AMARANTE, 1995).

O Decreto nº 142 de 1890 (BRASIL, 1890a) contribuiu no sentido de falar em saúde mental, pela primeira vez, de forma especializada. Através dele, o Hospital da Santa Casa de Misericórdia é desanexado do antigo Hospício de Pedro II, que passa a ser denominado Hospício Nacional de Alienados. O decreto 142 representou uma espécie de invocação do poder estatal, concedendo uma parcela de autonomia administrativa à assistência psiquiátrica do país. Segundo o autor, é este decreto que irá instaurar no Brasil uma história autônoma e própria do setor mental (MESSAS, 2008). Este instrumento legislativo, portanto, retira a doença mental do campo do descaso e o coloca na seara de responsabilidade estatal, fundada na centralização da assistência psiquiátrica à ideia física dos hospitais, verdadeiros pólos de acolhimento para políticas higienistas e excludentes do período. Alienados e hospícios viviam uma relação de concretude visceral, de forma que a presença física de estabelecimentos de acolhimento era a única manifestação do interesse estatal em regular a questão (MESSAS, 2008).

Portanto, apesar da mudança paradigmática de psiquiatria empírica para científica, haveria pouca ou nenhuma evidência de mudanças efetivas nas práticas

utilizadas. A principal mudança, em verdade, foi a implementação da praxiterapia e “open-door” que consistia, basicamente, em uma comunidade rural com valorização do trabalho. Tais locais foram denominados colônias agrícolas, que convergiam o acolhimento aos doentes mentais e a vocação agrária da sociedade brasileira, consistindo na principal instituição de tratamento ou em uma espécie de complemento aos hospitais tradicionais (RESENDE, 2001, p.50). Nessa modalidade, Minas Gerais e São Paulo foram os maiores representantes, uma vez que incorporaram as colônias agrícolas como soluções únicas e totais para o problema da doença mental. São Paulo, por exemplo, sediou o famoso hospital-colônia Juqueri, cuja proposta terapêutica consistia na recriação do ambiente rural colonial pré capitalista.

Apesar das aparentes práticas destinadas à recuperação do doente, Resende (2001) afirma que os hospitais-colônia serviam tão somente ao propósito já conhecido da assistência histórica ao alienado, sua exclusão do convívio social e dos olhares da sociedade. Tal evidência está, principalmente, nas “doenças” que provocavam as internações, tais como “moças namoradeiras desvirginadas e desonradas” ou até mesmo crianças órfãs e mendigos. Amarante (1995) afirma que o modelo do hospital-colônia, embora mais benéfico na teoria, serviu como legitimador da psiquiatria já estabelecida, neutralizando, de certa forma, os ataques ao modelo hospitalar tradicionalmente constituído, que começavam a ganhar força.

O Decreto 508 de 1890 (BRASIL, 1890b) reforçava a ideia de uma assistência em saúde mental centralizada e fundada em bases hierárquicas rígidas e preordenadas. Neste decreto, encontrava-se a menção aos “alienados indigentes” demonstrando a preocupação estatal em responsabilizar-se pelo recolhimento destas pessoas, sendo a primeira referência oficial ao acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade social acometidas de alguma doença mental. Neste ponto, encontramos não só uma evidência da responsabilização estatal pelo destino dessas pessoas, como também uma manifestação do ideal higienista de limpeza das cidades, sendo conferido às autoridades o poder de internar os chamados indigentes, sem qualquer exigência de autorização familiar ou do próprio indivíduo (MESSAS, 2008).

A legislação fazia, pela primeira vez, referência ao tratamento em domicílio: “O enfermo de alienação mental poderá ser tratado em domicílio, sempre que lhe forem subministrados os cuidados necessários.” (BRASIL, 1903). No entanto, em uma sociedade desigual, a possibilidade de tratamento domiciliar só caberia àqueles que, por óbvio, tivessem domicílio. Aos demais, os hospitais psiquiátricos se impunham

como única opção. Como afirma Messas (2008), o indigente permanecia no hospício até não apresentar risco algum à sociedade, demonstrando o foco legislativo nos perigos que essa pessoa representava à ordem pública, e não em qualquer forma de reabilitação social ou continuidade de tratamento pára-hospitalar.

A sociedade atribuiu historicamente aos hospitais psiquiátricos a tarefa de excluir do convívio social todos aqueles que não fossem adequados aos padrões de normalidade impostos. O final do século XIX e início do século XX, foram marcados pela psiquiatria fundada na figura institucional dos grandes hospitais públicos, responsáveis, segundo Paulin e Turato (2004), por 80,7% dos leitos psiquiátricos do país. Justamente por este papel assumido pela assistência psiquiátrica é que se deu a situação caótica dos hospitais públicos, sem capacidade de acolher e esconder tamanha demanda de pessoas, revelando uma situação de total desrespeito aos direitos fundamentais. Ainda, que insuficientes, Messas (2008) relata alguns esforços no sentido de combater essa realidade. Segundo o autor (2008), Teixeira Brandão levantava questões como a necessidade de internações devidamente justificadas e legítimas, a proteção contra pessoas e instituições que retirassem da doença mental proveitos econômicos, e a necessidade de fiscalização e intervenção estatal diante das irregularidades denunciadas.

O Decreto nº 1.132 de 1903 (BRASIL, 1903) trouxe importantes contribuições à assistência psiquiátrica no que se refere a garantias mínimas aos pacientes, como a necessidade de comunicação das internações às autoridades judiciais, que poderiam examinar a legalidade e necessidade destas ações. Teixeira Brandão colocou em pauta a função terapêutica dos tratamentos implantados. O Decreto nº 1.132 de 1903 representava, portanto, a primeira legislação em saúde mental a valorizar os direitos individuais (MESSAS, 2008).

Entre os anos de 1911 a 1945, houve o aumento do movimento antiliberal e de ações intervencionistas estatais. Nesta transição entre o paradigma da psiquiatria empírica para científica, Resende (2001) traz a realidade dos maus tratos como algo persistente. Relatou, inclusive, que locais como o Hospício de Barbacena eram um dos maiores fornecedores de cadáveres para estudos anatômicos nas universidades, o que só comprova o alto índice de mortalidade nestas instituições (RESENDE, 2001, p.53). Os anos de 1920 e 1930, marcados por uma psiquiatria pública, foram palco de uma medicina que via na internação a verdadeira solução para os problemas nascidos das questões acerca de saúde mental (GOULART, 1992). Neste período, as

instituições de assistência psiquiátrica eram basicamente os hospitais psiquiátricos, que, no final da década de 1950, já apresentavam uma situação caótica de superlotação. Em Porto Alegre, por exemplo, o Hospital Psiquiátrico São Pedro acolhia mais de 3.000 pacientes. O ideal agrícola anteriormente preconizado fora rapidamente substituído por atividades monótonas e repetitivas, em compasso com um país em fase de urbanização e industrialização (RESENDE, 2001, p.55).

Em 1934, surge o Decreto nº 24.559 (BRASIL, 1934), que perdurou até o surgimento da Lei Federal nº 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001), protagonista da reforma psiquiátrica. Nesse documento, o termo alienado passou a ser substituído por uma denominação mais ampla, o psicopata, aumentando as hipóteses de internação e sendo o mais próximo de um eugenismo no direito brasileiro, uma vez que implementou medidas concretas de higiene preventiva (MESSAS, 2008). Na década de 40 não há nenhuma nova norma específica em saúde mental, o que pode ter resultado, em parte, do enfraquecimento do Estado totalitário de Vargas, bem como por estar dividindo espaço com a atenção global à saúde. Segundo Gastal et al. (2007), a partir dos anos 1950, a saúde no Brasil sofre significativa mudança pela incorporação das caixas de pensões e dos institutos de aposentadorias e pensões ao sistema, representando uma espécie de maior democratização da assistência médica no Brasil. Assim, a assistência psiquiátrica, que antes se restringia aos particulares e indigentes, com as proporcionais diferenciações na prestação de serviços, foi estendida também aos segurados.

Messas (2001) afirma ter sido o Decreto nº 49.974 de 1961 a principal norma de saúde mental do período estudado, o que revela que, apesar de uma menor autonomia jurídica, a legislação em saúde mental não foi paralisada. Conforme acrescenta o autor, o referido decreto trazia: “A política sanitária nacional, com referência à saúde mental, é orientada pelo Ministério da Saúde, no sentido da prevenção da doença e da redução, ao mínimo possível, dos internamentos em estabelecimentos nosocomiais.” (BRASIL, 1961). Percebe-se, portanto, uma tomada de decisão estatal no sentido de finalmente desestimular a prática hospitalar como centro da psiquiatria, incentivando, inclusive, um aumento da assistência ambulatorial que, segundo Gastal et al. (2007) é estimulada com a ocorrência do golpe militar em 1964 e a unificação das caixas de pensões e institutos, com a criação da seguridade nacional unificada através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (GASTAL

et al., 2007). A partir de então, a psiquiatria passa a adquirir, em teoria e paralela contradição a outros instrumentos normativos analisados adiante, o status de prática assistencial, com função não só terapêutica, mas também político-administrativa, traduzida em quatro principais objetivos - curar, produzir, normatizar e controlar. O golpe militar funcionou como um verdadeiro divisor de águas entre a antiga psiquiatria voltada ao recolhimento dos indigentes para uma psiquiatria assistencial da massa de trabalhadores. Os hospitais públicos serviam ao atendimento daqueles que não tivessem vínculo previdenciário, enquanto aos demais, redirecionou-se os investimentos à privatização do serviço e aumento dos hospitais privados, que passaram a sustentar todas as novas demandas do setor. Na década de 1970, foram internados cerca de 90.000 pacientes, sendo aproximadamente 30.000 em instituições privadas conveniadas (RESENDE, 2001, p. 60 e 61).

As casas de saúde psiquiátricas privadas começaram a surgir, mas mantinham a função social dos manicômios de isolar os pacientes da comunidade (PAULIN, 2004), perpetuando a função disciplinadora como tipo organizacional destinado ao controle social (GASTAL et al., 2007). Sampaio (1988. apud. PAULIN; TURATO, 2004) realizou um levantamento em que, em 1941, o Brasil possuía 62 hospitais psiquiátricos, sendo 23 públicos e 39 privados, mas estes últimos representavam apenas cerca de 19,3% dos leitos psiquiátricos. Já em 1961, o Brasil possuía 135 hospitais psiquiátricos, sendo 54 públicos e 81 privados, os quais, agora, representavam 24,9% dos leitos existentes. Somente mais tarde, na década de 1980, que os hospitais privados representariam cerca de 70,6% dos leitos psiquiátricos totais do país (PAULIN; TURATO, 2004). A ampliação dos hospitais psiquiátricos particulares e o aumento de convênios com Previdência Social fizeram com que os hospitais públicos, superlotados e ineficazes, fossem cada vez menos significativos em termos de atendimento. Neste processo, tanto o campo da saúde geral como da assistência psiquiátrica sofreram um amplo movimento de privatização, o que alguns passaram a denominar, como Cerqueira, de Indústria da Loucura (PAULIN; TURATO, 2004).

Este contexto pós-guerra, sedimentado pelo Decreto nº 49.974 de 1961 (BRASIL, 1961), transpõe a ideia de uma psiquiatria baseada na psicologia das relações interpessoais, de cunho laico e mais humanitário, deslocando o eixo institucional manicomial como centro da assistência psiquiátrica e incentivando uma rede capilarizada e descentralizada de tratamento. Como afirma Messas (2008), o que

se espera deste contexto são atitudes administrativas no sentido de multiplicar centros alternativos de saúde, bem como equipamentos pára-hospitais. Entretanto, não é isso que ocorre, e aqui figura o paradoxo entre discursos e ações citado anteriormente por Resende (2001). A descentralização hospitalar não ocasionou, na prática, a redução dos manicômios como centro da assistência psiquiátrica, os quais passaram por uma verdadeira fase de expansão, principalmente sob a administração de Aduauto Botelho à frente do Serviço Nacional de Doenças Mentais. Sua administração perdurou de 1941 a 1954 e representou uma reafirmação do hospital psiquiátrico como espaço de atuação, tendo aumentado cerca de 16 mil leitos psiquiátricos no Brasil, o que foi favorecido, principalmente, pelo Decreto-lei nº 8.550 de 1946, que autorizava a realização de convênios com os governos estaduais para a construção dos manicômios (PAULIN; TURATO, 2004).

O Decreto-lei nº 8550 de 1946, bem como o Decreto nº 22.562 de 1947 traziam, em contrapartida ao ideal humanista pós Segunda Guerra Mundial, um projeto de expansão hospitalar (BRASIL, 1946, 1947). Como acrescenta Messas (2008), o Decreto nº 22.562 condicionava vantagens fiscais aos estabelecimentos que dispusessem de, no mínimo, duzentos leitos, o que ia de encontro ao projeto de saúde mental que priorizava o meio social e familiar como tratamento. Nas palavras do autor: “Há igualmente o paradoxo da coexistência de uma política hospitalar grandiosa em termos físicos com uma política de saúde ambiciosa em termos humanos, mas oposta ao isolamento físico.” (MESSAS, 2008, p. 92). Tal paradoxo integrou, em verdade, uma guerra. De um lado, a terapêutica extra-hospitalar. De outro, a manutenção da cultura manicomial baseada no hospital psiquiátrico como eixo central da assistência psiquiátrica brasileira. O Decreto nº 49.975/61 de fato, trouxe algumas importantes transformações legislativas, no sentido de incentivar a redução de internações, valorizar o tratamento profilático nos círculos sociais e familiares, assim como defender os direitos e garantias individuais dos pacientes acometidos de doença mental (BRASIL, 1961). No entanto, como vimos, a realidade psiquiátrica brasileira foi marcada pela contradição entre um ideal legislativo abstrato e seu descompasso com a realidade, que consistiu em um crescimento exponencial do número de hospitais psiquiátricos até a década de 1980.

Aumentavam não só as instituições hospitalares privadas, como também a tendência à internação. Sem prazos ou critérios específicos, as décadas de 1960 e 1970 foram marcadas pelo aumento das hospitalizações e da população internada. A

política asilar transformara-se na principal solução para inúmeros problemas sociais, todos disfarçados sob a ótica da doença mental (RESENDE, 2001, p. 61). Todavia, a década de 1970 também foi caracterizada pelo aumento dos movimentos de resistência a essa política consolidada. Cresciam as denúncias ao que chamavam de indústria da loucura, bem como as propostas alternativas a esse sistema (RESENDE, 2001, p. 62). Nessa época, iniciaram de forma mais intensa os movimentos de contestação ao sistema psiquiátrico estabelecido, que, segundo Amarante (1995) consistiam basicamente na crítica ao autoritarismo das instituições psiquiátricas, marcadas pelo seu caráter extremamente fechado.

O período republicano foi marcado por contradições. Consolidou a institucionalização de uma psiquiatria científica voltada à segregação, mas foi palco de institutos legislativos importantes à humanização dos cuidados em saúde mental. Representou o aumento da força estatal na regulação psiquiátrica e o fortalecimento do modelo hospitalocêntrico, mas também o início das reivindicações por uma psiquiatria comunitária. Os hospitais psiquiátricos ganharam diferentes objetivos e conotações. A doença mental oscilou entre paradigmas. Mas as más condições dos manicômios e a intenção segregacionista foram constantes, apesar de conquistas legislativas e aparentes transformações.

O movimento antimanicomial, portanto, pode ser visto como um amplo processo histórico de pequenas conquistas legais, mas, principalmente, de grande desenvolvimento a partir da década de 1970, quando as mudanças políticas e sociais criam, finalmente, o ambiente para o fortalecimento de uma assistência psiquiátrica humanitária, comunitária e fundada no ideal da desinstitucionalização e reintegração psicossocial, ideais concretizados na promulgação da Lei nº 10.216 de 2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001).

### 2.3 O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E A LEI 10.216/2001

O conjunto de mudanças políticas e sociais advindos do final da Segunda Guerra Mundial e a consolidação dos direitos humanos e de valores democráticos fizeram com que, a partir dos anos 1950, ocorressem transformações no setor da saúde que lentamente iniciaram a reforma psiquiátrica no Brasil (GASTAL et al., 2007), a qual passou a ser a pauta de um movimento antimanicomial que se fortaleceu



consideravelmente na década de 1980 (PAULIN; TURATO, 2004), levando à promulgação da Lei Federal nº 10.216, em 2001 (BRASIL, 2001).

Em paralelo às mudanças políticas e sociais, Gastal et al. (2007) ressaltam a relevância das inovações tecnológicas para os progressos na terapêutica e na modernização da psicofarmacologia que, inevitavelmente, alteraram o perfil dos hospitais psiquiátricos clássicos, e favoreceram projetos de saúde voltados ao tratamento alternativo, fundado não só na psiquiatria hospitalar, mas principalmente na promoção da prevenção, atenção ambulatorial e serviços fundados em estratégias de reabilitação psicossocial.

A assistência psiquiátrica se via restrita ao tratamento no interior dos grandes hospícios, que abrigavam uma realidade de internações prolongadas, segregação do portador de transtorno mental do convívio social e familiar e, ainda, marginalização e desprovimento de autonomia. O tratamento consistia, basicamente, na internação com administração excessiva de medicamentos, técnicas de hidroterapia, estímulos elétricos e intervenções cirúrgicas (GUIMARÃES et al., 2013).

A ideia da doença mental como problema de desvio em face da ordem social e a intenção segregacionista das internações fizeram dos manicômios a grande instituição responsável pela assistência psiquiátrica no Brasil. No entanto, a ampliação de hospitais e o aumento dos leitos já não eram suficientes para solucionar a questão. A democracia liberal de Juscelino Kubitschek e o período de modernização, industrialização e urbanização do país se contrapunham à situação caótica dos hospitais, que lidavam com superlotação e condições de abandono. Segundo Paulin e Turato (2004), neste período, só o Hospital do Juqueri, em São Paulo, já abrigava cerca de 13 mil pacientes. Era necessário, portanto, não só que se pensasse a saúde mental de outra forma que não fundada na internação manicomial, mas que surgisse uma resposta à classe social urbana reivindicadora que já exigia melhor qualidade nos atendimentos na área da saúde.

As bases pré estabelecidas de uma psiquiatria fundada nos macro-hospitais públicos já não era suficiente para conter o problema da doença mental, que ainda era vista como algo a ser extirpado da sociedade. No entanto, a resposta estatal imediata, como vimos, não foi a incorporação de medidas terapêuticas e alternativas voltadas à reintegração dos pacientes ao convívio social e familiar. Pelo contrário, foi a transposição da responsabilidade dos cuidados em saúde mental ao setor privado.

A década de 1970 foi o período denominado milagre econômico, representando um grande crescimento populacional e, com ele, o desenvolvimento de uma medicina previdenciária (GASTAL et al., 2007), tendo nascimento uma psiquiatria preventiva com a promoção da saúde mental como novo objeto de ação. Foi neste momento que, em 1970, em São Paulo, ocorreu o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em que foi lançada a Declaração de princípios em saúde mental (PAULIN; TURATO, 2004). A partir da leitura de tal declaração percebe-se a noção de saúde mental como responsabilidade da sociedade, devendo ser integrada em uma rede de recursos de saúde da comunidade com foco não só no tratamento, mas principalmente na prevenção. Em seu item 08, por exemplo, determina: “Hospital Comunitário: os hospitais devem ser reestruturados no sentido de promover a pronta reintegração social do indivíduo, oferecendo-lhe serviços diversificados e um ambiente terapêutico dinamicamente comunitário, como medida eficaz contra a institucionalização.” (GIORDANO JR., 1989, apud PAULIN, 2004). Percebe-se, portanto, a clara intenção de se desinstitucionalizar a doença mental e afastar a psiquiatria da figura física do manicômio.

O final da década de 1970 e início da década de 1980 caracterizaram-se por uma crise econômica, da seguridade e previdenciária, o que gerou uma crise estrutural do sistema previdenciário, que já vivenciava um processo de deteriorização. A priorização de compra de serviços dos hospitais privados ocasionou um déficit financeiro que passou a exigir que se pensasse sobre novos modelos assistenciais (GASTAL et al., 2007). Neste contexto, é criada a Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos - CPAP, que resultou em propostas de melhoria da assistência, partindo de pressupostos básicos da psiquiatria comunitária norte-americana (PAULIN; TURATO, 2004). O Brasil abre espaço, portanto, para discussões internacionais sobre novos modelos assistenciais (GASTAL et al., 2007). No entanto, programas como o desenvolvido nos Estados Unidos não serviram para combater de fato as instituições asilares. Como afirmam Paulin e Turato (2004), o ideal norte-americano acarretou no aumento da população atendida por serviços extra-hospitalares devido ao aumento da medicalização da ordem social, e não necessariamente pelo esvaziamento da população internada, ocorrendo, segundo o autor, um verdadeiro movimento de retroalimentação dessas instituições.

As mudanças de paradigma sobre o tratamento em sede de saúde mental, portanto, começam a ser repensados não só pela crise humanitária dos hospitais

psiquiátricos, mas também pela falha do sistema assistencial criado em torno desses manicômios. A crise se deu, portanto, internamente e externamente ao modelo macro-hospitalar então estabelecido. No interior dos hospitais, as internações prolongadas e as práticas médicas desumanas já não eram mais tão eficazes ou bem recebidas. Fora, o sistema de privatização da saúde psiquiátrica, e o crescimento desenfreado dos hospitais, fossem eles privados ou públicos, já não eram sustentados pelo modelo assistencial previdenciário.

Cresciam, portanto, as discussões pela reformulação do sistema de maneira geral, e seria nesse contexto que teria início o movimento em prol da denominada reforma sanitária (GASTAL et al., 2007). No entanto, essa movimentação em prol de um novo sistema de assistência psiquiátrica não ocorreu sem contraposições. A viabilidade de um novo sistema foi questionada, tanto na questão de recursos humanos quanto na financeira (PAULIN; TURATO, 2004). Qualquer sistema assistencial provoca impactos econômicos, sejam eles na área do saúde ou outra que demande investimento estatal. Desta forma, Paulin e Turato (2004) afirmam que a maior resistência ocorreu por parte do empresariado do setor psiquiátrico, que defendia que serviços extra-hospitalares poderiam funcionar como verdadeiros filtros administrativos para as internações, reduzindo o faturamento do Estado.

O movimento da reforma psiquiátrica esteve inicialmente interligado ao processo mais amplo de redemocratização do país na década de 1970. Com isso, nasceu em estreita relação às comunidades terapêuticas e ao movimento de psiquiatria comunitária e preventiva. Foram as comunidades terapêuticas que ofereceram uma contraposição inicial ao aparato asilar psiquiátrico (TENÓRIO, 2002). A psiquiatria comunitária, por sua vez, propunha a substituição do asilo segregador por um amplo sistema comunitário de assistência e intervenção. Tinha como premissa a ideia de prevenção, mas também de estruturação social a fim de evitar o adoecimento mental. Neste sentido, ao propor um tratamento integrado à sociedade, a reforma psiquiátrica defendeu ser possível o doente mental habitar o social, e não mais o espaço de reclusão manicomial (TENÓRIO, 2002).

Em 1977, foi lançado o Plano Integrado de Saúde Mental através da VI Conferência Nacional de Saúde, em que se reafirmava a necessidade de uma psiquiatria comunitária que priorizasse os atendimentos em centros de saúde (PAULIN; TURATO, 2004). Na década de 1980, o modelo de prestação dos serviços asilares ocorria muitas vezes em instituições privadas remuneradas pelo setor público,

caracterizando uma espécie de privatização da assistência (chamado setor conveniado). Em tais clínicas, a única fonte de receita estava diretamente ligada à clientela, sendo maior conforme a maior quantidade de pacientes, maior tempo de internação e menor gasto clínico com manutenção (TENÓRIO, 2002).

Já em 1987, na I Conferência Nacional de Saúde Mental, foram destaques os temas de reversão da tendência hospitalocêntrica e o resgate da cidadania do doente mental. A partir destes questionamentos que, em 1989, foi lançado o Projeto de Lei nº 3.657, denominado Projeto Paulo Delgado - PT/MG, que trazia uma clara proposta de redução dos leitos hospitalares e estímulo ao estabelecimento de uma rede de assistência extra-hospitalar (GASTAL et al., 2007). Assim dispunha o projeto em sua primeira redação: “Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.” (BRASIL, 1989).

Vizeu (2005) entende que a contraposição ao modelo manicomial ocorreu de três formas, existindo o movimento antimanicomial, a antipsiquiatria e a reforma psiquiátrica. O movimento antimanicomial, inspirado pelo trabalho do psiquiatra italiano Franco Basaglia (VIZEU, 2005), foi o que culminou no Projeto de Lei nº 3.657 e, mais tarde, na promulgação da Lei nº 10.216 de abril de 2001. São as críticas a este modelo psiquiátrico tradicional pautado nos manicômios como instituição central que fazem surgir a ideia de reforma psiquiátrica. Tal reforma, por sua vez, tem três elementares destacadas por Amarante (1996), sendo elas a desospitalização (1), o desassistencialismo (2) e a desconstrução da instituição psiquiátrica (3). A desospitalização pode ser identificada com o Projeto de Lei nº 3.657 e seu ideal de extinção progressiva dos manicômios. No entanto, Amarante (1996) ressalta que esta vertente denota novos problemas, uma vez que ocorre uma ampliação do território psiquiátrico com a criação de novos serviços, aumentando o número de pessoas assistidas e as possibilidades de intervenção técnica. Além do mais, o modelo manicomial não pode ser resumido ao espaço físico do hospital psiquiátrico, uma vez que abrange um conjunto de práticas, procedimentos e normas que irão compor a lógica institucional manicomial (AMARANTE 1996). O desassistencialismo seria a oposição a esta corrente, mas Amarante considera uma perspectiva desabonada por corresponder, em grande medida, aos interesses econômicos daqueles que detém os lucros advindos dos grandes hospitais.

Por fim, a desconstrução da instituição psiquiátrica consiste em uma crítica epistemológica às bases da psiquiatria no que se refere às verdades médicas sobre a loucura, de modo que questiona o paradigma problema-solução, criticando a estrutura do modelo organizacional manicomial e propondo mudanças mais profundas. Tal corrente visa a uma democratização do poder, bem como a uma reestruturação das relações humanas no âmbito hospitalar, objetivando uma organização psiquiátrica centrada na ideia de comunidade terapêutica como conjunto orgânico não hierarquizado de médicos, pacientes e pessoal auxiliar (AMARANTE, 1996).

Segundo Amarante (1996), o movimento pela reforma psiquiátrica brasileira buscou inspiração na vertente de Franco Basaglia que buscava a desconstrução da instituição psiquiátrica, cuja desinstitucionalização era a principal referência e que culminou, na Itália, com a promulgação da Lei nº 180 de 1978. O autor afirma que a experiência brasileira se pautou em uma estratégia por uma sociedade sem manicômios, refletindo este ideal desinstitucionalizador. Amarante (1994) caracteriza a reforma psiquiátrica brasileira como uma crítica ao subsistema de saúde mental, mas principalmente à estrutura do saber e às instituições psiquiátricas clássicas.

O Projeto de Lei nº 3.657 de 1989 (BRASIL, 1989) e a Lei nº 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001), resultado do projeto modificado, à medida que se contropõem ao modelo manicomial, aproximam-se da corrente da desospitalização e da desconstrução da instituição psiquiátrica, constituindo uma mistura tanto em suas virtudes quanto nas fraquezas, análise que será realizada a partir de estudo legislativo posterior. De qualquer forma, é a lei antimanicomial o ápice de um movimento de décadas, em que se preconiza a reinserção do doente mental em seu meio social e familiar como uma tentativa de ruptura com o modelo burocrático e hierarquizado dos manicômios.

### 3 OS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Em um processo de reforma psiquiátrica centrada na desinstitucionalização e desconstrução da instituição psiquiátrica, a nova legislação teve que prever não só a extinção progressiva dos manicômios, mas também a criação de instituições alternativas de acolhimento, centradas, principalmente, na figura do Residencial Terapêutico. Afinal, não basta que se fechem os manicômios: fazem-se necessários equipamentos sociais e de saúde capazes de acolher e acompanhar os indivíduos e promover, efetivamente, sua reintegração psicossocial (FURTADO, 2006, p. 02).

#### 3.1 A LEI 10.216/2001 E OS NOVOS MECANISMOS DE ACOLHIMENTO

Tenório (2002) afirma que a luta antimanicomial surgiu não só com o propósito de aperfeiçoar estruturas tradicionais como os ambulatórios e hospitais gerais de internação, mas principalmente para a criação de novos dispositivos e tecnologias de cuidados, trazendo novas ferramentas de assistência psiquiátrica capazes de nutrir essa rede capilarizada de assistência em substituição ao modelo clássico asilar. Foi neste contexto que, em 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei nº 3.657/89, que mais tarde seria aprovado e transformado na Lei nº 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 1989, 2001).

O projeto apresentava basicamente três pilares, representados através de três artigos. No primeiro, a extinção dos manicômios. No segundo, o redirecionamento de recursos públicos para a criação de dispositivos não manicomiais. Por fim, no terceiro, exigia a comunicação imediata às autoridades judiciais em caso de internações compulsórias. O projeto foi aprovado na Câmara de Deputados e, no Senado, passou dez anos parado, havendo aprovação de um projeto substitutivo em 2000, de autoria de Sebastião Rocha. Tal substitutivo previa a possibilidade de construção de hospitais psiquiátricos, bem como a contratação de leitos em hospitais gerais. Como ia de encontro aos preceitos básicos do movimento antimanicomial brasileiro, essa previsão em específico foi suprimida no retorno do texto à Câmara de Deputados, que aprovou, em 6 de abril de 2001, a Lei nº 10.216 (TENÓRIO, 2002).

Com a previsão de 13 artigos, a Lei nº 10.216 apresentou-se dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. Tenório (2002) afirma que

esta lei, embora não tenha tido o impulso necessário para transformar efetivamente a realidade da assistência psiquiátrica brasileira, foi uma grande vitória em direção à transformação da assistência e das condições do paciente psiquiátrico no país.

A lei da reforma traz, em seu art. 4º, parágrafo 3º, a seguinte previsão: “É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares.” (BRASIL, 2001). Fica evidente, portanto, a oficialização legislativa do ideal preconizado pelo movimento antimanicomial, no sentido de extinguir da assistência psiquiátrica as instituições manicomiais. No entanto, a fim de que efetivamente ocorra a progressiva extinção dos manicômios, Tenório (2002) elenca duas variáveis: a criação de ferramentas alternativas que se demonstrem consistentes e competentes, e a desconstrução do circuito manicômio-dependente, uma vez que, conforme elenca o autor, um dos maiores problemas concretos ainda enfrentados hoje pela reforma psiquiátrica é a manutenção e o crescimento da oferta de internações psiquiátricas pelo setor contratado.

Aqui, ressalto a necessidade de visualizarmos a ideia de manicômio como uma construção subjetiva muito mais ampla que a ideia física do prédio institucional, conforme explica PESTANA (2014):

As relações de poder mediadas pelas instituições totais difundem-se para além dos muros da instituição, na medida em que curar e tratar significa ajustar e modelar o indivíduo considerado doente à semelhança daquilo que socialmente se espera dele (PESTANA, 2014, p.95)

A desconstrução de um circuito manicômio-dependente, portanto, vai muito além de estipular uma extinção progressiva dos clássicos hospitais psiquiátricos. A cultura manicomial se estabelece através das relações de poder existentes em instituições totais, e estas, por sua vez, podem assumir diversos formatos, devendo todos eles serem enfrentados. Quando a Lei nº 10.216 apresenta um projeto de alteração do modelo assistencial psiquiátrico, ela se propõe, em suma, a desconstituir a psiquiatria em seu modelo hierárquico e burocrático, promovendo um sistema comunitário que fuja às características já elencadas das instituições totais e que efetive a desinstitucionalização do indivíduo portador de transtornos mentais. A Lei da Reforma Psiquiátrica, portanto, nasce não só para promover a extinção dos manicômios em seu sentido físico arquitetônico, mas para eliminar este modelo segregacionista de subjugação do indivíduo.

Neste sentido, a Lei nº 10.216 prevê diretrizes para o estabelecimento de um sistema não asilar de psiquiatria. Em seu artigo 2º, por exemplo, em seu inciso VIII e IX, prevê o tratamento em ambiente terapêutico e pelos meios menos invasivos possíveis, bem como o tratamento prioritário em serviços comunitários de saúde mental. No artigo 4º, por sua vez, indica que a internação, em qualquer de suas modalidades, só poderá ocorrer em caso de insuficiência dos recursos extra-hospitalares, visando a reinserção social do paciente em seu meio. Em seu artigo 5º, a lei determina que “O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica 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.” (BRASIL, 2001). Tal previsão faz alusão, segundo Tenório (2002), aos Residenciais Terapêuticos.

A Lei da Reforma Psiquiátrica, como já dito, estipula diretrizes de alteração do sistema de assistência psiquiátrica no país, visando à substituição da cultura manicomial asilar. É, portanto, um guia central símbolo do movimento antimanicomial, que ganha corpo com um extenso arcabouço legislativo. Antes mesmo da promulgação da lei, por exemplo, o Ministério da Saúde já havia editado 11 portarias em saúde mental, as quais estimularam a criação de ferramentas alternativas de tratamento, tais como os CAPS<sup>1</sup>, unidades de saúde regionais que configuram um sistema intermediário de atendimento entre os ambulatorios e as internações hospitalares (TENÓRIO, 2002). Regulamentados pela Portaria nº 224 do Ministério da Saúde (1992), são parte integrante de um sistema composto por dois grandes grupos de atendimento, o hospitalar e o ambulatorial, integrando este último. Nesta rede de novos dispositivos comunitários que servem à integração de um novo sistema de cuidado em saúde mental, destacam-se os Residenciais Terapêuticos, tratados nas portarias nº 106 e nº 1.220 de 2000, também do Ministério da Saúde (2000).

Como elucida o art. 5º da Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), situações de grave dependência institucional ou ausência de suporte social necessitam de política

---

<sup>1</sup> Segundo o Ministério da Saúde, CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Prestam serviço de saúde aberto e comunitário, através de equipe multiprofissional, atendendo prioritariamente pessoas com sofrimento ou transtorno mental. São ferramentas substitutivas ao modelo asilar constituído pelos manicômios. Disponível em: <<http://portalsms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>>. Acesso em: 29 out. 2018.



específica. Esta, por sua vez, se traduz nas portarias nº 1.220 e nº 106 do Ministério da Saúde com os já então mencionados Residenciais Terapêuticos, merecendo destaque esta última, que traz a criação das instituições e as normas correspondentes. O art.1º da Portaria nº 106 cria este serviço no âmbito do Sistema Único de Saúde, bem como estabelece o conceito de Residencial Terapêutico, tal como "moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social." (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). São, portanto, um híbrido entre instituições assistenciais de acolhimento com serviço integrante do sistema de saúde, uma vez que servem de moradia assistida aos pacientes portadores de transtornos mentais que não possuem outro local para viver, sendo-lhes garantida a reabilitação psicossocial fora do ambiente hospitalar.

Em seu art. 2º B, a portaria estabelece uma diferenciação dos residenciais em duas modalidades, uma delas com a previsão máxima de 8 moradores em processo de desinstitucionalização, e a outra com o máximo de 10 moradores que apresentem acentuado nível de dependência, principalmente com relação a comprometimentos físicos, sendo de responsabilidade dos municípios a constituição de grupos de no mínimo 4 moradores em cada modalidade para fins de repasse de recursos financeiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Segundo o art. 5º, os residenciais terapêuticos devem ser de natureza exclusivamente pública, podendo ter natureza não governamental e sem fins lucrativos mediante apresentação de projetos terapêuticos específicos. Ademais, prevê que devem estar integrados aos serviços do SUS geridos pelo município, estado, ou por consórcios municipais. Por fim, permite que os residenciais terapêuticos funcionem por parcerias com organizações não governamentais, trabalhos sociais ou famílias de acolhimento (pessoas físicas), desde que sob supervisão de serviço ambulatorial especializado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

A criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos surge como ferramenta de transformação do sistema de atenção psiquiátrica aos portadores de transtornos mentais, visando à reabilitação psicossocial e necessidade de humanização dos cuidados em saúde mental. Com este fim, a partir da análise sistemática da Lei Federal nº 10.216/2001 e a Portaria nº 106/2002 do Ministério da Saúde, identifica-se, basicamente, 5 grupos de exigências que servem de frentes de combate ao modelo

manicomial, sendo elas: a) caracterização do estabelecimento Residencial Terapêutico; b) público-alvo; c) exigências físico-funcionais; d) elaboração de projeto terapêutico; e) exigências para a constituição do corpo profissional.

*a) Caracterização do estabelecimento Residencial Terapêutico*

Instituído pela Portaria nº 106 do Ministério da Saúde, o Serviço Residencial Terapêutico foi definido como moradia ou casa inserida na comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000) e destinada a indivíduos portadores de transtornos mentais egressos de longas internações, sem vínculo social ou familiar, sendo-lhe garantida política específica de reabilitação psicossocial assistida (BRASIL, 2001). Os residenciais configuram modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica hospitalar, de modo que cada acolhimento no serviço deve representar proporcional redução de leitos psiquiátricos, realocando os recursos à constituição da rede alternativa de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2001), devendo estar localizados fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Em seu artigo 5º, a Portaria nº 106 determina a natureza exclusivamente pública dos residenciais (alínea a), integrando a rede do Serviço Único de Saúde municipal, estadual ou por consórcios intermunicipais (alínea c). Podem, ainda, assumir natureza não governamental ou funcionar em parcerias com ONGs de saúde, trabalhos sociais ou pessoas físicas, desde que com Projetos Terapêuticos específicos e supervisão de serviço ambulatorial especializado em saúde mental (alínea a e e). Em seu art. 7º, determina que estejam conectados a serviços ambulatoriais especializados, e que estes, por sua vez, atuem na assistência e supervisão das atividades realizadas no local. Em seu artigo 8ª, estabelece competência do gestor municipal ou estadual para identificação dos usuários e sua transferência dos hospitais psiquiátricos. Exige, ainda, que a inclusão no cadastro do SUS respeite as normas gerais do sistema, bem como um rol de documentação para o enquadramento regular na categoria de SRT, devendo ser encaminhadas ao Ministério da Saúde as relações dos residenciais cadastrados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Por fim, exige-se que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com apoio do Ministério da Saúde, realizem supervisão e controle de qualidade dos serviços oferecidos pelos residenciais terapêuticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

*b) Público-alvo*

A Lei Federal nº 10.216/2001 estabelece a necessidade de criação de política específica de reabilitação social aos pacientes hospitalizados por longo período<sup>2</sup>, sofrendo grave dependência institucional decorrente da ausência de vínculo social ou de sua condição clínica (art. 5º). No mesmo sentido, a Portaria nº 106 determina a destinação do SRT a pessoas egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia (art. 2º-A). Em seu art. 3º, a Portaria nº 106 especifica a dependência institucional como a impossibilidade de desfrute integral de autonomia social somada à ausência de vínculo familiar ou de moradia (alínea a) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

O público-alvo dos residenciais divide-se em duas principais categorias, responsáveis pela caracterização do serviço em Tipo I ou Tipo II. O Tipo I destina-se à pessoa com transtorno mental em processo de desinstitucionalização (art. 2º-B, parágrafo 1º), enquanto o Tipo II destina-se à pessoa com acentuado nível de dependência, em especial pela necessidade de cuidados permanentes específicos em decorrência de sua condição clínica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

*c) Exigências físico-funcionais*

A Lei Federal nº 10.216 (BRASIL, 2001). determina que o tratamento em regime de internação<sup>3</sup>, indicado apenas quando outros recursos extra-hospitalares não se mostrarem suficientes, deverá oferecer assistência integral, incluindo não só serviço médico, como de assistência social, psicológico, ocupacional, de lazer e outros que se fizerem necessários (art. 4º, parágrafo 2º). Embora os residenciais terapêuticos não sejam modalidades de internação psiquiátrica, acabam sendo pautados por essas diretrizes, correspondendo a um modelo assistencial substitutivo de atenção integral.

---

<sup>2</sup> É considerada internação de longa permanência a internação de dois ou mais anos ininterruptos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

<sup>3</sup> A Lei nº 10.216/2001 prevê três modalidades de internação psiquiátrica, sendo elas: a) voluntária: com consentimento do usuário; b) Involuntária: a pedido de terceiro, cujo consentimento do usuário é irrelevante; c) compulsória: determinada pela justiça (art.6º, incisos I, II e III). A lei é omissa com relação ao enquadramento do Serviço Residencial Terapêutico como internação voluntária ou como ferramenta alternativa que não se enquadra em nenhuma hipótese de internação psiquiátrica. A Portaria nº 106/2000 do Ministério da Saúde dirá que o Serviço Residencial Terapêutico constitui modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada (art. 2º) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; BRASIL, 2001).

A Portaria nº 106 do Ministério da Saúde traz, em seu art. 6º, a determinação de residenciais situados fora dos limites das unidades hospitalares gerais ou especializadas, com estruturas que contemplem, dentre outros, dimensões físicas compatíveis com o máximo de oito usuários (três usuários por dormitório), mobiliário adequado e confortável incluindo camas e armários e copa e cozinha equipadas com os equipamentos necessários, sendo garantidas pelo menos três refeições diárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

*d) Elaboração de projeto terapêutico*

Os Residenciais Terapêuticos surgem como tentativa de qualificar a assistência em saúde mental, substituindo as internações hospitalares de caráter asilar. A fim de ser capacitada como uma ferramenta consistente e competente na substituição do modelo de psiquiatria hospitalocêntrica, a Portaria nº 106 determina a previsão de um Projeto Terapêutico que priorize o estímulo da autonomia do paciente para realização de atividades cotidianas, bem como sua reintegração social por meio dos princípios de reabilitação psicossocial<sup>4</sup>, incluindo programas de alfabetização e reinserção no trabalho. Por fim, ressalta a capacidade dos usuários, que devem ter garantidos seus direitos de cidadão e de pessoas em condição de desenvolver uma vida integrada à comunidade (art.4º) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Como afirmam Hirdes e Kantorski (2004), reabilitação psicossocial é um processo complexo, uma vez que necessita da articulação de várias instâncias, exigindo a formulação de políticas específicas e sua efetiva implementação. Entende-se reabilitação psicossocial, ainda, como um conjunto de medidas voltadas a facilitar a oportunidade para indivíduos portadores de transtornos mentais em alcançar melhores níveis de independência na comunidade. Tais transformações devem atingir tanto profissionais quanto usuários, constituindo mudanças que minimizem incapacidades e desvantagens físicas e mentais, bem como promovam melhora da qualidade de suas vidas (HIRDES; KANTORSKI, 2004, p.217).

---

<sup>4</sup> “Os princípios da reabilitação psiquiátrica são os seguintes: individualização de todos os serviços; máximo envolvimento de clientes, preferência e escolha; normalização e serviços comunidade-baseado; focalizar os pontos fortes; avaliação situacional; integração tratamento/reabilitação, abordagem holística; serviços coordenados, acessíveis e contínuos; foco vocacional; treinamento de habilidades; modificações ambientais e suporte; participação com a família e foco orientado na identificação, avaliação e resultado.” (HIRDES, KANTORSKI 2004, p. 220).

*e) Exigências para constituição do corpo profissional*

Como forma de garantir um corpo profissional especializado para atuar na assistência e supervisão das atividades, recebe destaque o art. 7º da Portaria nº 106 do Ministério da Saúde (2000), que exige, no mínimo, 1 (um) profissional de nível superior da área da saúde com formação ou experiência em saúde mental; 2 (dois) profissionais de nível médio com formação ou experiência em reabilitação psicossocial. Ademais, o art. 2º-B, em seu parágrafo 4º, exige que os SRT tipo II possuam técnico de enfermagem e cuidadores de referência.

Como afirma Tenório (2002), a reforma psiquiátrica possui, dentro outros, o desafio de criar ferramentas alternativas consistentes e competentes na substituição do sistema psiquiátrico hospitalar. Com este objetivo, a Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei Federal nº 10.216/2001, bem como a Portaria nº 106 do Ministério da Saúde, determinaram a criação de uma modalidade de acolhimento alternativa às internações psiquiátricas: os Residenciais Terapêuticos. São, portanto, uma das instituições que compõem um sistema de enfrentamento à psiquiatria hospitalocêntrica, tendo os critérios para sua implementação e fiscalização detalhados em legislações estaduais ou municipais, conforme próximo item.

### 3.2 A IMPLEMENTAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS NO CONTEXTO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

O sistema psiquiátrico rio grandense foi oficializado com a criação do Hospital São Pedro (hoje um dos hospitais estaduais gerenciados pelo Departamento de Coordenação dos Hospitais Estaduais da Secretaria Estadual da Saúde) através de decreto provincial em 1879, mas inaugurado efetivamente em 1884, 5 anos depois, sob administração da Santa Casa (ODA; DALGALARRONDO, 2005). Tal instituição foi a única responsável pelos cuidados em saúde mental no Rio Grande do Sul até 1931, quando foi criado o Sanatório Henrique Roxo na cidade de Pelotas (GASTAL et al., 2007), e não teve qualquer envolvimento de organização que congregasse os médicos provinciais a fim de discutir sua criação, de modo que a corporação médica ocupou papel coadjuvante neste momento histórico, tendo que lutar pelo reconhecimento de seu espaço e voz na formação da psiquiatria do estado (WADI, 2000).

Antes da criação do Hospital São Pedro, a psiquiatria rio grandense era baseada na ideia de filantropia prestada pela Santa Casa de Misericórdia. Não havia, na época, um interesse do Estado em regular especificamente as questões de saúde mental, de modo que os denominados alienados eram questão secundária nos cuidados da saúde, sendo acolhidos e tratados em hospitais de natureza geral. Como narra Oda e Dalgarrondo (2005) com base em relatórios provinciais da década 1850 a 1880, o Hospital de Misericórdia da capital possuía quatro enfermarias gerais distintas, sendo uma para enfermos do sexo masculino, outra para enfermos do sexo feminino, uma terceira para inválidos incuráveis e uma quarta para enfermos particulares. Aos alienados, por sua vez, eram destinadas outras formas de reclusão. No ano de 1860, dos 804 pacientes registrados, 52 eram considerados alienados, e destes, 46 (88%) eram enquadrados na categoria “pobres” (ODA; DALGALARRONDO, 2005).

Conforme desenvolveu-se o aumento do controle estatal sobre os portadores de transtornos mentais, maior passou a ser a demanda por locais de acolhimento. Em um relatório de 1864 do presidente da província, Espiridião Elói de Barros Pimentel, constata-se a criação de um asilo de alienados anexo ao Hospital da Santa Casa, conforme a descrição:

No dia 2 de dezembro último (1863) foi com toda a solenidade inaugurado este estabelecimento no edifício para ele expressamente construído com as necessárias proporções e sob o mesmo plano do hospital de caridade, de que é continuação. No pavimento superior destinado às mulheres foram recolhidas ... 13 alienadas; o segundo pavimento destinado para os homens recebeu 18 alienados [...] No pavimento térreo, que nenhuma aplicação especial por ora tinha, estabeleceu-se uma enfermaria e abrigo, em que fossem recolhidos e tratados em suas enfermidades os mendigos inválidos (ODA; DALGALARRONDO, 2005, p. 994).

Percebe-se, aqui, a manifestação dos ideais preconizados pela psiquiatria da época, fundada na ideia de doença mental como anomalia social, e internação como modalidade única de enfrentamento. Percebe-se, ademais, o tratamento diferenciado para com aqueles em situação de vulnerabilidade social, uma vez que a esses era destinado o pavimento restante, sem destinação específica, que agora serviria ao recolhimento dos chamados mendigos inválidos. Era o início do que Vizeu (2005) chamaria de um tipo organizacional caracterizado por dois elementos estruturais básicos, o internamento e o isolamento como combate à loucura. Segundo o autor, o manicômio, e temos aqui seu protótipo no asilo para alienados, foi feito para curar a doença mental a para excluir e controlar o insano, uma vez que a loucura, entendida

como a contraposição perfeita à razão, era vista como um mal social a ser excluído definitivamente (VIZEU, 2005). O asilo anexo ao hospital, no entanto, se mostrou ineficaz frente aos preceitos da ciência e princípios de humanidade, tendo tornado-se necessária a criação de um novo local de acolhimento, o que mais tarde viria a ser o Hospital Psiquiátrico São Pedro (ODA; DALGALARRONDO, 2005). Dentre os argumentos pelo fim do asilo anexo à Santa Casa e criação de uma nova instituição, alegava-se as péssimas condições de vida, a mistura prejudicial entre alienados e pessoas provenientes da cadeia pública, bem como a responsabilidade da sociedade cristã, que não poderia ignorar a triste realidade desses pacientes (WADI, 2000).

O Hospício São Pedro, assim que inaugurado, recebeu 41 alienados provenientes da Santa Casa e outros da Cadeia (CHEUICHE, 2014b). Sua criação, de início, pareceu a solução para o tratamento dos doentes mentais da época. Foi parte de um projeto de saneamento social, à medida que deslocava para a área suburbana da capital todos aqueles que apresentassem desvio de conduta, vistos com maus olhos à emergente sociedade capitalista. A loucura era uma ameaça, e a resposta a ela era o isolamento físico capaz de manter essas pessoas longe do espaço público (CHEUICHE, 2004b). Neste contexto, as internações aumentaram significativamente, o que gerou uma superlotação do hospital e um gigantismo da instituição, que não era mais suficiente para controlar as questões de saúde mental do Rio Grande do Sul (GASTAL et al., 2007).

Uma das primeiras medidas de enfrentamento à superlotação, segundo o historiador Edson Cheuiche (2004b), foi a inauguração da Colônia do Jacuhy em 1918, e responsável pelo acolhimento de 109 pacientes em 1925, tendo suas atividades encerradas logo em seguida, em 1937. Pouco antes, em 1935, foram construídos dois pavilhões na Colônia Agrícola nos fundos do Hospital São Pedro para receber os alienados da colônia do Jacuhy, que foram transferidos do seu fechamento, em 1937. Em 1948, a Colônia Agrícola do São Pedro já contava com 425 pacientes indigentes e 28 pensionistas, mantendo majoritariamente um contingente de indigentes “tísicos e crônicos”, como informa o historiador (CHEUICHE, 2004a).

Na década de 1960, com a superlotação do Hospital São Pedro ainda mais intensificada<sup>5</sup>, ocorre a segunda reforma psiquiátrica no estado<sup>6</sup>, que inicia um processo de desenvolvimento da socioterapia<sup>7</sup> e ampliação da praxiterapia<sup>8</sup>, estimulando atendimentos extra-hospitalares com uma equipe multidisciplinar e sob os parâmetros de um modelo de comunidade terapêutica (GASTAL et al., 2007). É o que Goldberg (1979, p. 151) entende como manifestações básicas do serviço social que se mobiliza no sentido de um trabalho congregado de ciências humanas com o fim de canalizar a ideia de coletivo aos desígnios humanísticos, a partir de um esforço constante entre psicologia, sociologia e outras ciências.

Pelos problemas de superlotação e a emergência internacional de novos modelos assistenciais, o Rio Grande do Sul iniciou seu processo de desinstitucionalização, pretendendo romper com o ideal hospitalocêntrico já enraizado (GASTAL et al., 2007). Constituía-se o movimento antimanicomial pela superação da psiquiatria fundada na instituição física dos manicômios, e iniciava o processo de substituição por uma assistência terapêutica alternativa. Uma das evidências deste movimento está em dados do Sanatório Henrique Roxo, que passou a ser denominado Clínica Olivé, e que determinou, em suas diretrizes, a eliminação de práticas e atividades identificadas como asilares, reduzindo a institucionalização de seus pacientes de 19% na década de 1930, para menos de 0,8% na década de 1990 (GASTAL et al., 2007).

As mudanças tornaram-se cada vez mais perceptíveis. Em 1961, ocorria a inauguração do primeiro Hospital Dia<sup>9</sup> no Rio Grande do Sul, a Clínica Pínel. Em 1965, nasciam medidas como o Plano Crônico e Plano de Extensão dos Serviços de Assistência Psiquiátrica, que visavam à reabilitação de pacientes crônicos, bem como

---

<sup>5</sup> Segundo o historiador do Hospital Psiquiátrico São Pedro, a escala de pacientes variou de 88 em 1884 para 6.103 em 1950 e 7.611 em 1957. A população transitante no hospital teria sido de 150.000 pacientes de 1929 a 1969 (CHEUICHE, 2004a).

<sup>6</sup> A primeira reforma psiquiátrica rio-grandense pode ser considerada, segundo Gastal et al. (2007), a implementação dos antibióticos. A tecnologia dos medicamentos aplicados à doença mental foi significativa para maior autonomia dos pacientes, que passaram a viver com maiores condições de autonomia e capacidade de integração social, possibilitando uma pequena migração dos hospitais para as comunidades, promovendo maior integração familiar e comunitária.

<sup>7</sup> “O estudo e aplicação da socioterapia, principalmente nos países sub-desenvolvidos, deve se verificar a partir de um trabalho de respostas aos anseios pessoais e de progresso comunitário.” (GOLDEBERG, 1979, p. 152)

<sup>8</sup> Praxiterapia é o tratamento que se baseia no trabalho organizado como critério terapêutico.

<sup>9</sup> “Art. 2º Definir como Regime de Hospital Dia a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).



a desinstitucionalização dos atendimentos em saúde mental. A década de 1970 trazia a sedimentação da segunda reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, com a contratação de leitos em hospitais privados, acompanhando o movimento nacional de privatização dos cuidados psiquiátricos, bem como um maior investimento em programas de reinserção social, que acabaram por desospitalizar cerca de 65% dos pacientes no período (GASTAL et al., 2007). Já na década de 1980, como no resto do país, ocorreria o que Gastal et al. chamam de terceira reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, com o movimento antimanicomial e suas intenções de extinguir gradativamente os hospitais psiquiátricos, através da implementação de uma rede capilarizada de assistência terapêutica comunitária de integração social e familiar.

Em 1992, foram regulamentadas as normas para prestação de serviços em saúde mental através das Portaria nº 224 do Ministério da Saúde (GASTAL et al., 2007). Esta portaria trouxe contribuições como a previsão dos Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS, consideradas unidades de atendimento e cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar por equipe multiprofissional, contando com atividades comunitárias voltadas à integração do portador de transtorno mental à sociedade. Previu, ademais, a instituição do hospital-dia na rede psiquiátrica de saúde mental como forma de substituição à internação integral. Por fim, caracterizou as unidades psiquiátricas nos hospitais gerais como medida última de retaguarda hospitalar, quando todas as outras unidades de atendimento não fossem suficientes. A Portaria nº 224 do Ministério da Saúde (1992), no entanto, não rompeu com a existência de hospitais psiquiátricos, previstos em seu artigo 4º para o tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação. Por fim, proibiu a existência de espaços restritivos como celas fortes, e garantiu o registro adequado de todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados nas mais variadas modalidades de atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992).

Foi durante este processo de mudanças paradigmáticas sobre a psiquiatria e a ressignificação das medidas mais adequadas para o tratamento dos pacientes portadores de transtornos mentais que, em 1992, foi criada a primeira legislação estadual específica em saúde mental, a Lei Estadual nº 9.716, que representou, a nível estadual, mudanças proporcionais à Lei Federal nº 10.216 de 2001. Foi esta lei que implementou, no Rio Grande do Sul, as conquistas do movimento antimanicomial, vedando expressamente a construção ou ampliação de hospitais psiquiátricos, fossem

eles públicos ou privados, bem como a contratação de novos leitos nesses hospitais (GASTAL et al., 2007). Os autores (2007) afirmam que esta lei trouxe, ainda, a determinação de criação de variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, consolidando as reivindicações dos defensores da reforma psiquiátrica em estabelecer uma rede comunitária alternativa de atendimento.

A Lei Estadual nº 9.176 de 07 de agosto de 1992 foi, portanto, a concretização legislativa do movimento da reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Com o objetivo de substituir progressivamente os leitos em hospitais psiquiátricos, previu o estabelecimento e fortalecimento de uma rede de atenção integral em saúde mental, vedando a construção e ampliação das instituições manicomiais (art. 3º) (RIO GRANDE DO SUL, 1992). Com relação ao Serviço Residencial Terapêutico, não há referência expressa, limitando-se à previsão de “centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados e pensões públicas comunitárias.” (BRASIL, 1992).

A regulamentação dos Serviços Residenciais Terapêuticos no estado, portanto, ocorreu com a promulgação da Lei Estadual nº 11.791 de 22 de maio de 2002, que instituiu as normas de funcionamento do serviço no Rio Grande do Sul. Em seu art.1º, caracteriza o residencial terapêutico como uma forma provisória de efetivar a reabilitação psicossocial de portadores de transtornos mentais, entendida como processo de reconstrução da cidadania em espaços como casa, trabalho e rede social (art. 2º), principalmente em caso de internações hospitalares prolongadas ou situação de vulnerabilidade social, definida como pobreza, abandono ou maus tratos (art. 1º e 2º) (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

Em um rol de 15 artigos, a lei estabelece exigências que podem ser enquadradas nas mesmas categorias básicas provenientes da análise sistemática da Lei Federal nº 10.216/2001 e Portaria nº 106 do Ministério da Saúde, merecendo destaque aquelas ainda não tratadas em legislação federal: a) caracterização do estabelecimento Residencial Terapêutico; b) público-alvo; c) exigências físico-funcionais; d) elaboração de projeto terapêutico; e) exigências para a constituição do corpo profissional.

#### *a) Caracterização do estabelecimento Residencial Terapêutico*

A Lei nº 10.216/2001 caracteriza os residenciais terapêuticos como estabelecimentos provisórios de assistência com foco na reabilitação psicossocial de pessoas provenientes de longas ou repetidas internações e/ou em situação de vulnerabilidade social (art. 1º). Com relação aos dispositivos federais já analisados,

inova em definir especificamente quatro conceitos: a) assistência: conjunto de ações de reabilitação psicossocial que incluem abrigo, alimentação, higiene e lazer (Art. 2º, inciso I); b) vulnerabilidade social: pobreza, abandono, maus-tratos e a própria situação de deficiência física e mental (Art. 2º, inciso II); c) provisoriedade: período de tempo capaz de atingir os objetivos de reabilitação definidos no art. 1º (Art. 2º, inciso III) e d) reabilitação psicossocial: processo de reconstrução da cidadania a partir dos pilares casa, trabalho e rede social (BRASIL, 2001).

O ingresso nos residenciais deverá ser mediado por profissional de saúde, após avaliação física, psicológica e social que deverá, por sua vez, constar nos registros do paciente (art. 11º). Por fim, os artigos 12º e 13º determinam um prazo de dois anos para adaptação dos residenciais já existentes, bem como noventa dias para regulamentação desta lei pelo Poder Executivo (BRASIL, 2001)

#### *b) Público-alvo*

Os residenciais destinam-se aos pacientes asilares portadores de transtorno mental e/ou deficiência que perderam o vínculo com a sociedade familiar e que se encontram em situação de desamparo e dependência, principalmente por histórico de longas ou repetidas internações, e/ou situação de vulnerabilidade social. A lei destina o serviço, ainda, aos maiores de 18 anos, de ambos os sexos (RIO GRANDE DO SUL, 2002). Há pela primeira vez, uma delimitação da faixa-etária, bem como do sexo dos usuários.

#### *c) Exigências físico-funcionais*

A Lei nº 11.791 condiciona o funcionamento dos residenciais terapêuticos à autorização de órgão sanitário competente, mediante expedição de alvará de saúde ou licença (art. 3º). Além da proibição da existência de quartos fechados ou isolados no art. 8º, inciso VI, o art. 10º estabelece que o local seja adaptado a pessoas com dificuldade de locomoção, possuindo espaço para até 3 usuários por dormitório, cômodos confortáveis e com privacidade, e espaço externo para lazer. O art. 11º, por sua vez, traz importante determinação ao explicitar o caráter voluntário do ingresso e permanência nos residenciais, sendo permitido o livre acesso às instituições tanto pelo usuário quanto por pessoas de sua relação (parágrafo único) (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

Importante ressaltar que o residencial terapêutico não deve ser a instituição de referência para intercorrências clínicas e de emergência, bem como atendimento clínico e psiquiátrico, os quais deverão ocorrer em serviço de saúde de referência (art. 9º). Nesses casos, a forma de encaminhamento deverá estar prevista nos estatutos ou regimentos internos, e o retorno deverá ocorrer quando da regularização do quadro patológico (art. 9º, parágrafo 1º e 2º) (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

*d) Elaboração de projeto terapêutico*

A Lei nº 11.791 (RIO GRANDE DO SUL, 2002) diferencia, pela primeira vez, Programa Terapêutico de Plano Terapêutico Individual, prevendo a necessária implementação de ambos (art.5º). O art. 6º define Programa Terapêutico como o conjunto de diretrizes e objetivos que estabelecem o papel do residencial no processo de reintegração psicossocial. o Art. 7º define Plano Terapêutico Individual, por sua vez, como um registro personalizado dos dados dos usuário, assim como das atividades previstas e o registro de todos os fatos relevantes durante o período de acolhimento.

O Art. 8º determina a supervisão desses planos pela Secretaria Municipal de Saúde, bem como elenca princípios e diretrizes a serem seguidos pelo serviço, tanto na elaboração do programa terapêutico, como dos planos terapêuticos individuais. Nesse sentido, prioriza o processo progressivo de construção da autonomia do usuário (inciso I), bem como garante o acesso do indivíduo a um projeto de reintegração social, incluindo programas de alfabetização, reinserção no mercado de trabalho e estímulo à realização de atividades domésticas e pessoais (inciso II). Determina, ainda, que os moradores façam parte da gestão e administração dos residenciais, possuindo livre acesso aos registros referentes à sua vida e condições de saúde (inciso IV). Por fim, o art. 8º reitera determinações federais de proibição de quartos trancados ou isolados, e expressa a não exploração da mão-de-obra dos usuários, cujos trabalhos devem ser devidamente remunerados (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

*e) Exigências para constituição do corpo profissional*

Em seu art.4º, a Lei nº 11.791 prevê que os residenciais terapêuticos possuam, no mínimo, um profissional de ensino superior com formação ou experiência na área de saúde mental, a fim de que seja apto para a formulação do Programa Terapêutico e Plano Terapêutico Individual. Em seu art. 5º, determina a existência de uma equipe

de apoio interdisciplinar composta por profissionais da área de saúde mental e nível médio, a fim de acompanhar os usuários e o cumprimento dos respectivos planos terapêuticos (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

A partir desta análise, percebe-se que a regulamentação dos Residenciais Terapêuticos no Rio Grande do Sul perpassa dois principais dispositivos federais, sendo eles a Lei Federal nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001) e a Portaria nº 106 do Ministério da Saúde (2000), bem como dois dispositivos estaduais, a Lei Estadual nº 9.716/1992 e 11.791/2002 (RIO GRANDE DO SUL, 1992, 2002). Não há, a nível municipal, regulamentação sobre o assunto.

Constata-se, a nível legislativo, uma adequação do Serviço Residencial Terapêutico aos ideais preconizados pelo movimento antimanicomial, tais como o incentivo à progressiva desinstitucionalização e valorização de tratamentos alternativos, integrados em uma rede comunitária de atenção integral. Os Residenciais Terapêuticos, portanto, apresentam-se, aparentemente, como ferramentas alternativas consistentes na substituição dos hospitais psiquiátricos como centro dos cuidados em saúde mental. Cabe saber, portanto, se este dispositivo tem sido capaz, na prática, de efetivar o ideal de desinstitucionalização trazido pela reforma psiquiátrica. Nesse sentido, a próxima seção será destinada à análise de duas instituições emblemáticas de acolhimento, a fim de verificar: a) se o Serviço Residencial Terapêutico, quando instituído de maneira regular e oficial, atende às diretrizes legais de reabilitação psicossocial; e b) a viabilidade prática de implementação do Serviço Residencial Terapêutico em grande escala, em face da alta demanda por acolhimento institucional de portadores de transtornos mentais em situação de vulnerabilidade social e ausência de vínculo familiar.

### 3.3 CASOS DE SUCESSO E FRACASSO NA IMPLEMENTAÇÃO DE RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

A hipótese deste trabalho é de que os Residenciais Terapêuticos não estariam, na prática, cumprindo com os ideais de desinstitucionalização e humanização preconizados pela reforma psiquiátrica diante da incompatibilidade da natureza do serviço com a alta demanda institucional de acolhimento.

Tal hipótese partiu da análise do Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas realizado em 2017 (CFP, 2018), uma vez que estas instituições de saúde demonstraram acolher pessoas portadoras de transtornos mentais quando na ausência dos serviços específicos, os Residenciais Terapêuticos. Com a certeza de que o assunto merece a devida atenção, e a fim de verificar, no âmbito do Rio Grande do Sul, quais seriam as dificuldades práticas na implementação do Serviço Residencial Terapêutico, foram escolhidos dois casos emblemáticos para o estado, por representarem exemplos extremos de uma instituição que deu certo, e de outra que enfrenta inúmeros entraves. Em visita à Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos de Porto Alegre, obtive o Relatório de Verificação realizado pelo Gabinete de Assessoramento Técnico do MPRS em duas instituições: a) Serviço Residencial Nova Vida e b) Centro de Reabilitação Vita (Centro Vita). Uma, regularmente inscrita como Serviço Residencial Terapêutico, a fim de demonstrar a possibilidade real de implementação do sistema e, se nesse contexto, as diretrizes de reabilitação psicossocial são cumpridas. Outra, uma instituição de acolhimento com público-alvo misto, comportando idosos, portadores de transtornos mentais e indivíduos em situação de drogadição, a fim de servir como modelo apto a demonstrar as dificuldades reais de implementação do sistema, verificando a viabilidade prática do Serviço Residencial Terapêutico diante das demandas sociais por acolhimento.

Com esta análise de casos, espera-se uma conclusão sobre o Serviço Residencial Terapêutico ser, de fato, uma ferramenta alternativa consistente e competente não só para protagonizar o centro de acolhimento em saúde mental, mas principalmente para auxiliar na desconstrução de um circuito manicômio-dependente. Espera-se verificar, portanto, não só a compatibilidade dos residenciais devidamente regularizados com as determinações legais, mas também a sua capacidade de suprir as necessidades comunitárias da população portadora de transtorno mental em situação de vulnerabilidade social e sem vínculos familiares.

Ademais, espera-se poder identificar os principais entraves à implementação dos residenciais terapêuticos que possam justificar a existência de comunidades terapêuticas irregulares ocupando o papel de acolhimento institucional de portadores de transtorno mental. Assim, a intenção deste trabalho é trazer uma contribuição positiva ao identificar a real situação do serviço de acolhimento psiquiátrico no Rio Grande do Sul e assim compreender as virtudes e as falhas da reforma psiquiátrica

na constituição de uma rede assistencial integrada substitutiva do modelo asilar manicomial .

Para tanto, usando de parâmetro as principais determinações contidas na Portaria nº 106 do Ministério da Saúde, bem como na Lei Estadual nº 11.791/2002 do Rio Grande do Sul (2002), a análise dos estabelecimentos obedecerá às cinco categorias já utilizadas no estudo legislativo: a) caracterização do estabelecimento; b) público-alvo; c) condições físico/funcionais; d) projeto terapêutico; e) formação do corpo profissional. A partir da análise destes critérios, será verificada a correspondência de cada estabelecimento com as exigências legais e, em suas incompatibilidades, a demonstração dos problemas reais de implementação do Serviço Residencial Terapêutico no Rio Grande do Sul.

### **3.3.1 O caso do Serviço Residencial Nova Vida**

Análise de relatório proveniente da Divisão de Assessoramento Técnico - Unidade de Assessoramento em Direitos Humanos - IC 0112800208/2017 - vistoria realizada em 09 de abril de 2018 (MPRS, 2018).

#### *a) Caracterização do estabelecimento*

Instituição de natureza pública municipal. Regularmente cadastrado como Serviço Residencial Terapêutico na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo parte integrante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)<sup>10</sup>. Localizado na Rua Santana, 762, Bairro Farroupilha, Porto Alegre/RS, faz parte do Sistema Único de Saúde. É o único SRT tipo II em Porto Alegre<sup>11</sup>. Possui dez (10) vagas destinadas a pessoas adultas de 18 a 59 anos de idade. Possui recursos municipais provenientes de cofinanciamento estadual e federal no valor de R\$ 20.000,00 mensais, sendo metade proveniente do estado e outra metade do Ministério da Saúde. O cofinanciamento é transferido ao Fundo Municipal de Saúde, responsável pelo custeio dos serviços

---

<sup>10</sup> Conforme a Consolidação nº 3 de setembro de 2017, a Rede de Atenção Psicossocial possui a finalidade de articular pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma que o Residencial Terapêutico é uma de suas estratégias de desinstitucionalização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

<sup>11</sup> Existe outro residencial mantido à Rua Cristiano Fischer, mas é do tipo I, para usuários com maior autonomia, e contém quatro (04) vagas.

(MPRS, 2018, p. 4). Os recursos financeiros ficam, portanto, vinculados à disponibilidade dos repasses ao Fundo Municipal de Saúde, mensalmente, pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde.

A gestão do residencial é feita pela Secretaria Municipal de Saúde que, através do Fundo Municipal, responsabiliza-se pela contratação dos profissionais e fiscalização do local. A administração se dá em conjunto com um responsável técnico especialista em saúde mental, bem como uma coordenadoria geral e outras duas especializadas, havendo a coordenação de enfermagem e de nutrição. As regras internas de funcionamento também são de competência da Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura Municipal de Porto Alegre através do Projeto Terapêutico, que traça os objetivos da instituição e estabelecem critérios para ingresso e saída dos usuários, formação do corpo profissional, dentre outros (MPRS, 2018, p. 1).

Os encaminhamentos dos usuários são de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde. Há informação de que diversas instituições solicitam vagas no residencial, mas a oferta é insuficiente para atender à demanda. A coordenadora entrevistada afirmou, ainda, que a verba de contrapartida estadual/federal para o Fundo Municipal de Saúde teria sido concedida na perspectiva de, mais tarde, serem criadas outras unidades do Serviço Residencial Terapêutico na Capital, o que não tem acontecido (MPRS, 2018, p. 6).

#### *b) Público Alvo*

Pessoas adultas, com transtornos mentais, egressas de longas internações em hospitais psiquiátricos e/ou de custódia, que não possuam vínculos familiares e/ou sociais que possibilitem sua reinserção social (MPRS, 2018, p. 5). Devem ser oriundos de Porto Alegre, e apresentar ciência e concordância ao serem acolhidos no residencial, assumindo responsabilidades de autocuidado e com o espaço de convivência. Devem, ademais, participar na construção dos seus Planos Terapêuticos Singulares (MPRS, 2018, p. 5).

Possui, à data da vistoria, nove moradores e dois indivíduos em processo de inclusão no serviço<sup>12</sup>. O processo de acolhimento inicia com a visita de avaliação, em

---

<sup>12</sup> A coordenação informou que diversos internos apresentam, além de transtorno mental, comprometimento intelectual que os retira a condição de autonomia, de modo que apresentam constantes crises que exigem hospitalizações psiquiátricas (MPRS, 2018, p. 6).



que os profissionais deslocam-se até o usuário candidato, momento em que é verificada a voluntariedade da institucionalização. Em caso positivo, a situação é levada à discussão pela equipe de trabalho do residencial, que, em havendo vaga e decisão de acolhimento, determina a fase de ambientação (relatório de vistoria - p.6) Os critérios de saída, por sua vez, podem ser o desligamento por variados motivos, ou a própria conclusão do Plano Terapêutico Singular, tendo sido atingidos os objetivos previstos de reinserção social e tornando-se possível a moradia em outro local<sup>13</sup> (MPRS, 2018, p. 5).

*c) Condições físico-funcionais*

A instituição apresenta acessibilidade para pessoas com dificuldade de locomoção. Possui condições favoráveis de habitabilidade, higienização, ventilação e organização. A edificação conta com dois pavimentos, de modo que há acesso interno ao segundo piso por escada e elevador. Todos os banheiros são separados por sexo, e há espaço adaptado para cadeirantes. Além disso, todas as janelas apresentam grade protetora. Há sala de oficinas, refeitório e sala de convivência, cozinha, área coberta com churrasqueira e outros. Há, ainda, posto de enfermagem com dois ambientes, bem como três dormitórios masculinos e três femininos, todos climatizados com ar condicionado split e cada um com duas camas, bem como armários individuais. Há dois banheiros com acessibilidade, um para cada sexo, junto aos dormitórios dos residentes. Há local adequado para armazenamento de botijão de gás, bem como para descarte de lixo. Quanto à rotina, são servidas seis refeições diárias com cardápio elaborado por uma nutricionista. Os próprios residentes arrumam suas camas, lavam e organizam suas roupas. A limpeza dos ambientes, no entanto, não é de responsabilidade dos usuários. Há atividades como jogos, oficinas terapêuticas, leitura, ginástica laboral e cinema em casa. As visitas de familiares são muito esporádicas e apenas para três residentes. Não há relato de evasões (MPRS, 2018, p. 12).

---

<sup>13</sup> Normalmente, os recursos financeiros próprios dos usuários decorrem de Benefício de Prestação Continuada (BPC - uma espécie de benefício previdenciário proveniente da Lei Orgânica de Assistência Social e destinado a pessoas idosas ou portadoras de deficiência em condição de miserabilidade) e Programa de Volta Para Casa (instituído no governo Lula pela Lei Federal nº 10.708 de 31 de julho de 2003, com a previsão do pagamento de R\$ 240,00 pelo período de um ano aos pacientes em situação de grave dependência institucional, sendo-lhes destinada política específica de reabilitação psicossocial assistida).

*d) Projeto Terapêutico*

Elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura Municipal de Porto Alegre em maio de 2017, destina-se a estabelecer as diretrizes de funcionamento do Residencial. Determina que o RT Nova Vida presta cuidados em saúde integral na forma de atenção residencial, visando à desinstitucionalização e reinserção social no contexto das comunidades na cidade de Porto Alegre. Elenca, como objetivos específicos, o cuidado singular focado na reapropriação do espaço residencial como moradia, bem como o estabelecimento de vínculos afetivos, reabilitação psicossocial e resgate da cidadania e reinserção no espaço da cidade, a partir da elaboração de Planos Terapêuticos Individuais (MPRS, 2018, p. 5). O Plano Terapêutico Singular (PTS) compõe um roteiro com o histórico e o atual projeto de vida de cada indivíduo, a partir de um trabalho conjunto entre a equipe do Residencial e o CAPS de referência, além da contribuição dos próprios usuários (MPRS, 2018, p. 12). No Plano Terapêutico, há menções à autonomia para deslocamentos sem acompanhamento da equipe, e as rotinas são registradas no prontuário individual, compondo um livro denominado “Relatório/2018”. Todos participam de atividades no CAPS Centro (CAPS II). Alguns possuem autorização para circular sozinhos pela cidade, possuindo inclusive o Cartão de Transporte Urbano (TRI). Os usuários também acessam a Estratégia de Família Modelo (ESF) e o Plantão de Emergência em Saúde Mental (PESM) Cruzeiro (MPRS, 2018, p. 9).

*e) Formação do corpo profissional*

Quanto aos recursos humanos, há um total de 27 funcionários contratados pela Secretaria Municipal de Saúde, e todos os cuidadores (13) são técnicos ou auxiliares de enfermagem em regime de 12 horas de trabalho para 60 horas de folga, de modo que as escalas são programadas para que haja, pelo menos, dois cuidadores em cada turno. Há ainda 1 auxiliar de serviços gerais, 1 coordenadora formada em pedagogia e especialista em saúde mental, 1 nutricionista e 2 enfermeiras, todos estatutários. Por fim, 3 cozinheiras, 4 porteiros e 2 auxiliares gerais terceirizados. Ademais, há espaço para trabalhos específicos de profissionais da Unisinos e da UFRGS, na área de serviço social, terapia ocupacional, enfermagem e psicologia (MPRS, 2018, p. 10).

Destaca-se que não há no residencial a presença de médico psiquiatra, de modo que o acompanhamento médico ocorre através da equipe de referência do CAPS responsável. Neste caso, o centro de referência é o CAPS II para seis pacientes

e CAPS ad para outros dois que apresentam dependência química. A coordenação destas instituições realiza reuniões mensais com a equipe do Residencial, a fim de acompanhar o andamento dos pacientes.

*f) Outras considerações*

A coordenadora Márcia, uma das entrevistadas na vistoria realizada pelo Ministério Público, enfatizou a inexpressividade das atuais vagas em Serviço Residencial Terapêutico em Porto Alegre (MPRS, 2018, p. 19). Em suas palavras “muitos outros pacientes precisam estar em locais protegidos, mas estão em situação miserável, precária e horrorosa, diversos vivendo nas ruas ou nos abrigos da FASC.”. Afirmou, ademais, que a atual gestão municipal não tem aberto novas vagas para recursos humanos nos CAPS, tampouco criando novas unidades. De modo geral, ressaltou a precariedade do atendimento na área da saúde mental, agravada pela inexistência de vagas em Residenciais Terapêuticos (MPRS, 2018, p. 15).

Em suas constatações finais, a assistente social responsável pelo relatório atestou o significativo avanço na infraestrutura física do Serviço Residencial Terapêutico Nova Vida, o que não aconteceu em termos de ampliação de vagas em residenciais, tampouco na cobertura por serviços de CAPS II<sup>14</sup>. Por fim, asseverou a insuficiência das dez vagas oferecidas em comparação à demanda municipal por acolhimento de pessoas portadoras de transtornos mentais. Ressaltou a realidade de Porto Alegre em um contexto geral de ausência de atendimento a um número de pessoas que sequer é conhecido, sendo sabido que “muitas pessoas portadoras de transtorno mental permanecem em situação de rua, ou institucionalizadas em locais privados e precários.” (MPRS, 2018, p. 19).

Esta situação é uma realidade constatada, também, a nível nacional. Juarez Furtado, por exemplo, aponta que, apesar da vontade política em implementar preceitos de ordem antimanicomial, bem como dos inegáveis progressos para uma assistência psiquiátrica de reintegração social, o número de Serviços Residenciais Terapêuticos, regulares e reconhecidos como tal, estão muito aquém do seu potencial. O autor afirma que, para um público potencial de aproximadamente 14 mil usuários

---

<sup>14</sup> CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>>. Acesso em: 29 out. 2018.

no Brasil, apenas 10% estão inseridos nestas instituições, de modo que haveria uma demanda nacional de criação de cerca de 2.522 Residenciais Terapêuticos no país<sup>15</sup>. Ademais, concluiu pela existência de inúmeros problemas que servem de entrave à efetiva implementação e sucesso desta ferramenta, como a incipiência ou inexistência de redes municipais de saúde mental devidamente articuladas (FURTADO, 2006).

O Residencial Terapêutico Nova Vida, criado em 1990 e precursor como instituição alternativa em cuidados de saúde mental no Brasil, demonstrou uma grande adequação aos preceitos legais da reforma psiquiátrica e diretrizes preconizadas pelo movimento antimanicomial. Comprovou, pois, a viabilidade prática de implementação do Serviço Residencial Terapêutico em suas exigências traçadas, principalmente, pela Portaria nº 106 do Ministério da Saúde e Lei Estadual nº 11.791 do Rio Grande do Sul. Em igual medida, entretanto, mostrou-se um serviço extremamente caro, envolvendo não só a implementação de uma estrutura física complexa, como a contratação de cerca de 27 profissionais para um média de 10 moradores, vagas essas que foram consideradas inexpressivas pela Divisão de Assessoramento Técnico do MPRS em face do número de potenciais usuários, que, segundo o relatório de vistoria, permanecem em fila de espera por SRT, bem como em abrigos de assistência social ou institucionalizados em locais privados e precários (MPRS, 2018, p. 19).

Segundo Tenório (2002), a reforma psiquiátrica é a tentativa de dar ao problema da loucura outra resposta social, não asilar. A mudança de tratamento ao portador de transtorno mental deve ocorrer, assim, através de duas grandes ações: a instituição de uma nova rede de cuidados, e a construção de uma nova atitude social em relação à doença mental (MPRS, 2018, p. 55). Desta forma, embora o Residencial Nova Vida represente um modelo positivo de sucesso de implementação do Serviço Residencial Terapêutico no Rio Grande do Sul, sua natureza não é capaz de suprir a demanda por acolhimento de uma sociedade que ainda perpetua a cultura manicomial de segregação.

---

<sup>15</sup> "Atualmente, existem 44.653 leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil. Com base nos cálculos do Ministério da Saúde, que estima em 30% o número de leitos ocupados permanentemente pelos chamados "moradores", pode-se considerar uma clientela potencial para novos SRTs em torno de aproximadamente 13.500 moradores." (FURTADO, 2006, p.787).

### 3.3.2 O caso do Centro de Reabilitação Vita (Centro Vita)

Análise de relatório proveniente da Divisão de Assessoramento Técnico - Unidade de Assessoramento em Direitos Humanos - IC 0112800041/2015 - vistoria realizada em 18 de abril de 2016 (MPRS, 2016).

#### *a) Caracterização do estabelecimento*

Localizado na Rua Ernesto Liscano, 450, parada 4, Bairro Agronomia, região conhecida como “Beco dos Cafunchos” em Porto Alegre, RS (MPRS, 2016, p. 1). Instituição de natureza privada e sem fins lucrativos, direcionada à assistência social e fundada em 1988. É considerada uma instituição de longa permanência, não havendo limite máximo de tempo dos usuários na instituição (MPRS, 2016, p. 10). Relata-se que o pagamento por moradia não é critério excludente para delimitação da clientela, uma vez que recebem pessoas que não colaboram financeiramente (MPRS, 2016, p. 11). No momento da vistoria, as fontes de recursos são os Benefícios de Prestação Continuada (BPC)<sup>16</sup> de 33 pessoas curateladas<sup>17</sup> somado a três depósitos em conta-corrente de familiares de internos, totalizando R\$ 30.100,00, bem como doações de pessoas físicas, e de variadas empresas (MPRS, 2016, p. 12). Ademais, há dados sobre a contribuição integral dos internos de seus valores do INSS, totalizando para a instituição um provento de R\$ 54.764,48 mensais<sup>18</sup>.

#### *b) Público Alvo*

Público misto composto de pessoas maiores de 18 anos, idosas, com transtorno mental, deficientes físicos e mentais, dependentes químicos, egressos de hospitais e pessoas em situação de rua<sup>19</sup> (MPRS, 2016, p. 10). Os encaminhamentos são feitos de forma voluntária ou, ainda, por instituições como a 10ª Promotoria de

---

<sup>16</sup> Havendo Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou outro benefício previdenciário, o protocolo da instituição é a entrega do cartão bancário ao presidente do local.

<sup>17</sup> O curador é o próprio presidente do Centro de Acolhimento Vita (MPRS, 2016, p. 12).

<sup>18</sup> Os dados sobre recursos financeiros provenientes da contribuição dos internos são esparsos, confusos e sem uma sistematização que possibilite calcular seu valor mensal exato.

<sup>19</sup> Segundo o relatório: a) pessoas idosas de ambos os sexos deveriam ser atendidas em instituições de longa permanência exclusivas para maiores de 60 anos de idade e reguladas pelo RDC 283/2005; b) pessoas com deficiência de ambos os sexos deveriam ser atendidas em residenciais inclusivos, regulados pela política de Assistência Social (SUAS); c) pessoas com transtorno mental de ambos os sexos deveriam ser atendidas em Residenciais Terapêuticos conforme Portaria nº 106 do Ministério da saúde; e d) dependentes e ex dependentes químicos deveriam ser atendidos em Comunidades Terapêuticas reguladas, principalmente, pela Portaria nº 3088 de 2011 do Ministério da Saúde. (MPRS, 2016, p. 31).

Justiça do MPRS, Instituto Psiquiátrico Forense e outros hospitais (MPRS, 2016, p. 13). No dia da vistoria, o estabelecimento abrigava 120 internos distribuídos em três unidades<sup>20</sup>. Destes, o presidente informou haver 33 interditados, sendo ele o curador de todos. Os internos com maior autonomia exercem atividades voluntárias na própria instituição. Há um interno, portador de transtornos mentais, no estabelecimento há dois (2) anos, e o único registro de seu tratamento é o relato de uma queda, ocasionando a quebra de uma perna (MPRS, 2016, p. 19). Por dados fornecidos pela instituição, cerca de 65% dos internos estão há mais de 12 meses no local. Quanto às pessoas residentes há mais de dez anos<sup>21</sup>, existem cerca de 25, registrando 22% dos internos (MPRS, 2016, p. 29).

### *c) Condições físico/funcionais*

O estabelecimento funciona em um amplo terreno com diversas edificações em alvenaria e sem adaptação para pessoas com mobilidade reduzida ou mecanismos de proteção contra incêndios (MPRS, 2016, p. 22). Existem dois portões que delimitam o trânsito dos internos, sendo controlados por voluntários e impedindo a livre entrada e saída (MPRS, 2016, p. 10) desses. Por depender de obras para regularização, não possui Alvarás de Saúde, nem Programa de Prevenção contra Incêndios (PPCI) (MPRS, 2016, p. 11). O local possui três enfermarias principais: a) enfermaria 1: pacientes psiquiátricos; b) enfermaria 2: pessoas idosas com transtorno mental leve ou com deficiência; c) unidade para tratamento de dependência química. A enfermaria 1, destinada aos indivíduos com transtornos mentais, tem capacidade para 55 pessoas, estando lotada à data da vistoria. Os internos ficam restritos aos amplos dormitórios, pátio e refeitório, sem acesso livre para outros locais da instituição. Há fornecimento de 5 (cinco) refeições, sem acompanhamento nutricional. Os medicamentos, por sua vez, são guardados sem qualquer identificação dos internos que fazem uso. As roupas são de uso coletivo, e há uso de uniformes em três diferentes cores, havendo despersonalização dos sujeitos. Há chuveiros sem privacidade, e material de higiene coletivo. Não foram observadas atividades ocupacionais ou de lazer (MPRS, 2016, p. 13). As condições gerais de higiene foram

---

<sup>20</sup> Ao ser questionada sobre o local ser um verdadeiro depósito de pessoas, a assistente social entrevistada afirmou que, se não estivessem ali, esses indivíduos estariam em situação de rua.

<sup>21</sup> A Portaria nº 3088/2011, republicada em 2013, limita, em caso de Comunidades Terapêuticas, em nove (9) meses a permanência nestas instituições.

apontadas como negativas, com dormitórios com cheiro de urina e fezes. Em um banheiro, observou-se a falta de energia elétrica. Na cozinha, constatou-se a aparente falta de higienização, bem como o odor fétido de alimentos mal conservados. As roupas são de uso coletivo, guardadas pelo tamanho ou cor. Não há armários para objetos de uso pessoal. Ademais, atestou-se a falta de acessibilidade do local (MPRS, 2016, p. 34).

*d) Projeto Terapêutico*

Só há menção a um Programa de Ação Terapêutico para Dependentes Químicos (PAT-DQ), cujo objetivo seria colaborar na recuperação do usuário (Anexo VII).

*e) Corpo profissional*

Não há qualquer vínculo do Centro Vita com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os internos realizam consultas na Unidade de Saúde Esmeralda, e não há qualquer notificação de doenças ou óbitos à Vigilância Sanitária. Não há contratação de profissionais conforme a CLT, sendo todos voluntários ou recebendo o que chamam de ajuda de custo (MPRS, 2016, p. 16). Há informação da existência de um presidente que vive de sua aposentadoria; um coordenador geral voluntário; um secretário responsável pelos assuntos administrativos, voluntário; uma cuidadora, técnica de enfermagem voluntária com renda proveniente de sua aposentadoria; vinte internos em tratamento de dependência química que fazem a limpeza dos ambientes; 5 trabalhadores voluntários também considerados internos, e que exercem função de cuidadores; uma técnica de enfermagem com salário de R\$ 1.200,00 e sem vínculo empregatício; uma assistente social que recebe ajuda de custo por meio de recibo simples no valor de R\$ 1.000,00; uma médica que trabalha quando é chamada, recebendo ajuda de custo no valor de R\$ 2.500,00, bem como um enfermeiro que seria remunerado pela médica (MPRS, 2016, p. 17). Há, evidentemente, um número muito reduzido de cuidadores, totalizando apenas 5 (cinco) identificados na vistoria para um total de 120 internos (MPRS, 2016, p. 34).

*f) Outras considerações*

O relatório de vistoria constatou a irregularidade do Centro de Reabilitação Vita, em primeiro momento, pelo público-alvo misto, em que idosos, portadores de

transtornos mentais e pessoas em tratamento para dependência química deveriam estar, cada qual, em instituições específicas destinadas ao seu perfil. Como serviço de alta complexidade, necessita de cuidado integral e especializado, com ambientes limpos, alimentação saudável, e corpo profissional adequado, o que não ocorre na prática. Concluiu-se pelo caráter asilar e manicomial da instituição, que a tornam incompatível aos preceitos da Reforma Psiquiátrica (MPRS, 2016, p. 32). Há despersonalização dos usuários, seja pelo uso de uniformes ou pela rotina do estabelecimento, em que a ideia de comunidade supera as individualidades. Ademais, funciona de forma totalmente desarticulada dos serviços de Atenção Psicossocial Especializada (RAPS) do município (MPRS, 2016, p. 33).

Em suma, o relatório concluiu que o Centro de Reabilitação Vita não está ofertando cuidado e proteção adequados aos seus acolhidos. No entanto, são constantes os encaminhamentos ao estabelecimento, o que ocorre, segundo a responsável pela vistoria, pela inexistência de vagas em instituições públicas adequadas, tais como os Residenciais Terapêuticos ou Comunidades Terapêuticas, o que revela a incapacidade do poder público em ofertar acolhimento e assistência para esses grupos populacionais. Ressaltou a necessidade de acolhimento dessas pessoas por suas famílias ou, em não sendo possível, por ações de responsabilidade da gestão municipal (MPRS, 2016, p. 35).

Claramente, o Centro Vita não atende às exigências legais trazidas pelos dispositivos normativos sobre o tema. Não está regularmente inscrito na Secretaria Municipal de Saúde como Residencial Terapêutico, tampouco como Comunidade Terapêutica. Não possui um público-alvo específico, acolhendo pessoas com as mais variadas demandas e que deveriam estar em espaços adequados às suas necessidades. Não há, ainda, o atendimento às diretrizes de constituição do corpo físico do local, nem a formação de equipe profissional adequada. Por fim, o estabelecimento não conta com um Projeto Terapêutico que estabeleça diretrizes básicas de funcionamento em conformidade com os princípios da reforma psiquiátrica e de reabilitação psicossocial.

A análise de casos permite constatar, em um primeiro momento, que o Serviço Residencial Terapêutico, de acordo com as exigências legais, é possível de ser implementado. São, pois, requisitos factíveis, de modo que o serviço, quando devidamente articulado e organizado, é capaz de cumprir com o ideal de desinstitucionalização e reintegração psicossocial. O Residencial Nova Vida, portanto,



apresenta conformidade aos princípios da reforma psiquiátrica, no sentido de constituir-se como uma ferramenta eficaz no combate da psiquiatria asilar. Na análise do segundo caso, por sua vez, bem como pela leitura do Relatório de Inspeção Nacional de Comunidades Terapêuticas, constata-se uma realidade crítica no âmbito do acolhimento institucional, de modo que a alta demanda social por acolhimento, reflexo de uma sociedade ainda segregacionista quanto à loucura, parece impossibilitar a real implementação das condições exigidas pela reforma psiquiátrica, bem como a expansão do Serviço Residencial Terapêutico.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Lei Federal nº 10.216/2001 foi o marco legislativo do movimento social de reforma psiquiátrica no Brasil. Consagrou reivindicações de humanização do tratamento psiquiátrico e substituição de um modelo hospitalocêntrico por uma rede assistencial voltada à reintegração psicossocial. Foi o auge de um longo processo de muitas denúncias dos manicômios, que por muito tempo permaneceram como o centro da psiquiatria brasileira, sedimentando a ideia de internação como forma predominante de tratamento.

Como uma das ferramentas de garantia do convívio social e tratamento psiquiátrico voltado à ressocialização, foi criado o Serviço Residencial Terapêutico. Tal instituição foi idealizada para servir de moradia assistida, fornecendo condições adequadas de cuidado e tratamento, mas, principalmente, a devida integração dos usuários à comunidade. Regulamentado a nível nacional pela Portaria nº 106 de 2002 do Ministério da Saúde e, a nível estadual, pela Lei nº 11.791/2002 do Rio Grande do Sul, o Residencial Terapêutico foi estruturado a fim de garantir condições mais humanas de acolhimento em comparação às características de instituições totais dos antigos manicômios.

Documentos como o Relatório de Inspeção Nacional das Comunidades Terapêuticas de 2017, no entanto, demonstram que a situação da psiquiatria brasileira, apesar das atuais conquistas legislativas, ainda encontra entraves práticos à efetiva implementação de um sistema de integração comunitária, que acabam perpetuando práticas asilares em estabelecimentos de acolhimento não oficiais. Neste sentido, o presente estudo propôs a análise da história da psiquiatria brasileira e rio-grandense, bem como do Serviço Residencial Terapêutico, a fim de compreender, em um primeiro momento, o funcionamento deste modelo de acolhimento para, então, identificar as possíveis dificuldades práticas de implementação do sistema.

A adequação do Serviço Residencial Terapêutico a estes princípios de humanização psiquiátrica restou devidamente corroborada pela análise do Residencial Terapêutico Nova Vida, que se mostrou em conformidade com a Portaria nº 106 do Ministério da Saúde e a Lei Estadual nº 11.791/2002 do Rio Grande do Sul. No entanto, este serviço, como único residencial terapêutico do Tipo II em Porto Alegre, se mostrou insuficiente diante da demanda da sociedade. Conforme dito pelas próprias assistentes sociais responsáveis pela vistoria realizada pelo Ministério

Público, o Residencial Nova Vida não supre, nem de perto, a demanda de acolhimento em sede de saúde mental no município de Porto Alegre.

Por outro lado, o estudo do Centro de Reabilitação Vita demonstrou uma série de dificuldades e inadequações aos preceitos básicos da nova psiquiatria social e comunitária. Com uma superlotação de 120 internos, apresentou uma realidade crítica de manutenção de práticas asilares e de despersonalização do indivíduo. Em contrapartida, apesar de todas os problemas, mostrou-se uma opção diante da alta demanda por acolhimento de pessoas com transtornos mentais em Porto Alegre, diante da insuficiência do Serviço Residencial Terapêutico para este fim.

Os residenciais terapêuticos são fruto de uma nova psiquiatria que busca uma resposta alternativa à loucura, diferente da internação. Sendo assim, é uma ferramenta de pequena dimensão, poucas vagas e caráter transitório, não servindo de maneira eficiente ao enfrentamento de uma cultura manicomial ainda persistente. O processo de reforma psiquiátrica exige, no mínimo, duas frentes de ação: a criação de dispositivos alternativos ao modelo clássico de internação hospitalar, e a desconstrução do circuito manicômio-dependente, entendido, entre outros, como a cultura de segregação da doença mental.

A lei antimanicomial 10.216/2001, bem como a Portaria nº 106 do Ministério da Saúde e a Lei Estadual nº 11.791/2000 serviram como primeira frente de ação na implementação de uma psiquiatria voltada à reintegração psicossocial. Criaram, desta forma, dispositivos alternativos aos clássicos hospitais psiquiátricos, os Residenciais Terapêuticos. Não foram capazes, no entanto, de efetivar a segunda frente de ação, qual seja a desconstrução efetiva da cultura manicomial.

O Relatório de Inspeção Nacional das Comunidades Terapêuticas e o estudo do Centro de Reabilitação Vita demonstram a persistência de uma sociedade que ainda enxerga a doença mental como problema social a ser segregado. Apresentam, pois, a realidade de alta demanda por acolhimento institucional dos portadores de transtorno mental, que ainda sofrem com o descaso do interesse público e com o preconceito da sociedade, que os renega, muitas vezes, à condição de vulnerabilidade e situação de rua. Neste sentido, por mais que a Lei nº 10.216/2001 e a instituição do Serviço Residencial Terapêutico representem uma grande conquista antimanicomial, não se mostram suficientes a combater a cultura segregacionista enraizada na sociedade brasileira.

Desta forma, concluo que os residenciais terapêuticos representam uma ferramenta apta à implementação dos princípios de uma nova psiquiatria voltada à reintegração psicossocial. São fundamentais, portanto, no processo de desconstrução da psiquiatria hospitalocêntrica. Não são, no entanto, dispositivos capazes de promover a efetiva desinstitucionalização da doença mental, uma vez que a cultura manicomial se sobrepõe à figura dos hospitais psiquiátricos, perpetuada por um ideal comunitário mais amplo, ainda segregacionista diante da loucura.

Enquanto a comunidade não internalizar a mudança paradigmática de uma nova psiquiatria, e renegar os portadores de transtornos mentais à condição de exclusão social, os residenciais terapêuticos jamais suprirão a demanda por acolhimento institucional. Por consequência, surgirão estabelecimentos que o façam, estando estes adequados ou não aos princípios da reforma psiquiátrica, podendo implementar práticas asilares e perpetuar, assim, uma assistência psiquiátrica em desacordo com os ideais humanitários.

A legislação da reforma psiquiátrica, na perspectiva do Serviço Residencial Terapêutico no Rio Grande do Sul, foi o primeiro passo de uma luta antimanicomial. No entanto, a efetiva desinstitucionalização só ocorrerá quando a gestão pública compreender que os manicômios são mais que os prédios físicos que os tem como nome. São fruto de uma cultura manicomial de constituição histórica e de uma sociedade enraizada no preconceito diante da doença mental. Só haverá desinstitucionalização portanto, quando houver a verdadeira compreensão sobre igualdade, respeito e inclusão, principalmente por parte do poder público e da sua capacidade de ação e alteração da opinião social.

## REFERÊNCIAS

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

\_\_\_\_\_. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

BRASIL. Decreto nº 142, de 11 de janeiro de 1890. **Coleção de Leis do Brasil**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 23, 11 jan. 1890a. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-508-21-junho-1890-510846-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 508, de 21 de junho de 1890. **Coleção de Leis do Brasil**, Brasília, v. 1, fasc. VI, p. 1333, 1890b. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-508-21-junho-1890-510846-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 dez. 1903. Seção 1, p. 5853. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 jul. 1934. Seção 1, p. 14254. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Decreto-lei nº 8.550, de 3 de janeiro de 1946. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 jan. 1946. Seção 1, p. 163. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-142-a-11-janeiro-1890-513198-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 22.562, de 7 de fevereiro de 1947. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 fev. 1947, p. 2057. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoSigen.action?norma=443191&id=14273573&idBinario=15654693&mime=application/rtf>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 49.974, de 21 de janeiro de 1961. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 jan. 1961. Seção 1, p. 761. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-49974-a-21-janeiro-1961-333333-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei n. 3.657/1989. **Planalto**, Brasília, 12 set. 1989. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>>. Acesso em: 21 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. **Planalto**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm)>. Acesso em: 20 nov. 2018.

CHEUCHE, Edson Medeiros. **Hospital Psiquiátrico São Pedro – Linha de tempo (1874 – 1957)**. Secretaria da Saúde, Porto Alegre, 2004a. Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1326202340912INTERNET%20-%20Linha%20de%20tempo%20HPSP.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2018.

\_\_\_\_\_. 120 anos do Hospital Psiquiátrico São Pedro: um pouco de sua história. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 119-120, 2004b. doi: 10.1590/S0101-81082004000200002

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017**. Brasília: CFP, 2018.

CUNHA, Maria Clementina. Hospitais a céu aberto. In: MINISTÉRIO DA CULTURA. **Revista de História**. Brasília: Ministério da Cultura/Biblioteca Nacional, 2005.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 785-795, 2006. doi: 10.1590/S1413-81232006000300026.

GASTAL, Fábio Leite et al. Reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul: uma análise histórica, econômica e do impacto da legislação de 1992. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 119-129, 2007. doi: 10.1590/S0101-81082007000100020.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 5. ed. São Paulo, Perspectiva, 1996.

GOLDBERG, Jacob Pinheiro. **Psicoterapia e Psicologia**. São Paulo: Símbolo, 1979.

GOULART, Maria Stella Brandão. **O ambulatório de saúde mental em questão: desafios do novo e reprodução de velhas fórmulas**. 1992. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 1992.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg et al. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 361-369, 2013. doi: 10.1590/S0104-07072013000200012.

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. 2007. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

HIRDES, Alice; KANTORSKI, Luciane Prado. Reabilitação Psicossocial: objetivos, princípios e valores. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 217-221, 2004. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v12n2/v12n2a15.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

MESSAS, Guilherme Peres. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 65-98, 2008. doi: 10.1590/S0104-59702008000100005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SAS/MS n. 224, de 29 de janeiro de 1992. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 jan. 1994.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 106, de 11 de fevereiro de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, v. 1, n. 39-E, p. 23, fev. 2000.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 44, de 10 de janeiro de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília. Seção 1, nº. 9, p. 27-29, 12 jan. 2001.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 dez. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 20 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria de Consolidação nº 3. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 dez. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-de-atencao-psicossocial-raps/13297-consolidacao-n-3-saude-mental-1/file>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO RIO GRANDE DO SUL - MPRS. **Parecer técnico, nº 0152/2016, de 18 de julho de 2016**. Avaliação institucional do Centro de Reabilitação Vita. Relator: Beatriz Fortes Rey. Porto Alegre: Serviço Social – Direito Coletivo, 2016.

\_\_\_\_\_. **Parecer técnico, nº 0069/2018, de 09 de abril de 2018**. Avaliação institucional do Serviço Residencial Terapêutico Nova Vida. Relator: Beatriz Fortes Rey. Porto Alegre: Serviço Social – Direito Difuso e Coletivo, 2018.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 983-1010, 2005. doi: 10.1590/S0104-59702005000300018.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-258, 2004. doi: 10.1590/S0104-59702004000200002.

PESTANA, Janine Gonçalves. Breves apontamentos sobre instituições totais: suas características e funcionamento. **Psicólogo inFormação**, São Paulo, v. 18, n. 18, p. 93-117, jan./dez 2014. doi: 10.15603/2176-0969/pi.v18n18p93-117

PORTO ALEGRE. **Residencial Terapêutico Nova Vida**. Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre. Disponível em: <[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?reg=10&p\\_secao=834](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?reg=10&p_secao=834)>. Acesso, em: 20. nov. 2018.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Org.). **Cidadania e loucura**: Políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

RIO GRANDE DO SUL. Lei n. 9.716, de 07 de agosto de 1992. **Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul**. Disponível em: <[http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid\\_Tipo=TEXTO&Hid\\_TodasNormas=15281&hTexto=&Hid\\_IDNorma=15281](http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXTO&Hid_TodasNormas=15281&hTexto=&Hid_IDNorma=15281)>. Acesso em: 20 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.791, de 22 de maio de 2002. **Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul**. Disponível em: <<http://www.al.rs.gov.br/filerepository/repLegis/arquivos/11.791.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

SILVA, Ellayne Karoline Bezerra da; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 252-260, 2014. doi: 10.1590/S1414-49802014000200011

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002. doi: 10.1590/S0104-59702002000100003.

VIZEU, Fábio. A instituição psiquiátrica moderna sob a perspectiva organizacional. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 33-49, 2005. doi: 10.1590/S0104-59702005000100003.

WADI, Yonissa Marmitt. Aos loucos, os médicos: a luta pela medicalização do hospício e construção da psiquiatria no Rio Grande do Sul. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 659-679, 2000. doi: 10.1590/S0104-59702000000400008.