

DA CASA DE SAÚDE DO RIO MAINA AO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO: O DESCREDENCIAMENTO DOS LEITOS PSIQUIÁTRICOS E O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM CURSO

FROM THE MAINA RIVER HEALTH CENTER TO THE THERAPEUTIC RESIDENTIAL SERVICE: THE DEACREDITATION OF PSYCHIATRIC BEDS AND THE ONGOING DEINSTITUTIONALIZATION PROCESS
TÍTULO DO TRABALHO EM INGLÊS

DEL CENTRO DE SALUD DEL RÍO MAINA AL SERVICIO RESIDENCIAL TERAPÉUTICO:
LA DESACRETICACIÓN DE CAMAS PSIQUIÁTRICAS Y EL PROCESO DE
DESINSTITUCIONALIZACIÓN EN CURSO

Lyandra Caroline Feisther¹

Amanda Luiz Maciel²

Ian Jacques Souza³

RESUMO: A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um complexo processo político e social de mudança do modelo psiquiátrico para o modelo psicossocial, que avança por marcos jurídico-políticos para o fechamento dos Hospitais Psiquiátricos. Para as pessoas com histórico de longa internação psiquiátrica e que pelas sequelas do Hospital Psiquiátrico se deparam com a realidade concreta de não ter mais um lugar para morar, cria-se no Sistema Único de Saúde o Serviço Residencial Terapêutico, espaço que configura-se como local de moradia para essas pessoas. Nesse sentido, esse artigo tem como objetivo compreender como ocorreu o processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial dos moradores de longa permanência da Casa de Saúde do Rio Maina, um Hospital Psiquiátrico que se localizava em Criciúma-SC. O estudo utilizou pesquisa participante do tipo exploratória e descritiva com abordagem qualitativa. Utilizou-se autonarrativas e análise do discurso como ferramentas de pesquisa, para análise dos dados utilizou-se o referencial de Laurence Bardin. Foram realizadas 4 entrevistas utilizando-se a técnica *Snowball* e os resultados foram divididos em duas categorias: “O cenário entre 2010-2013, os instrumentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, as condições dos moradores, a tentativa de desinstitucionalização”, onde apresenta a primeira tentativa de desinstitucionalização dos moradores da Casa de Saúde do Rio Maina e apresenta como estava o cenário e as condições dos moradores na ocasião. A segunda categoria nomeia-se “O cenário entre 2017 até os dias atuais, como aconteceu o descredenciamento dos leitos psiquiátricos, o respectivo fechamento do Hospital Psiquiátrico do Rio Maina, desinstitucionalização e reabilitação psicossocial” que apresenta como o avanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira contribuiu para o fechamento do Hospital Psiquiátrico do Rio Maina, as novas casas dos moradores, o debate se houve ou não a desinstitucionalização dos moradores e a consequente reabilitação psicossocial. Conclui-se que a desinstitucionalização, não é apenas o fechamento das portas dos manicômios, mas a abertura de novos caminhos que permitam a reinvenção de uma sociedade mais estreitamente ligada às suas diferenças.

1466

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica Brasileira. Desinstitucionalização. Reabilitação psicossocial. Serviço Residencial Terapêutico. Hospital psiquiátrico.

¹ Enfermeira Especialista em Saúde Mental, Atenção e Reabilitação Psicossocial pela Universidade do Extremo Sul Catarinense.

² Enfermeira. Doutora pela Universidade do Extremo Sul Catarinense.

³ Psicólogo e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina.

ABSTRACT: The Brazilian Psychiatric Reform is a complex political and social process aimed at transforming the traditional psychiatric model into a psychosocial care model, progressing through legal and political frameworks to enable the closure of psychiatric hospitals. For individuals with a history of long-term psychiatric hospitalization who, due to the sequelae of institutionalization, are faced with the concrete reality of no longer having a place to live, the Unified Health System (SUS) created the Therapeutic Residential Service—a space that serves as permanent housing for these individuals. In this context, the present article aims to understand how the deinstitutionalization and psychosocial rehabilitation process took place for long-stay residents of the Casa de Saúde do Rio Maina, a psychiatric hospital formerly located in Criciúma, Santa Catarina. The study adopted an exploratory and descriptive participatory research design with a qualitative approach. It employed self-narratives and discourse analysis as research tools, with data analysis grounded in Laurence Bardin's content analysis framework. Four interviews were conducted using the snowball sampling technique. The results were organized into two thematic categories. The first, “The scenario from 2010 to 2013: the instruments of the Brazilian Psychiatric Reform, residents' living conditions, and the initial attempt at deinstitutionalization,” outlines the first attempt to deinstitutionalize the residents of the Casa de Saúde do Rio Maina and describes the prevailing context and conditions at that time. The second category, titled “The scenario from 2017 to the present: the decommissioning of psychiatric beds, the closure of the Rio Maina Psychiatric Hospital, deinstitutionalization, and psychosocial rehabilitation,” discusses how the progress of the Brazilian Psychiatric Reform contributed to the closure of the hospital, the relocation of former residents to new homes, and debates whether true deinstitutionalization and psychosocial rehabilitation were achieved. The study concludes that deinstitutionalization is not merely about shutting down asylums, but about opening new pathways that enable the reimagining of a society more deeply connected to its diversity.

Keywords: Brazilian Psychiatric Reform. Deinstitutionalization. Psychosocial rehabilitation Therapeutic Residential Service. Psychiatric hospital.

1467

RESUMEN: La Reforma Psiquiátrica Brasileña es un complejo proceso político y social que busca transformar el modelo psiquiátrico tradicional en un modelo de atención psicosocial, avanzando mediante marcos jurídico-políticos hacia el cierre de los hospitales psiquiátricos. Para las personas con antecedentes de internación psiquiátrica prolongada que, debido a las secuelas del encierro, se enfrentan a la realidad concreta de no tener un lugar donde vivir, el Sistema Único de Salud (SUS) implementó el Servicio Residencial Terapéutico, un espacio que se configura como una opción de vivienda permanente para estas personas. En este contexto, el presente artículo tiene como objetivo comprender cómo se desarrolló el proceso de desinstitucionalización y rehabilitación psicosocial de los residentes de larga permanencia de la Casa de Salud de Rio Maina, un hospital psiquiátrico que estaba ubicado en Criciúma, estado de Santa Catarina. El estudio adoptó una investigación participativa de tipo exploratorio y descriptivo con enfoque cualitativo. Se utilizaron autonarrativas y análisis del discurso como herramientas metodológicas, y para el análisis de los datos se empleó el marco teórico de Laurence Bardin. Se realizaron cuatro entrevistas aplicando la técnica de bola de nieve (snowball) y los resultados fueron organizados en dos categorías: la primera, titulada “El escenario entre 2010 y 2013, los instrumentos de la Reforma Psiquiátrica Brasileña, las condiciones de los residentes y el intento de desinstitucionalización”, describe el primer intento de desinstitucionalizar a los residentes de la Casa de Salud de Rio Maina, así como el contexto y las condiciones en las que se encontraban en ese momento. La segunda categoría se titula “El escenario entre 2017 hasta la actualidad: cómo ocurrió la deshabilitación de las camas psiquiátricas, el cierre correspondiente del Hospital Psiquiátrico de Rio Maina, desinstitucionalización y rehabilitación psicosocial”, y presenta cómo el avance de la Reforma Psiquiátrica contribuyó al cierre del hospital, la relocalización de los residentes en nuevos hogares, el debate sobre si efectivamente se logró o no la desinstitucionalización y la consecuente rehabilitación psicosocial. Se concluye que la desinstitucionalización no se limita al cierre de los manicomios, sino que implica la apertura de nuevos caminos que posibiliten la reinención de una sociedad más conectada con sus diferencias.

Palabras Clave: Reforma Psiquiátrica Brasileña. Desinstitucionalización. Rehabilitación psicossocial. Servicio Residencial Terapéutico. Hospital psiquiátrico.

I INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica (RP) é um complexo processo político e social de mudança do modelo psiquiátrico para o modelo psicossocial. Nessa dimensão, busca-se um conjunto de transformações nas práticas, saberes, valores culturais e sociais que giram em torno do campo da Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) emerge na década de 70, vinculada a redemocratização brasileira após longos períodos de ditadura militar, associada ao Movimento da Reforma Sanitária, que previa mudanças intersetoriais que garantisse a cidadania plena da população brasileira, resultando em avanços sociais como o advento do Sistema Único de Saúde (SUS).

O avanço da RPB como Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), ocorre a partir de marcos jurídico-políticos, como a Lei nº 10.216/2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que trouxe o fechamento gradativo e orientado dos Hospitais Psiquiátricos (HP), o que levou consequentemente ao reordenamento financeiro, para que os serviços de saúde mental sejam no território e plurais (Brasil, 2001; Brasil, 2005).

A mudança de modelo de atenção à saúde mental cria a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011. A RAPS é constituída por um conjunto integrado e articulado de diferentes dispositivos de atenção psicossocial para atender pessoas em sofrimento psíquico e/ou com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Dentro desses serviços encontram-se os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que promovem atendimentos a partir da lógica da atenção psicossocial para as pessoas em sofrimento psíquico e que trabalham com o Plano Terapêutico Singular (PTS), um instrumento de cuidado que organizar o atendimento à pessoa em sofrimento psíquico que se organiza pelas demandas e necessidades singularidades do sujeito (Brasil, 2011; Zubiaurre, et al, 2024. Grigolo, et al, 2014).

Esse movimento de fechamento de HP e a mudança para o modelo de atenção psicossocial ocorre dado que nesses espaços, e também nas Comunidades Terapêuticas (CT), promovem-se graves violações de direitos humanos, onde inspeções estaduais e nacionais têm revelado, de forma recorrente, indícios de práticas de tortura, tratamentos cruéis e condutas desumanas ou degradantes. Tais violações, amplamente documentadas em relatórios e estudos, não apenas expõem a precariedade e a violência estrutural presentes nesses locais, mas também destacam a urgência do fechamento dos HP e CT, com a efetiva garantia do atendimento a

saúde mental à ser realizado de forma singular, em liberdade e a partir do território (CFP; MNPCT; CNMP; MPT, 2020).

Os HP segundo Goffman (1961), são instituições totais, um conceito que define espaços onde pessoas com sofrimento psíquico vivem em regime de confinamento, separados da sociedade por longos anos. Nessas instituições, a moradia e o trabalho ocorrem no mesmo local, e as pessoas que ali estão “morando” são submetidas a uma rotina rigidamente controlada e administrada por autoridades institucionais. O objetivo principal dessas instituições totais é promover uma transformação profunda da pessoa, buscando criar uma tensão psicológica no sujeito, através de práticas que visam a mortificação do Eu em detrimento da liberdade, da retirada da cidadania e do poder contratual (Goffman, 1961).

No município de Criciúma em Santa Catarina, situava-se a Casa de Saúde do Rio Maina. Um HP inaugurado em 1968 sob influências políticas e econômicas da Ditadura Militar, período marcado por um regime autoritário que priorizava o controle social e a segregação. O Hospital Psiquiátrico do Rio Maina (HPRM), funcionou nos moldes das instituições totais como um depositário de pessoas consideradas "desviantes" ou "indesejáveis". O HPRM, assim como outros HP da época, refletia a lógica das instituições totais, onde opera a exclusão social, práticas violentas que infringem os direitos humanos, abuso psicológico e moral, negligência, abandono, maus tratos, tornando-se um símbolo concreto e prático das violações e do descaso que marcaram a história da saúde mental no Brasil. O tratamento oferecido nos HP, incluindo o HPRM, acabou por institucionalizar um grande número de pessoas que ali estavam internadas, transformando assim essas instituições em seus locais de moradia permanente (Silva, 2017; Colossi, 2023).

1469

Entre 2010 a 2013 foi realizada a primeira tentativa de desinstitucionalização das pessoas que estavam morando no HPRM, nesse momento havia o total de 26 moradores nessa instituição. Essa tentativa foi realizada a partir de uma Comissão de Desinstitucionalização, custeada financeiramente por edital do Ministério da Saúde (MS). Foi elaborado um projeto de desinstitucionalização, que contemplava várias etapas dentre elas: criação de vínculo com os moradores, levantamento de informações anteriores e atuais sobre essas pessoas, grupos operativos, retomada de relações anteriores e a circulação na cidade, acesso a RAPS, habilitação de SRT para a desospitalização dos moradores e na totalidade desse processo realizar gradativamente a reabilitação psicossocial e desinstitucionalização das pessoas que estavam anos morando no HPRM. Contudo por resistências de rearranjo políticos esse projeto foi descontinuado e os moradores continuaram residindo no HPRM até 2017, quando após decisão

do Ministério Público (MP), os leitos psiquiátricos do SUS foram descredenciados (Silva, 2017; Brasil, 2011).

Para indivíduos que vivenciaram longos períodos de internação psiquiátrica, tendo suas trajetórias de vida profundamente impactadas pelo isolamento, pelo afastamento das relações sociais e, muitas vezes, por experiências de violação de direitos, torna-se indispensável a realização de um processo sistemático de reabilitação psicossocial. Tal processo envolve o reconhecimento de que esses sujeitos frequentemente enfrentam a ausência de vínculos comunitários significativos, somada à dificuldade de acesso a direitos fundamentais como moradia, trabalho e redes de apoio social. Essas condições, associadas às consequências físicas, psíquicas e emocionais resultantes da institucionalização prolongada, acentuam sua situação de vulnerabilidade e demandam estratégias de cuidado intersetorial que priorizem a reintegração social e a reconstrução de seus projetos de vida (Gouveia, 2023).

A desinstitucionalização no campo da saúde mental é um conceito-força que prevê a desconstrução no modelo manicomial e transformação das relações de poder entre as instituições psiquiátricas e os sujeitos, especialmente os usuários dos serviços de saúde. Essa transformação é central no processo de desconstrução do manicomio, e se dá por meio de um investimento contínuo de iniciativas concretas que visam restabelecer a autonomia, a dignidade e a cidadania das pessoas que sobreviveram aos processos de internação psiquiátrica e seus familiares (Rotelli, 2001). 1470

O processo de desinstitucionalização não pode ser confundido com o conceito de transinstitucionalização que refere-se ao processo desospitalização onde ocorre apenas a transferência das pessoas de HP para outras instituições, sem alterar o paradigma excludente da psiquiatria. Enquanto a desinstitucionalização busca superar o modelo asilar, promovendo a autonomia, a cidadania e a inclusão social por meio de uma rede de atenção psicossocial ampla e intersetorial (Nascimento; Silva, 2020).

Dentre os pontos de atenção do SUS, estão os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), são dispositivos de saúde do componente de desinstitucionalização da RAPS do SUS. Esses dispositivos são implementados pela portaria n.º 106/2.000 de 11 de fevereiro de 2.000 que cria os SRT no âmbito do SUS. Os SRT são definidos em duas modalidades: SRT Tipo I destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo 8 (oito) moradores; e Tipo II moradia destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento

físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, acolhendo no máximo 10 moradores (Brasil, 2000).

O município de Criciúma atualmente conta com 2 SRT do tipo porte II, onde residem 20 moradores, 10 em cada casa, a habilitação desses serviços foi formalizada pelo MS por meio da portaria nº 300, de 25 de fevereiro de 2019 e pela da Portaria nº 2.972, de 28 de outubro de 2020 (Brasil, 2019; Brasil 2020).

Os SRT também trabalham no eixo da Reabilitação Psicossocial, em vistas do contexto de cronificação dos moradores dos HP, estando fundamentalmente esse conceito ligado às iniciativas que buscam reduzir o poder cronificante e desabilitador dos tratamentos, realizados dentro e fora dos hospitais (Saraceno, 1996).

Sendo assim, considerando os efeitos manicômios brasileiros, especialmente no que diz respeito ao impacto profundo e duradouro na vida das pessoas que vivenciaram — e ainda vivenciam — longos períodos de internação, esse artigo tem como objetivo compreender como ocorreu o processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial dos moradores de longa permanência do HP, a Casa de Saúde do Rio Maina, pela autonarrativa das pessoas que compuseram duas Comissões de Trabalho que organizaram tentativas de processos de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial com os egressos de longa permanência.

1471

Essa pesquisa se insere no campo da RPB, em que pesa o cuidado em saúde mental humanizado e em liberdade, a retomada dos direitos de cidadania e direitos humanos da pessoa com sofrimento psíquico com histórico de longos períodos de internação psiquiátrica. É em razão das memórias apagadas, das vidas interrompidas, das potencialidades suprimidas, da dor perpetuada, das violências institucionalizadas presentes em práticas de mortificação do sujeito e das vozes sistematicamente silenciadas, mas também pela crença na possibilidade de construir uma sociedade mais inclusiva e capaz de lidar com o diferente que este estudo se justifica.

A condução desta pesquisa ocorreu a partir da seguinte pergunta norteadora: Quais as autonarrativas dos profissionais das duas Comissões de Trabalho que organizaram tentativas de processos de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial com os egressos de longa permanência do HP, a Casa de Saúde do Rio Maina?

2 METODOLOGIA

O artigo foi desenvolvido a partir de um projeto de pesquisa participante do tipo exploratória e descritiva com abordagem qualitativa. Utilizou-se autonarrativas e análise do

discurso como ferramentas de pesquisa, para análise dos dados a partir do referencial de Laurence Bardin (2016).

A pesquisa transita pelo município de Criciúma-SC nos seguintes locais: a Casa de Saúde do Rio Maina que é o Hospital Psiquiátrico do Rio Maina, o Hospital de Caridade São Roque conhecido como o Hospital do Morro da Fumaça, Centro de Atenção Psicossocial II e III, 2 Serviço Residencial Terapêutico e a Secretaria Municipal de Saúde.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas utilizando-se um questionário semiestruturado com perguntas fechadas e abertas. O questionário foi validado por um analisador externo e posteriormente foram realizadas as modificações pertinentes no instrumento. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Optou-se pela não identificação dos entrevistados, assim respectivamente identificou-se como: E₁, E₂, E₃, E₄.

Os dados foram analisados de acordo com a análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin (2016), dividida em três etapas: 1) pré-análise, realizando a leitura do material com a organização e a sistematização das informações e ideias iniciais, permitindo a elaboração das primeiras impressões acerca do conteúdo abordado; 2) exploração dos dados, onde os conteúdos emergentes das entrevistas foram agrupados 3) tratamento e interpretação dos resultados, realizando análise fundada na presença temática em aproximações léxicas das enunciações dos respondentes formando as categorias temáticas.

Participaram da elaboração e execução desta pesquisa dois membros da Comissão de Trabalho que organizou o processo de desinstitucionalização psiquiátrica dos moradores do Hospital Psiquiátrico do Rio Maina nos anos de 2010 à 2013, e dois profissionais da saúde que em 2017 coordenaram o processo de saída dos moradores dessa instituição. Essa amostragem da pesquisa seguiu a técnica de indicação por ‘bola de neve’, e o número de participantes foi definido pelo critério de saturação dos dados.

O estudo passou pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) e foi solicitado autorização por meio de Carta de Aceite à Prefeitura Municipal de Criciúma que é responsável pelos respectivos dispositivos que foram o cenário desse projeto. Foi realizado o contato com os participantes para realização das entrevistas e após a concordância em participar do estudo, procedeu-se com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

A pesquisa seguiu todos os preceitos legais da Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Durante todos os momentos foi mantido o anonimato dos participantes (Conselho Nacional de Saúde, 2012).

Para além, seguiu as normas éticas contidas na Resolução 510/2016 (Normas de Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais), Lei 10.2016/2001 (Proteção e Direitos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais), Lei 8.080/90 (Lei Orgânica do SUS) e Port. 1.820/09 (Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde) (Brasil, 1990; Brasil, 2001; Ministério da Saúde 2009; Conselho Nacional de Saúde, 2016).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos dados será estruturada em duas etapas: inicialmente, serão expostos os dados sociodemográficos e de identificação dos entrevistados. Posteriormente, os principais resultados serão discutidos em duas categorias de análise. Para atender aos objetivos da pesquisa, as categorias de análise foram organizadas de forma cronológica e temática, uma vez que a retirada dos egressos de longa permanência do HPRM ocorreu de maneira processual.

Observou-se que o processo de desinstitucionalização dos moradores do HPRM aconteceu em 2 grandes momentos. O primeiro entre os anos de 2010 a 2013, sendo interrompido por mudança de Coordenação Municipal de Saúde Mental, já o segundo momento de 2017 a 2019. Os entrevistados foram atores nesse marco da Luta Antimanicomial Brasileira de fechamento de mais um HP Brasileiro.

1473

Nesse sentido, os resultados foram divididos em duas categorias, a primeira nomeada: “O cenário entre 2010-2013, os instrumentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, as condições dos moradores, a tentativa de desinstitucionalização” que apresenta o processo de uma comissão de desinstitucionalização financiada por Edital do MS e traz aspectos de como era o cenário nesse primeiro momento, onde os profissionais da RAPS acessam o HPRM para realizar o vínculo com os moradores.

A segunda categoria nomeia-se: “O cenário entre 2017 até os dias atuais, o descredenciamento dos leitos psiquiátricos, o respectivo fechamento do Hospital Psiquiátrico do Rio Maina, desinstitucionalização e reabilitação psicossocial” que apresenta a importância do avanço da RPB, as novas casas dos moradores do HPRM e debate se houve ou não a desinstitucionalização dos moradores e a consequente reabilitação psicossocial.

Foram conduzidas 4 entrevistas com profissionais da saúde, sendo 2 enfermeiros, 1 assistente social e 1 psicólogo. Quanto à distribuição por sexo, 3 participantes são do sexo feminino e 1 do sexo masculino. A faixa etária dos entrevistados variou entre 40 e 65 anos. Todos os participantes relataram possuir conhecimento sobre a Luta Antimanicomial no Brasil.

Na época dos acontecimentos, 2 entrevistados estavam atuando como Coordenação Municipal de Saúde Mental, 1 como Coordenação de Saúde Mental na Regional de Saúde e 1 como Assistente Social do município. Para a condução da pesquisa limitou-se ao recorte dos profissionais que participaram de Comissões de Trabalho criadas nesses períodos para realizar os respectivos processos de desinstitucionalização.

3.1 O cenário entre 2010-2013, os instrumentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, as condições dos moradores, a tentativa de desinstitucionalização

O HPRM vem da chamada “época de ouro dos HP”, onde a maioria dos recursos destinados à saúde mental era para um tratamento psiquiátrico oferecido por essas instituições. Com o golpe de 1964 e o consequente período da ditadura militar, se rompeu com as estratégias de setores sociais organizados, como sindicatos e associações, que reivindicavam as reformas de base (educacionais, fiscais, agrárias, eleitorais, urbanas). Entre as mudanças provocadas por esse período está a privatização da assistência médica da Previdência Social, que na época era desempenhada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para o atendimento médico-hospitalar de trabalhadores segurados e seus dependentes, e que com a privatização passou a priorizar a contratação de serviços privados (Amarante, 2012; Paulin e Turato, 2004).

1474

Desta forma, seguindo a ideologia privatista vigente durante a ditadura militar sob o pretexto de justificativas econômicas e também como instrumento de repressão daqueles considerados “subversivos”, “perigosos” ou “doentes mentais”, o Estado passou a contratar leitos psiquiátricos em HP particulares para atender à demanda de assistência. Nesse período, apenas 3% dos recursos eram destinados para o atendimento em saúde mental não-hospitalar (Amarante, 2012; Cerqueira, 1984; Fiocruz, 2018).

Segundo Cerqueira (1984), em 1941 existiam 21.079 leitos psiquiátricos públicos e no ano de 1978 aumentou para 22.603, já o número de leitos psiquiátricos privados em 1941 era de 3.034 e em 1978 chegou a 55.670, apontando um aumento expressivo de leitos psiquiátricos privados em relação aos públicos.

É nesse cenário que emerge o HPRM, uma instituição criada em um período onde a maior parte dos recursos financeiros e estruturais eram direcionados aos HP, e que refletia uma política de saúde mental psiquiátrica, centrada no modelo asilar e na segregação das pessoas em sofrimento psíquico. A instituição inaugurou em 1968, com 25 leitos psiquiátricos conveniados à Previdência Social e 4 leitos privados, passando já no ano seguinte, 1969, a capacidade para

150 leitos psiquiátricos, evidenciando o grande investimento do regime totalitário brasileiro no HP (Livramento; Moreira, 2006).

Naquela época, as internações psiquiátricas eram consideradas pelas instituições hegemônicas totalitárias a principal forma de tratamento para pessoas em sofrimento psíquico. A ausência de regulamentação e definição de critérios clínicos para essas internações resultava em situações extremas: muitas pessoas permaneciam confinadas por longos períodos ou eram submetidas a internações repetidas, sem perspectivas de recuperação ou reintegração social. Em diversos casos, os pacientes acabavam assumindo a condição de moradores permanentes dessas instituições (Duarte 2009; Matos-De-Souza, Medrado, 2021).

O "morador" de HP é aqui entendido como aquela pessoa que ficou ininterruptamente por dois anos recolhido em uma instituição psiquiátrica, já saiu do período de crise no caso de alguém que internou por crise ou emergência subjetiva, está de alta hospitalar, porém continua internado. As internações psiquiátricas nem sempre estão relacionadas à crise ou emergência subjetiva, mas por condições de vulnerabilidade social, histórico de violências, rompimento de vínculos, uso/abuso de substâncias psicoativas, expressões de significativo sofrimento psíquico e no contexto de ditadura militar como instrumento de repressão (Borges, Kian 2022).

Reforça essa transição para o “status” de morador de HP, as consecutivas internações psiquiátricas, muitas vezes em períodos onde a pessoa está em idade de construção dos planos da vida. Nos resultados encontrados na pesquisa, os entrevistados relataram que residiam no HPRM muitos moradores, que chegaram ainda adolescentes ou começando a vida adulta e acabaram passando longos períodos de suas vidas dentro destas instituições:

...tinha pessoas lá que moravam desde a época de infância, adolescência. Iam pra onde, né? Então... Tinha toda essa fala, vamos dizer assim, né? Morando anos lá dentro. Vivendo uma vida inteira, né? (E2).

Na literatura, encontrou-se alguns estudos que mencionam a quantidade de moradores do HPRM, uma pesquisa trouxe 26 moradores em 2013 e um documento elaborado pelo Grupo de Trabalho de Desinstitucionalização em Saúde Mental de Santa Catarina apontou que em 2014 haviam 24 moradores (Silva, 2017; Moura, 2015).

Em relação ao tempo de permanência e momento da chegada no HPRM, um estudo realizado com ex-moradores desse HP valida os dados dessa pesquisa. O estudo apresenta um morador que viveu 20 anos consecutivos na instituição e que chegou no HP aos seus 20 anos. Outro morador, que também chegou no início da vida adulta, passou por várias internações de longa permanência na instituição e refere que ao sair da internação passava por violências

provocadas pela família e por policiais do Município, o que ajudava para a reinternação psiquiátrica (Tournier, 2022; Silva, 2017).

As repetidas internações psiquiátricas são nomeadas porta giratória (*revolving door*), que indica o processo contínuo de entrada e saída do HP. É importante ressaltar que uma internação psiquiátrica gera o descontinuamento da vida da pessoa e as repetições dessa cena enfraquecem a importância do senso de cuidado de si, de existir, de morar, de pertencer a um lugar na sociedade, na família, na comunidade, pelo cumulativo desgaste subjetivo e a desvalorização da própria existência, gerando um ciclo que contribui para a cronificação do sofrimento psíquico (Frazato, 2013; Tournier, 2022).

Essas internações muitas vezes por período prolongado, geram um movimento constante de construção e desconstrução, até que a pessoa perde o lugar anterior onde poderia retornar ou desistem da possibilidade de criação de novos laços (Frazato, 2013). Essa constante entrada e saída do Hospital Psiquiátrico é evidenciada na fala de um entrevistado, que ao conversar com a gestão do HPRM sobre as altas dos moradores recebeu a seguinte resposta:

[...] mas eles nunca têm a alta deles? não, eles têm alta administrativa, do alta administrativa num dia, no outro dia interno administrativamente de novo. Então eles tinham efetivamente um ciclo de permanência no hospital, porque no Brasil não existe esse tipo de internação (E4).

Em relação aos moradores do HPRM, Os entrevistados argumentam que foi somente a partir do ano de 2010 que verificou-se uma tentativa de desinstitucionalização desses residentes. Esse processo de desinstitucionalização aconteceu a partir de um edital do MS que pretendia iniciar tentativas de desinstitucionalização nos municípios que possuíam HP. Esse projeto estava voltado para municípios prioritário que o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/Psiquiatria, o PNASH/Psiquiatria, indicava para o descredenciamento, ou que possuíam denúncia de violação de direitos humanos, ou que possuíam acima de 400 leitos psiquiátricos. O projeto também intencionava a criação de SRT para respectivo local de moradia das pessoas que estavam em situação de longa permanência nos HP (Brasil, 2011).

O PNASH/Psiquiatria foi implementado em 2002 pela Portaria nº 251/GM, que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências (Brasil, 2002).

Os enfoques das avaliações giram em torno do projeto terapêutico e de aspectos da assistência (tempo de internação e número de pacientes internados) e condições dos pacientes (higiene, vestuário, etc.). Com base em uma pontuação relacionada ao número de leitos, classifica os hospitais psiquiátricos em quatro grupos: boa qualidade, qualidade suficiente,

necessidade de adequações e nova vistoria, ou baixa qualidade que são encaminhados para descredenciamento pelo MS (Brasil, 2011).

Cabe destacar que os efeitos dessas avaliações são essenciais para a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), documento que viabiliza a disponibilização de leitos em hospitais gerais ou psiquiátricos no âmbito do SUS. Para que isso ocorra, é necessário seguir os padrões de funcionalidade estabelecidos, pois o descumprimento desses critérios resulta no corte de verbas destinadas à instituição e no consequente fechamento dos leitos. De acordo com os relatos dos entrevistados, o HPRM obtinha pontuações consistentemente baixas nessas avaliações como marcado na fala do entrevistado:

era naquele momento assim, que ele passava por supervisões da vigilância sanitária. E a gente ia junto nessas supervisões, né? E os pontos delas eram sempre muito baixos. Os pontos de avaliação dessas supervisões né. (E₂).

Então para realizar esse projeto de desinstitucionalização, foi necessário acessar o HPRM, fazer o mapeamento do contexto, o Censo Hospitalar Psiquiátrico, fomentar a criação de vínculos com os moradores e conhecer as condições de saúde desses para iniciar um passo a passo a caminho da desinstitucionalização.

O projeto do MS durou o tempo aproximado de 2 anos. Nesse período foi realizado com os moradores oficinas, grupos, o reconhecimento da cidade e dos dispositivos das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a retomadas de laços com familiares, com a comunidade e com as relações anteriores, como evidenciado na fala do entrevistado:

E comecei a fazer grupo com eles, né? Mostrando para eles que eles iam sair dali. O que é uma casa, né? Eu fazia umas maquetezinhas, mostrando, desenhando uma casinha. Assim, o que tem dentro de uma casa. (E₂).

Para realizar o Censo Hospitalar Psiquiátrico e retomar os respectivos vínculos dos moradores, o entrevistado menciona a dificuldade em obter informações sobre a trajetória de vida dos moradores, pois eles tinham muita dificuldade para acessar as lembranças anteriores, relata também que as informações fornecidas pela instituição eram apenas voltadas para rotinas hospitalares, exames físicos e diagnósticos, não possuindo no hospital um documento que continha dados da história de vida dos moradores. Outro entrevistado relatou que até mesmo o nome e apelido de alguns dos moradores foram atribuídos no HPRM.

Nesse contexto, percebe-se que a institucionalização resultou no apagamento das histórias, memórias e lembranças das pessoas que permaneceram internadas por longos anos. Um estudo previamente citado, baseado em entrevistas com moradores que viveram no HPRM,

corrobora com os dados encontrados sobre essa ausência de memória, onde as poucas recordações da vida anterior são marcadas pela tristeza. Isso ocorre devido à ruptura na continuidade de suas histórias, pela desconstrução de suas identidades e do próprio sentido de viver. Além disso, os eventos que levaram à internação no HPRM, foram traumáticos, e a reclusão subsequente impediu que essas pessoas resignificassem suas trajetórias de vida (Tournier, 2022; Minotto, 2017):

[...] inicialmente eu só fiquei coletando os dados, para saber de onde eles eram, saber a história, né? Uma história pregressa deles. Porque ninguém dizia, ninguém sabia. Eles falavam, contavam uma coisa ou outra. Mas, enfim... (E2).

O entrevistado relata que o projeto foi avançando até finalmente ser possível levar os moradores para realização de alguns passeios pela cidade e iniciar o vínculo com novos projetos de vida. Nesse momento foi importante o trabalho do CAPS que buscavam os moradores no HPRM para realizar oficinas, ajudando também no processo de busca ativa dos familiares e no levantamento de dados. Ficou evidenciado pela fala do entrevistado, que os moradores há muito tempo não saiam do HP, se admirando com as mudanças que aconteceram na cidade:

[...] consegui que eles fossem para o CAPS. [...] Porque vinha o veículo do CAPS. Pegava alguns para levar para o CAPS. As primeiras vezes, assim, foi uma coisa muito impactante. A gente ficava até emocionado, sabe? Porque eles... No carro do CAPS, eles ficavam... Olha como mudou! Está cheio de prédio. Porque eles nunca saíram, né? (E2).

1478

A vida em um HP restringe-se a permanecer dentro de um espaço geográfico delimitado, sem a possibilidade de escolha de ocupar outros lugares e exercer atividades ordinárias da vida cotidiana como: ir ao mercado, dar uma volta no quarteirão, visitar a casa de um amigo, escolher quando tomar banho, escolher se deixa a luz do quarto acesa ou apagada, escolher o horário de dormir, entre outros. O direito de circular livremente pela cidade e de poder existir como um sujeito desejante deixa de existir. No livro História da Loucura, de Michel Foucault (1978), o autor destaca que, a partir dos séculos XVII e XVIII, a pessoa socialmente demarcada pelo estigma da loucura perdeu a dignidade de viver em liberdade. Isso ocorreu devido à organização do espaço público, marcada pelo crescimento das cidades e do espaço urbano, que levou à exclusão do louco da sociedade. Essa exclusão visava eliminar a chamada desordem e impor uma ordem pública na qual a loucura não poderia mais transitar livremente pela cidade.

A partir dos relatos é possível compreender que o HPRM se vestia com todas as características de instituição total e transformou o mundo e a existência dos internados. Foi

capturado nas falas dos entrevistados o atendimento desumanizado, as diferentes violências, a superlotação, as práticas psiquiátricas, a arquitetura manicomial, a exclusão social, o que se configurou como o cenário de vida de quem estava morando ali e ou passava por internação no local:

Horrível, né? Era um verdadeiro... Era uma prisão. Tudo cheio de grade. Quem me levou pra conhecer os ambientes tinha um molho de chave na mão. E aí a cada porta que a gente passava era aberta com chave e em seguida fechada (E3).

Segundo Goffman (1961, p. 22) “as instituições totais são as estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento sobre o que se pode fazer ao eu”. Suas características centrais giram em torno da ruptura das barreiras que comumente separam as três esferas da vida. Em primeiro lugar todos os aspectos da teia da vida são realizados sob um mesmo local e uma única autoridade. Em segundo lugar, cada aspecto cotidiano é realizado por um grupo de pessoas, todas tratadas da mesma maneira e obrigadas a fazer tudo em conjunto. Em terceiro lugar, as atividades são rigidamente definidas e predeterminadas em tempo hábil para se criar uma sequência de atividades e todas essas atividades são impostas por alguém de cima, por um sistema de regras e um grupo de funcionários que ficam a vigiar. Isso tudo para atender aos objetivos oficiais da instituição. O que leva a uma sucessiva mortificação do eu que desrespeita a história de vida e o desejo de cada sujeito.

1479

Basaglia, no texto *As Instituições da Violência* (1985), se refere às instituições totais como instituições de violência, onde os graus de aplicação da violência dependem de quem detém o poder e dá as regras. E a tal “doença mental” é determinada pelo tipo de relação que se instaura com os internados.

Ao reconhecer o HP como um produto da higienização social e uma instituição total, torna-se evidente seu papel social e o contexto de violência inerente aos manicomios. Esses espaços funcionam como depósitos das contradições da sociedade, onde as relações são estruturadas pela violência. Assim, as instituições manicomiais ainda representam, em grande medida, a resposta da civilização para lidar com a loucura e com aqueles que são considerados diferentes. (Amarante, 1996).

A violência é reconhecida como violação dos direitos humanos e um grave problema à saúde devido às complicações causadas à saúde física e emocional das vítimas, gerando consequências negativas ao desenvolvimento afetivo e social. Na agenda da saúde mental, a violência se apresenta de diferentes formas: associada à produção do sofrimento psíquico, às barreiras de acesso ao tratamento, a contextos institucionais de mortificação dos sujeitos, ao

complexo fenômeno das drogas, a formas mitigadas e por vezes invisíveis de dominação (Delgado, 2012).

Os dados encontrados apontam que o HPRM expressou a violência sobre as pessoas com sofrimento psíquico desde a admissão no hospital, como refere o entrevistado “...eu acompanhei algumas internações, sempre baseadas na violência, em alguns casos na violência física...” (E4). Nesse sentido a violência se fez presente no contexto da vida dos moradores dessa instituição, seja no momento da internação, seja pelas características asilares da instituição, na ausência da possibilidade de contratualidade, na ausência de direitos humanos e de cidadania, na exclusão social, na perda da autonomia, na perda de si (Cardoso, da Silva, Antunes, et al, 2020).

Os últimos anos foram marcados por denúncias de violação de direitos humanos, incluindo negligência, descaso, violência e morte em diversos HP no mundo. Mais recentemente, em 2018, foi realizado o Relatório de Inspeção Nacional de Hospital Psiquiátrico realizado entre o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), o Ministério Público do Trabalho (MPT) e o Conselho Federal de Psicologia (CFP), que apontou no território Brasileiro a presença nas instituições que ainda promovem a reclusão de pessoas em sofrimento psíquico, como nos HP, nas Comunidades Terapêuticas e nos Manicômios Judiciários, a violência praticada sobre as pessoas em sofrimento psíquico (Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Conselho Nacional do Ministério Público; Ministério Público do Trabalho, 2020).

Essa marca de violência aparece também na fala do entrevistado ao se referir às práticas psiquiátricas utilizados pela instituição como tratamento psiquiátrico para o sofrimento psíquico: “E muitos relatos dos pacientes dos usuários do CAPS falando de um quarto, um cômodo que tinha, que era tipo castigo, né, alguns relatavam até a história de eletrochoque lá dentro e tal, então histórias assim...” (E4).

A presença desse cômodo aparece no livro de Colossi (2023), publicado em parceria com a Prefeitura Municipal de Criciúma, que entrevistou o corpo técnico do HPRM, onde esse espaço é referido como “quarto do castigo” e o uso dessa prática psiquiátrica é para a punição de atos e atitudes consideradas desviantes e até mesmo como tratamento psiquiátrico para situações de crise e emergência subjetiva. Nesse sentido, é importante a denúncia dos manicômios que reafirma o seu papel enquanto instituição de controle, cuja finalidade encobre outros interesses e é atravessada pelo conjunto de todas as violências.

A violência praticada com os moradores aparece nas falas dos entrevistados em todas as suas faces, física, psicológica, institucional “*Teve uma usuária que teve o braço quebrado lá e que, tipo, não teve mais possibilidade de calcificação, né, então das sequelas, assim, do hospital.*” (E4).

A pessoa moradora de HP que fica reclusa a um espaço no qual é submetido a um conjunto de variadas espécies de violências, passa a incorporar em seu comportamento, por força dessas mesmas violências, tudo aquilo que a instituição deseja que se torne: violento, antissocial, melancólico, descaracterizado, a pessoa desconfigura-se (Amarante, 1996). Os efeitos desse contexto manicomial aparecem na fala dos entrevistados aos se referirem às condições de descaracterização e desumanização que se encontravam os moradores do HPRM “...porque para entrar nas enfermarias tinha um técnico, ou seja, de enfermagem enorme, grandão. Que andava com aquela chave pendurada. Ele abria aquela porta enorme. Eles vinham tudo em cima de mim, puxando meu cabelo.” (E2).

[...]viviam amontoados num local extremamente perigoso, sujo, sem condições de higiene, sem alimentação, uma alimentação pobre, muitas vezes carente de tudo, de vitamina, proteína, sabor. (E3).

No manicômio a vigilância é constante, do tomar o banho até o dormir, tudo é sequencialmente ordenado, os objetos pessoais são retirados involuntariamente, a autonomia é violentada por um conjunto de sanções, a privação social e as rotinas são impostas e tudo contribui para a Mortificação do Eu. Evidencia-se na fala do entrevistado que essa era a realidade dos moradores do HPRM, onde o cotidiano era limitado aos rituais imposto pela instituição, a possibilidade de escolha foi transferida a instituição e o cuidado de si já também não pertencia mais aqueles sujeitos “...eles não sabiam nem se pentear, tomar banho, escolher uma comida, entrar no supermercado nunca tinham entrado, ir a um jogo de futebol nunca tinham ido....” (E3) (Goffman, 1961).

1481

A mortificação do Eu é um conceito utilizado por Goffman (1961), Basaglia refere-se a descaracterização do Eu, esses são conceitos que aludem as constantes mutilações proferidas pelas instituições totais ao sentido simbólico de concepção de si mesmo e a cultura aparente que é formada na vida familiar e civil e que o internado traz consigo. Esses ataques decorrem do abandono do seu papel na vida civil por meio da imposição de barreiras com o mundo externo, pela imposição das regras e condutas pela instituição, pelo despojamento de bens e pela exposição contaminadora onde as fronteiras que a pessoa estabelece com o ambiente são violadas (Goffman, 1961, Basaglia, 1985).

Outros ataques profanados ao Eu podem acontecer por questões não-percebidas como a perda do sono, alimento insuficiente, indecisão crônica, negligência as necessidades e a saúde,

a provocação de elevado nível de angústia e a ausência de materiais de fantasia, essas ações aumentam a violação das fronteiras do Eu e consequentemente causa o “desequilíbrio do Eu”, uma vez que profana as ações, a autonomia e a liberdade do internado (Goffman, 1961).

Na fala dos entrevistados, é possível perceber a presença dessa mortificação do Eu no cotidiano manicomial do HPRM que levou os moradores a vivenciar o conjunto completo de experiências de mortificação e apagamento da condição de humanidade e de cidadania “...Você perde a referência, você perde toda a tua identidade, você não tem sua roupa, você não tem seus chinelos, você não tem seus pertences, você não tem nada, você não tem mais família, muitos eram curatelados, mas nunca receberam visita...” (E2).

O despojamento de objetos pessoais, destacado na fala do entrevistado, marcou profundamente a experiência de internação psiquiátrica de longa permanência desses moradores:

Porque eles nunca saíram, né? Aí, para sair... Eu que comprava chinelo para eles. Porque eles tinham uma dificuldade muito grande. Eles não tinham chinelo, né? E quando tinha, parece que um dava para o outro. Sumiam com o chinelo. Isso ia acontecer com o chinelo. Enfim, então, a gente tinha que... Frequentemente, tinha que comprar chinelo para eles, né? E não só chinelo, como as outras coisas também que precisava comprar. (E2).

1482

Esse foi o cenário encontrado ao acessar o HPRM. Nesse período, entre 2010 a 2013 aproximadamente, os entrevistados referem que todos os movimentos realizados pela Equipe de Desinstitucionalização eram difíceis, encontravam resistência da comunidade, dos serviços, dos profissionais, no decurso do processo de desinstitucionalização: “aí a gente foi fazendo passo a passo, Na época... tava evoluindo” (E1). Uma das ultimas ações realizadas pela equipe foi alugar uma residência para moradia das pessoas residentes do HP e nesse ponto houve a interrupção do processo: “A gente alugou a casa. Licitou todos os móveis. A casa ficou alugada. Uma casa muito boa na época. E... Foi quando acabou, né?” (E2).

Os entrevistados expõem que neste momento, no ano de 2013, após 2 anos do processo de desinstitucionalização estar acontecendo, ocorreu a troca de Coordenação de Saúde Mental do município e o processo de desinstitucionalização foi abandonado pela nova gestão. Os entrevistados relataram que os moradores, após todo o decurso já realizado pelo projeto de desinstitucionalização, estavam acreditando na sua alta hospitalar, na saída do HPRM, a partir da possibilidade de projeção de sonhos e expectativas, começando novamente a construir outros projetos de vida, e então foram novamente violados, anulados e abandonados:

Eles estavam empolgados que eles iam viver em outro lugar, que existia uma casa, nós os levamos para conhecer a casa, e aqui é a casa de vocês, era um espaço, um terreno enorme, uma casa boa. Então eles... (E1).

[...]conheceram a casa, e de repente... Puff! Não aconteceu. Olha a frustração desse pessoal, que tinha história de morar lá dentro, participar de tudo isso... (E1).

3.2 O cenário entre 2017 até os dias atuais, o descredenciamento dos leitos psiquiátricos, o respectivo fechamento do Hospital Psiquiátrico do Rio Maina, desinstitucionalização e reabilitação psicossocial

Neste ponto, é importante retomar o caráter processual da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que se configura como um projeto social complexo, pois continua através da implementação de marcos jurídico-políticos que garantem os direitos e a proteção das pessoas em sofrimento psíquico, com a reorganização dos recursos financeiros destinados ao cuidado em saúde mental no território e consequentemente o fechamento dos HP. Esse *status*, especialmente com a promulgação da Lei nº 10.216 de 2001, foi fundamental para a criação da PNSM, que estabelece estratégias e diretrizes para organizar a assistência a pessoas em sofrimento psíquico que necessitam de cuidados específicos em saúde mental. Entre suas principais diretrizes, destaca-se a reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, com o objetivo de promover a redução gradual, acordada e planejada dos leitos psiquiátricos (Brasil, 2001; Brasil, 2005; Brasil 2011).

1483

A redução de leitos em HP e a transformação no perfil das internações psiquiátricas são resultados diretos da implementação de programas de avaliação dos HP, como é o caso dos desdobramentos do PNASH/Psiquiatria no HPRM. Contudo, apesar da importância desse instrumento para o melhor acesso à saúde mental humanizada, a sua última edição foi em 2014 quando o programa foi descontinuado, o que representa, na prática, a descontinuação do principal mecanismo de avaliação dos HP brasileiros financiados pelo SUS (Desinstitute, 2021).

O HPRM passou por avaliação do PNASH/Psiquiatria conforme a fala dos entrevistados, mas também por vistorias realizadas para avaliação do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais/Municipais de Saúde e Avaliação de Controle Social, o que levou a diminuição da AIH, ou seja, a redução da emissão das autorizações de internações em leitos psiquiátricos no HPRM, e consequentemente, a supressão do repasse financeiro dos leitos psiquiátricos do SUS.

Assim, a partir do ano de 2013, a administração do HP vinha divulgando nas mídias locais as dificuldades financeiras para manter os atendimentos, contudo, o HPRM recebia ainda

o valor de R\$43,00 por diária para 1 paciente internado, totalizando no mês o valor de R\$1.290 por interno. Nessa ocasião o local contava com 85 leitos psiquiátricos conveniados ao SUS e 20 leitos privados (Silva, 2017).

Para resolver de forma paliativa o problema financeiro da instituição, foi criada a Comissão Temporária Especial para monitorar e apresentar um parecer à sociedade criciumense sobre a situação da instituição. Essa comissão era formada por 3 vereadores e esteve na capital do estado para solicitar auxílio ao secretário adjunto de saúde da época. Durante a reunião, foi estabelecido o compromisso do governo estadual em realizar repasses mensais de R\$58 mil, até o final de 2013 (Criciúma, 2013).

É importante destacar que o Governo do Estado de Santa Catarina começou a apoiar a PNSM com repasses financeiros a RAPS apenas em 2024, após a Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que estabeleceu o custeio mensal para os CAPS na modalidade microrregional e o cofinanciamento dos SRT do tipo II. Contudo o estado de Santa Catarina a tempo apoia políticas que vão na contramão da RPB, como é o caso do financiamento para as Comunidades Terapêuticas e para os HP como o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ) (Santa Catarina, 2024).

No ano seguinte, em 2014, por dificuldades financeiras, o HPRM foi adquirido pela Instituição de Saúde, Educação e Vida (ISEV), que assumiu suas atividades a partir do dia 1º de julho daquele ano. A ISEV gerenciava outras instituições de caráter manicomial que não possuem fins terapêuticos, como Comunidades Terapêuticas em Esteio-RS, (Colossi, 2023).

O fechamento do HPRM era uma realidade iminente, algo que inevitavelmente iria acontecer, especialmente diante dos avanços da Luta Antimanicomial e da RPB, que têm priorizado o cuidado da pessoa em sofrimento psíquico de forma singular e no território. Nos anos seguintes, novos acordos foram estabelecidos para tentar manter o hospital em funcionamento. No entanto, em 2017, com a posse de um novo governo municipal, a situação do Rio Maina voltou a ganhar destaque na mídia devido à possibilidade de seu fechamento definitivo (Silva, 2017).

Um estudo analisou todas as reportagens que tratavam de desigualdades ou violações do direito à saúde publicadas em dois jornais da cidade de Criciúma entre os anos de 2016 e 2017. No total foram encontradas 391 notícias, das quais 296, ou seja, 75%, estavam relacionadas à crise no sistema de saúde do município. Dentre essas, a segunda instituição mais mencionada nas reportagens foi o HPRM (Hilário, Saleh, 2017).

Um dos entrevistados refere que a gestão do HPRM ameaçava fechar jogando com o estigma da pessoa louca “...*E sempre eles... ameaçavam esse processo de, ah! nós vamos fechar!* [...] Porquê? como assim? o que vamos fazer com essas pessoas, loucas, soltas pelas ruas, se não tiver a casa de saúde do Rio Maina?” (E1).

O entrevistado refere ainda que em meio às notícias de fechamento da instituição surgiram movimentos sociais no município, como o Abrace o Rio Maina: “...*de fato não queriam que aquele lugar fechasse. Tanto que fizeram atos para não fechar, abraçaram o hospital, fizeram um monte de movimentos, nunca no sentido de uma luta antimanicomial*” (E1). Em um documento encontrado, do tipo carta aberta direcionada ao Governo Estadual e Federal, observa-se a preocupação de alguns movimentos sociais com o fechamento do HPRM, que defendem a obrigação dos órgãos em garantir o pleno funcionamento do manicômio (Goés, s.d.).

Para os entrevistados, a população não sabia o que acontecia dentro do HPRM e no município a instituição era uma cultura política vigente, se sustentando do estigma e preconceito com a loucura:

E com a presença da Casa de Saúde do Rio Maina, fazia com que todas as pessoas que eram indesejadas, intolerantes na sociedade, fossem levadas pra lá. Então assim... Era o depósito das pessoas indesejadas da cidade. Então nem se pensava em fechar o hospital. A população não queria. Era muito cômodo. (E3).

1485

Então em 2017, em meio a uma greve de funcionários do HPRM por atraso salarial e incertezas quanto à assistência aos internos, incluindo os moradores, a situação se agravou e foi determinado pelo MP o descredenciamento dos leitos psiquiátricos do SUS. Segundo o portal G1, “uma audiência realizada na 2ª Vara da Fazenda da Comarca de Criciúma, determinou que o município transfira os 62 pacientes do SUS para outros locais em um prazo de 10 dias. (...) Além disso, novos pacientes do SUS não devem ser internados no local” (G1 Santa Catarina, 2017).

O desdobramento das ações determinadas pelos arranjos políticos e jurídicos da RPB resultou no descredenciamento do HPRM do SUS. No entanto, como evidenciado, essa iniciativa não partiu do Governo Municipal, Estadual ou de um movimento social organizado pela população do município. Havia sim, algumas pessoas engajadas na luta pelo fechamento do manicômio, mas enfrentavam constante resistência e boicotes políticos. O descredenciamento, na verdade, é um reflexo do avanço da RPB, que, por meio da reestruturação do cenário da atenção em saúde mental e dos programas de avaliação dos hospitais psiquiátricos, vem promovendo a possibilidade de um cuidado em saúde mental singular, no território, com

os familiares e com as comunidades, o entrevistado refere “...tudo nasceu com a Reforma Psiquiátrica, com o movimento da Luta Antimanicomial. Mas assim, aqui no município essa ideia era muito... Muito... Rejeitada. Porque a cidade era extremamente manicomial.” (E3).

Então, nesse momento a Gerência de Saúde Mental do Município iniciou novamente um processo de desinstitucionalização com os moradores do HPRM, um pouco diferente do realizado no período anterior, principalmente por ter sido atravessado por questões de ordem judicial, o entrevistado relata “...ficamos 15 dias lá dentro do hospital psiquiátrico, fazendo avaliação de todos os pacientes que estavam lá, que eram do SUS...” (E3). Estavam residindo no HPRM nesse momento 18 moradores do município de Criciúma, mas havia mais moradores de outros municípios “...lá, tinha muito mais, mas de outros municípios...” (E3).

Conforme os entrevistados, essas avaliações foram realizadas para ver as condições físicas e psíquicas dos moradores, pois com todos esses anos de violências, reclusão, hipermedicalização, perda da cidadania, falta de contratualidade, mortificação do eu e muito pouco acesso a serviços de saúde básicos os moradores acabaram adquirindo deficiências e cronificando o sofrimento psíquico “...então era um cenário caótico e muito triste de se ver...” (E3).

Naquele momento, o município de Criciúma ainda não tinha habilitado o SRT, apesar de ter ocorrido essa tentativa entre 2010 e 2013. Então como alternativa o município escolheu como nova “casa” dos moradores do HPRM o Hospital São Roque, localizado no Morro da Fumaça. Em relação a esse processo de desinstitucionalização forçado via ordem judicial um entrevistado relata “O hospital fechou, essas pessoas não tinham para onde ir, e foram judicialmente colocadas em outros lugares, em outro hospital, sem nenhuma... Sabe...”(E1).

O Hospital São Roque é caracterizado como um hospital geral que está há 28 km de distância de Criciúma e segundo o relato de um entrevistado havia interesse do hospital “...E como na época a gente ainda não tinha residencial terapêutico, nós fizemos um contrato no Hospital Morro da Fumaça, que tinha uma ala construída, já para ser uma ala psiquiátrica...” (E3). Já existia uma ala psiquiátrica no hospital, e com a vinda dos moradores do Hospital Psiquiátrico do Rio Maina inaugurou-se essa ala psiquiátrica. A transinstitucionalização, refere-se a um processo no qual a desospitalização não resulta necessariamente na efetiva desinstitucionalização, mas sim na realocação das pessoas para outras instituições, sem promover mudanças estruturais no paradigma da psiquiatria. Esse fenômeno está relacionado à falsa desinstitucionalização, que ocorre quando a retirada de pacientes dos HP não é acompanhada pela criação de políticas e dispositivos que garantam sua autonomia e inclusão social. A distinção entre verdadeira e falsa desinstitucionalização proposta

pelos reformadores italianos evidencia a necessidade de transformar o modelo de atenção, superando a mera transferência institucional e avançando em direção à promoção de valor social. Para isso, é essencial que o processo de desinstitucionalização envolva a ampliação da rede de cuidado e um alto grau de intersetorialidade, abrangendo moradia, trabalho, renda e lazer, de modo a favorecer a reabilitação psicossocial e a inclusão efetiva dos sujeitos na sociedade (Nascimento; Silva, 2020).

Apesar do processo de desinstitucionalização ter ocorrido por meio desse caminho, o entrevistado refere que a Gerência de Saúde Mental de 2017 atuava com foco na Luta Antimanicomial “...*Claro vem uma medida judicial, mas poderia ter sido feito de uma forma pior, né, menos desumana, numa lógica mais mercantilista, mais institucionalizada, enfim, então acho que teve esse cuidado...*” (E4).

Esse período foi marcado por um contexto político no Brasil de intensos ataques à PNSM e à RPB, impactando diretamente o Governo Municipal de Criciúma. Como apontado no Memorial da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme) de agosto de 2020, o Brasil viveu nos últimos anos, um profundo processo de desconstrução dos fundamentos da RPB que nortearam as últimas três décadas de organização social e comunitária, além do enfraquecimento das políticas públicas de saúde mental, álcool e outras drogas, que foram pioneiras na promoção do cuidado em liberdade e na defesa dos direitos humanos. Nesse pacote de cerceio estava a Portaria nº 3.659 de 14 de novembro de 2018, que suspendia o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de CAPS, SRT, Unidades de Acolhimento (UA) e de leitos de saúde mental em Hospital Geral (Abrasme, 2020). 1487

Os moradores ficaram ainda no total 2 anos lá no Hospital do Morro da Fumaça, foi o tempo de realizar a habilitação do SRT em Criciúma. No Hospital São Roque foi realizada a tentativa de humanização do espaço “...*Organizamos essa ala lá no Hospital do Morro da Fumaça, com o máximo de duas pessoas por quarto, com espelhos, com banheiro, né? Eles se identificando, eles sabendo quem eles eram.*” (E3).

Durante esse período, enquanto ocorria a habilitação dos SRT e os futuros moradores ainda estavam no Hospital do Morro da Fumaça, eles passaram a frequentar os CAPS e realizar o Plano Terapêutico Singular (PTS). Iniciar o PTS no CAPS foi iniciar as reparações históricas do tratamento psiquiátrico manicomial e aos poucos recuperar o poder de contratualidade, de cidadania, as memórias, a dignidade.

Aqui destaca-se o PTS como tecnologia de recurso terapêutico no âmbito da clínica da atenção psicossocial e pode ser entendido como uma ferramenta de gestão do cuidado. O PTS

organiza a atenção à saúde mental da pessoa em sofrimento psíquico a partir de sua singularidade, promovendo um exercício corresponsável e compartilhado. Ele se desenvolve em um movimento contínuo e longitudinal, envolvendo a atuação conjunta de profissionais de diversas formações e áreas, juntamente com os usuários, seus familiares e outros vínculos significativos. Esse processo busca romper com lógicas pré-estabelecidas, abrindo espaço para a dimensão inventiva e criativa na construção de caminhos e práticas voltadas ao cuidado. Nesse sentido, o PTS assume uma posição ético-política, sustentando o encontro singular com o terapêutico e, por isso, pode ser um instrumento fundamental para a reinserção e retomada da vida autônoma das pessoas que passaram por períodos de longa internação psiquiátrica e/ou repetidas internações psiquiátricas (Zubiaurre, *et al*, 2024. Grigolo, *et al*, 2014).

Para a abertura do SRT em Criciúma, o Governo Municipal havia concordado inicialmente em habilitar um SRT do tipo II, para 10 moradores, de modo que apenas parte deles seriam transferidos. No entanto, após algumas discussões com a comissão de desinstitucionalização da época, decidiu-se abrir mais um SRT do tipo II. A habilitação desses serviços foi formalizada pelo MS por meio da Portaria nº 300, de 25 de fevereiro de 2019; e da Portaria nº 2.972, de 28 de outubro de 2020. Entretanto, dois SRT foram inaugurados em 29 de outubro de 2019: um com 10 moradores, localizado no Centro, e outro com 7 moradores, situado em um bairro de Criciúma. Dessa forma, o Governo Municipal custeou um dos SRTs até sua habilitação oficial, ocorrida em 28 de outubro de 2020 (Brasil, 2019; Brasil 2020; Engeplus, 2019). 1488

Cabe reforçar que o SRT é o serviço que pode possibilitar aos moradores, por meio da vivência no território, que passem por um processo de Reabilitação Psicossocial. Para isso, compete aos cuidadores do SRT e os profissionais da RAPS, atividades de reabilitação psicossocial, que tenham como eixo organizador a moradia, tais como: autocuidado, atividades da vida diária, gestão de si e de seus recursos, alfabetização, lazer e trabalho na perspectiva de retomada da vida dos moradores (Brasil, 2004).

Em relação ao contexto de desinstitucionalização que se insere o SRT, Franco Rotelli no livro Desinstitucionalização (2001, p. 32), refere que o objetivo prioritário da desinstitucionalização é transformar as relações de poder entre instituição e os sujeitos e em primeiro lugar os pacientes, isto é, no trabalho de desconstrução do manicômio, esta transformação é produzida através de gestos elementares: eliminar métodos de contenção; restabelecer a relação da pessoa com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoas; reconstruir o direito e a capacidade da palavra; eliminar a ergoterapia; abrir as portas; criar espaços para relações de diálogo; liberar os sentimentos; restituir direitos civis

eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais.

Nesse contexto de desinstitucionalização que passa pelo processo de Reabilitação Psicossocial, a Reabilitação Psicossocial pode ser entendida como a reconstrução do exercício integral da cidadania e de plena contratualidade nos três principais cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social (Saraceno, 1996).

Então após anos de manicomialização dos moradores do HPRM e por toda a profundidade de mortificações que implica esse cenário, os moradores foram transferidos para os SRT e o mínimo de reparação é que essas pessoas pudessem ser assistidas de forma singular, reabilitadas e que fosse recobrado a sua dignidade, o poder de contratualidade e a cidadania, como propõe a PNSM. Contudo no que pesa o sentido de Reabilitação Psicossocial e desinstitucionalização em relação aos moradores do HPRM os entrevistados referem que: “...Então eles saíram da tutela do hospital para ir para a tutela de uma equipe, de uma instituição terceirizada, que também entende que a tutela é a resposta para aquela situação, que é que eles estão tutelados em outro lugar. Friamente falando e criticamente falando...” (E1).

Os SRT inaugurados são gerenciados pela Organização Social (OS), Associação de Assistência Social Deus Provedor, com cunho religioso, que coíbe o cuidado em liberdade proposto pela PNSM e se mantém fechados para o diálogo, reproduzindo a lógica manicomial novamente na vida desses moradores. Em relação a posição da Gerência Municipal de Saúde Mental e dos trabalhadores da saúde mental frente a gestão dos SRT serem realizada por OS, o entrevistado refere: “...daí quando rolou da OS assumir a gestão, a gente foi contra ...só que daí a gente não teve força política, então eles acabaram se sobressaindo...” (E4). Os SRT, desde a inauguração foram gerenciados pela OS.

Assim, pergunta-se: o que foi, de fato, os processos de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial pelos quais passaram e passam os moradores do HPRM? A transição do modelo psiquiátrico para o modelo de atenção psicossocial focado na autonomia, cidadania e reinserção social é cheio de desafios e contradições. Além do fechamento de instituições, é preciso reconstruir subjetividades marcadas por anos de exclusão e violência. A desinstitucionalização vai além de fechar as portas dos manicômios; de criar uma rede substitutiva; é preciso abrir caminhos para garantir direitos, cidadania e dignidade. Sobre a desinstitucionalização dos moradores o entrevistado conclui:

Eu infelizmente acho que não houve uma mudança, porque a lógica manicomial ainda está dentro do SRT, pela forma como não aconteceu a desinstitucionalização. A gente tirou eles de dentro de um

hospital fechado, de um lugar fechado, mas eles continuam num quintal com cadeado, por exemplo, né, um exemplo simbólico assim, né, porque eles continuam sem autonomia das coisas da vida, então essa é a minha frustração, assim, (E4).

O HPRM após o descredenciamento dos leitos psiquiátricos do SUS, passou por uma reestruturação e começou a atender somente no particular. Contudo, anunciou o fechamento em 8 de janeiro de 2019. Então, em 2020 o local foi vendido para a Prefeitura Municipal de Criciúma e lá foi realizado um Centro de Atendimento ao Coronavírus e posteriormente se transformou no Complexo de Saúde Santo Agostinho. No Hospital do Morro da Fumaça se encontram até hoje vários moradores de outros municípios, que ainda não implementaram o SRT (Colossi 2023; Engeplus 2023).

CONCLUSÃO

Em relação aos moradores do HPRM pode-se concluir que as pessoas submetidas aos tratamentos psiquiátricos oferecidos pelo hospital, passaram por longos períodos de isolamento, tratamentos desumanos, violências e excesso de medicação, e com isso, tiveram sua capacidade de convívio social, autocuidado e independência severamente comprometidas. Dessa forma, o HPRM deixou de ser um local de tratamento temporário para se tornar um espaço de confinamento permanente, onde as pessoas eram privadas não apenas de sua liberdade, mas também de sua identidade e possibilidade de reinserção social. Esse cenário evidencia as consequências devastadoras de um modelo assistencial psiquiátrico centrado na exclusão e no controle, reforçando a urgência de práticas que priorizem a reabilitação psicossocial e o respeito aos direitos humanos.

A primeira tentativa de desinstitucionalização, que ocorreu entre os anos de 2010 a 2013, foi planejada e programada, com vistas ao edital de desinstitucionalização do MS. Houve tempo hábil para realizar um processo de passo a passo de saída do HPRM, acessar o hospital, criar vínculo com os moradores, fazer o censo, retomar aos poucos direitos e laços anteriores dos moradores consigo mesmo, circular na RAPS, preparar os profissionais da rede para o acolhimento dos moradores, encontrar casa para o SRT, licitar os móveis, iniciar o processo de contratação da equipe que trabalharia no SRT. Nesse momento, caminhava-se para um lugar possível de desinstitucionalização, contudo com a mudança na gestão municipal ocorreu o descontinuamento do processo. Os moradores que haviam criado expectativas na retomada de suas vidas ficaram entre a esperança e o apagamento, a desconsideração, a negação de um novo capítulo para suas histórias.

1490

Em 2017, quando houve a decisão judicial de descredenciamento dos leitos do SUS do HPRM, ocorreu um processo de transintitucionalização dos moradores. Com o descredenciamento dos leitos por ordem judicial e a necessidade de resposta imediata para a situação, os moradores foram apenas transferidos de um hospital para outro hospital, apesar de ocorrer um movimento de pensar o espaço do Hospital do Morro da Fumaça, de modo que os moradores pudessem iniciar retomadas, eles ainda estavam dentro de um hospital e tutelados.

Novamente em 2019, quando os moradores saem do Hospital Morro da Fumaça e são transferidos para os SRT, se repete a transinstitucionalização, fortemente marcada pela presença de uma O.S como gestora dos SRT que reproduz lógicas manicomiais sob nova roupagem. Essa dinâmica é evidenciada especialmente pelos SRT estarem sob gestão de uma O.S, sob lógica privativa descolada dos princípios do SUS, da RPB e da PNSM, que ao invés de realizar o processo de reabilitação psicossocial e desinstitucionalização, mantém formas de controle e segregação, ainda que em ambientes fisicamente distintos do HP.

No que pesa a RPB, o seu avanço no processo social acontece a partir da promulgação de marcos jurídicos-políticos. Nesse sentido o PNASH/Psiquiatria se apresenta como um importante instrumento para o descredenciamento planejado dos HP e para a transição aos serviços substitutivos da RAPS, sendo fundamental para o fechamento do HPRM, portanto o descontinuamento do programa é um ataque a PNSM, favorecendo o cenário para a continuidade dos HP. Assim, é imprescindível retomar e aprimorar programas como PNASH/Psiquiatria, alinhados a RPB, para garantir o fechamento dos HP e a mudança desejada para o modelo de atenção psicossocial.

1491

As tentativas de processos de desinstitucionalização realizados com os moradores do HPRM foram profundamente marcados por tensões políticas, sociais e decisões judiciais. Os processos de desinstitucionalização refletem os paradigmas históricos que envolvem as pessoas em sofrimento psíquico e o desenvolvimento das políticas públicas de atenção psicossocial. Esse contexto evidencia a complexidade e os desafios enfrentados para a implementação de políticas públicas de saúde mental que visam garantir os direitos à cidadania e a promoção de uma vida digna para essa população.

O processo de Criciúma evidencia a importância de pensar as estratégias de desinstitucionalização, a partir da voz ativa dos usuários e priorizando o fortalecimento dos SRT e dos serviços substitutivos da RAPS para a superação de modelos assistenciais pautados no controle e na segregação, em direção a uma saúde mental emancipatória.

Conclui-se que a efetiva desinstitucionalização dos moradores está em curso pela saída do HP, o consequente o fechamento da instituição, a habilitação de SRT e por existir em Criciúma uma RAPS ampla, que são pontos importantes para o avanço da RPB e para a construção de novas narrativas na vida dos moradores. Contudo o desafio mora em garantir que os moradores de HP encontrem um desfecho digno de cidadania, que atenda suas necessidades e singularidades, onde suas vidas possam ser reconstruídas em um cenário de liberdade, cuidado e pertencimento. A desinstitucionalização, portanto, não é apenas o fechamento das portas dos manicômios, mas a abertura de novos caminhos que permitam a reinvenção de uma sociedade mais estreitamente ligada às suas diferenças e ao cuidado em liberdade.

REFERÊNCIAS

ABRASME. Memorial ABRASME sobre os retrocessos no cuidado e tratamento de saúde mental e drogas no Brasil. [S. l.], ii de agosto de 2020. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/14S-lEwNmHPUPVJV-GHHKvfeyrlAbTFn/view>. Acesso em: 17 fev. 2025.

AMARANTE, P.D.C. Franco Basaglia: novas histórias para a desinstitucionalização. In: O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996, pp. 65-106. ISBN 978-85-7541-327-2. <https://doi.org/10.7476/9788575413272.0005>.

1492

AMARANTE, P. D. C. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., and CARVALHO, A. I., eds. Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, pp. 635-655. ISBN: 978-85-7541-349-4. <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0023>.

BASAGLIA, Franco (Coord.). A Instituição Negada: Relato de um Hospital Psiquiátrico. Tradução de Heloísa Jahn. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. (Biblioteca de Filosofia e História das Ciências; v. 17).

BARDIN L. Análise de Conteúdo. São Paulo. Tradução: Luís Augusto Pinheiro; 2016.

BORGES, R.F; KIAN, K.O. DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO À RESIDÊNCIA TERAPÉUTICA: A TRAJETÓRIA DE MORADORAS E MORADORES. *Contradição - Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas e Sociais*, [s. l.], 2022. DOI <https://doi.org/10.33872/revcontrad.v3n2.e036>. Disponível em: <https://revista.unifateciedu.br/index.php/revcontrad/article/view/76>. Acesso em: 20 jan. 2025.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Senado, 1988. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. Constituição (2001). **Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 106/ GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 23, 24 fev. 2000

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 300, de 25 de fevereiro de 2019.** Dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002.** Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 jan. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.972, de 28 de outubro de 2020.** Dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 out. 2020.

BRASIL. Constituição (2011). **Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

1493

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. **Relatório de Gestão 2007/- 2010.** Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011, 106 p.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013

CÂMARA MUNICIPAL. Poder Legislativo. Comissão Temporária Especial para tratar da situação de resolução das atividades Hospital Psiquiátrico do Rio Maina e das Obras de Ampliação do Hospital Materno Infantil Santa Catarina. (Criada pela resolução número 001/2013 de 21 de fevereiro de 2013). Disponível em: <https://www.camaracriciuma.sc.gov.br/documento/comissao-temporaria-especialpara-tratar-da-situacao-de-resolucao-das-atividades-hospital-psiquiatrico-do-rio-maina-e-das-obras-de->

ampliacao-do-hospital-materno-infantil-santa-catarina-criada-pela-resolucao-numero-001-2013-de-21-de-fevereiro-de-2013-15987. Acesso em 07 de fevereiro de 2025

CARDOSO, A. J. C. et al.. Violência institucional e enfermidade mental: narrativas de egressos de um manicômio da Bahia. *Saúde em Debate*, v. 44, n. 127, p. 1105–1119, out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012712>. Acesso em: 17 de fevereiro de 2025.

CERQUEIRA. L. Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.

COLOSSI, A.M.E. HOSPITAL DO RIO MAINA FIM DE UMA HISTÓRIA: Santo Agostinho Complexo de Saúde: início de um novo tempo. Secretaria Municipal de Saúde, Criciúma, 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO; MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. Relatório de Inspeção em Hospitais Psiquiátricos. Brasília: CFP, 2019. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio_Inspecao_HospPsiq.pdf. Acesso em: 17 de fevereiro de 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Constituição (2016). **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Extraordinária, realizada nos dias 06 e 07 de abril de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006. Brasil.

1494

DESINSTITUTE. Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01. Desinstitute, 23 set. 2021. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/painel-saude-mental-20-anos-da-lei-10-216/>. Acesso em: 17 fev. 2025.

DUARTE, M. N. De “Ares e Luzes” a “Inferno Humano”: concepções e práticas psiquiátricas no Hospital Colônia de Barbacena: 1946-1979. Universidade Federal Fluminense. Niterói, p. 1-273. 2009. Tese (Doutorado em História).

ENGEPLUS. Criciúma entrega dois residenciais terapêuticos nesta terça-feira. Engeplus, Criciúma, 19 nov. 2019. Disponível em: <https://engeplus.com.br/noticia/saude/2019/criciuma-entrega-dois-residenciais-terapeuticos-nesta-terca-feira>. Acesso em: 18 fev. 2025.

ENGEPLUS. Criciúma: Santo Agostinho Complexo de Saúde será inaugurado nesta quinta-feira. Engeplus, Criciúma, 23 ago. 2023. Disponível em: <https://engeplus.com.br/noticia/saude/2023/criciuma-santo-agostinho-complexo-de-saude-sera-inaugurado-nesta-quinta-feira>. Acesso em: 17 fev. 2025.

FIOCRUZ. Antes do SUS: Como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura. Publicado no EPSJV/Fiocruz, 2018 [s.d.]. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=antes-do-sus>. Acesso em: 17 de fevereiro de 2025.

FOUCAULT, Michel. História da loucura na Idade Clássica. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1978.

FRAZATTO, C. F.; BOARINI, M. L. O "morar" em hospital psiquiátrico: histórias contadas por familiares de ex-"moradores". *Psicologia em Estudo*, v. 18, n. 2, p. 257–267, abr. 2013.

GI SANTA CATARINA: Justiça determina que pacientes do único hospital psiquiátrico do sul de SC sejam transferidos: 13.06.2017 Disponível em: <https://gi.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/justicadetermina-que-pacientes-do-unico-hospital-psiquiatrico-do-sul-de-sc-sejamtransferidos.ghtml> Acesso em: 17 fev de 2025.

GOÉS, P.H.A. CASA DE SAÚDE RIO MAINA E A RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO (UNIÃO, ESTADO E MUNICÍPIO) POR OMISSÃO (DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL). (s.d.) Disponível em: <https://www.goesadvogados.com.br/artigo/casa-sau-rio-maina-responsabilidade-civil-estado-uniao-estado-municipio-por-omissao-descumprimento-preceito-fundamental-39>. Acesso em: 17 fev. 2025.

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1961.

GRIGOLO, T.M; GARCIA, JR, C.A.S; Peres, G.M, Rodrigues, J. O PROJETO TERAPÉUTICO SINGULAR NA CLÍNICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2014.

GOUVEIA, Halina Cavalcanti. Fala aê, mestre: SRT e os desafios da privatização da gestão. Fiocruz Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasilia.fiocruz.br/fala-ae-mestre-servicos-residenciais-terapeuticos-e-os-desafios-da-gestao/>. Acesso em: 17 fev. 2025.

HILÁRIO, P.H.C; SALEH, S.M. Observatório de direitos e cidadania: uma análise da saúde pública no município de Criciúma-SC. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, [S. l.], v. 6, p. 113-121, 2017. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1060>. Acesso em: 17 fev. 2025. 1495

LIVRAMENTO R.M; MOREIRA J. DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO A REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM BREVE RELATO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL DESENVOLVIDAS NA REGIÃO DA AMREC ENTRE OS ANOS DE 1968 E 2004. *Periódicos UNESC*. 2006.

MATOS-DE-SOUZA, R.; MEDRADO, A. C. C. Dos corpos como objeto: uma leitura pós-colonial do 'Holocausto Brasileiro'. *Saúde em Debate*, v. 45, n. 128, p. 164-177, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112813>. Acesso em: 17 fevereiro de 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Constituição (2009). Portaria nº 1820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Portaria Nº 1.820, de 13 de Agosto de 2009. Brasil.

MOURA, P.F. O GT de desinstitucionalização em saúde mental de Santa Catarina / Paula Ferreira Moura ; orientador, Walter Ferreira de Oliveira - Florianópolis, SC, 2015. 122 p.

NASCIMENTO, M. S.; SILVA, M. B. B. E. Desinstitucionalização em debate: uma etnografia em eventos de saúde mental. *Saúde em Debate*, v. 44, n. spe3, p. 33-44, out. 2020.

PAULIN, L. F. e TURATO, E. R. ‘Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970’. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. 11(2): 241-58, maio-agosto. 2004.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Violência e saúde mental: os termos do debate. In: Anais do Seminário Nacional de Saúde Mental, 2012. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Viol%C3%A3ncia-e-sa%C3%BAde-mental%3A-os-termos-do-debate-Delgado/6b1364ecbb49a188cc1e15ab0055ca0187c5667>. Acesso em: 17 fev. 2025.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. 114 p.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. IPq completa 83 anos com reformas e serviços essenciais para a Saúde. [S. l.], 2024. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/component/content/article/ipq-completa-83-anos-comreformaseservicosessenciaisparasaude?catid=10&Itemid=101#:~:text=O%20IPq%20em%20passando%2opor,de%2orecupera%C3%A7%C3%A3o%2ode%20outros%2odiagn%C3%B3sticos>. Acesso em: 17 fev. 2025.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação nº 039/CIB/2024. [S. l.], 2024. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/edocman/deliberacoes/deliberacoes2024/delibera%C3%87%C3%83o%2030%20cib%2039-2024.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2025.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação nº 002/CIB/2024. 2024. Acesso em: 17 fev. 2025. 1496

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.).

SILVA, Dipaula Minotto da. Avaliação de políticas públicas em saúde mental: um estudo de caso. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2019. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/7076/1/Dipaula%20Minotto%20da%20Silva.pdf>. Acesso em: 17 fev 2025.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Michel Foucault e a "História da Loucura": 50 anos transformando a história da psiquiatria/ Michel Foucault and the "History of Madness": 50 years changing the history of psychiatry. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, [S. l.], v. 3, n. 6, p. 41-64, 2012. DOI: 10.5007/cbsm.v3i6.68499. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68499>. Acesso em: 14 jan. 2025.

TOURNIER, C. HISTÓRIA DE VIDA DE MORADORES DE UM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÉUTICO (SRT): DESAFIOS PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, 2022.



ZUBIAURRE, P. DE M. et al.. SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT ACTIONS IN A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER: PROFESSIONALS' AND USERS' PERSPECTIVES. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 33, p. e20240049, 2024.