

Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos

Psychiatric reform and assisted residential services

Carlos Eduardo Leal Vidal¹, Marina Bandeira², Eliane Dias Gontijo³

RESUMO

Objetivo: Apresentar os principais aspectos da reforma psiquiátrica ocorrida em diversos países e no Brasil, destacar a política de reinserção social dos pacientes e descrever os procedimentos da desospitalização ocorridos em Barbacena, Minas Gerais, com ênfase nas residências terapêuticas e nas intervenções de reabilitação psicossocial. **Método:** Pesquisa bibliográfica realizada nas fontes eletrônicas Medline e Lilacs (1990 a 2006), com os seguintes descritores: *deinstitutionalization, psychiatric reform, community-based treatment, psychosocial rehabilitation*. Descrição do processo de implantação das residências terapêuticas (RT) por meio de consulta aos documentos da Prefeitura de Barbacena e de observação direta das residências. **Resultados:** A maioria dos trabalhos selecionados indicou que pacientes desospitalizados apresentam melhora na autonomia, na interação social, no nível global de funcionamento e na qualidade de vida. A desospitalização implica a existência de serviços comunitários com diversos níveis de atenção e requer a presença de profissionais qualificados e programas de reabilitação efetivos. Em Barbacena, o processo de desospitalização teve início em 2000. Atualmente existem 24 RTs no município. **Conclusão:** Apesar das dificuldades na sua implantação, os tratamentos de base comunitária tornaram-se o modelo dominante de cuidados psiquiátricos. Para os pacientes desospitalizados, as RTs têm importante papel no processo de reinserção social.

Palavras-chave

Psiquiatria,
desinstitucionalização,
reforma psiquiátrica,
moradias assistidas.

ABSTRACT

Objective: The aim of this article is to show the more relevant aspects of psychiatric reform and the community insert of psychiatric patients around the world and in Brazil. It will be detached the procedures of discharge occurred in the city of Barbacena, emphasizing the residential services and the psychosocial approaches. **Methods:** Databases Medline and Lilacs were searched between 1990 and 2006 using the following keywords: *deinstitutionalization, psychiatric reform, community-based treatment, psychosocial rehabilitation*. For the implementation of the residential services, official documents were used. **Results:** Review and follow-up studies were selected. The most of the studies indicate that the patients have better autonomy, social interaction, global behavior and life quality when they live in community settings. Nevertheless, the authors

Recebido em
20/7/2007
Aprovado em
31/8/2007

1 Faculdade de Medicina de Barbacena; Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena; Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG).
2 Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental da Universidade Federal de São João Del Rei.
3 Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Correspondência para: Carlos Eduardo Leal Vidal
Rua Professor Vasconcelos, 467, Andorinhas – 36205-238 – Barbacena, MG
E-mail: celv@uol.com.br

Key-words

Psychiatry, deinstitutionalization, psychiatric reform, assisted living, facilities.

emphasize the importance of community support, professional staff and rehabilitation programs as a condition for good outcomes. In Barbacena, the procedures of deinstitutionalization began in 2000. Nowadays there are twenty four residential services in this city. Discussion: In despite of difficulties in the psychiatric reform process, the community-based treatment and psychosocial rehabilitation approach are the principal models of psychiatric care presently, and the residential services play an important role in this process.

INTRODUÇÃO

As propostas contemporâneas de reforma na assistência psiquiátrica surgiram em meados da década de 1950 nos Estados Unidos e na Europa, no período posterior à Segunda Guerra Mundial. As denúncias de atos violentos, abandono, isolamento e cronificação dos doentes, cada vez mais freqüentes nos asilos, deixaram clara a limitação das instituições hospitalares para alcançar a finalidade de tratamento a que se propunham¹. Ao mesmo tempo, a pressão por reformas sociais e sanitárias e os movimentos pelos direitos civis e humanos impuseram a redefinição dos modelos de assistência à saúde². Por todos esses aspectos, a sociedade começou a exigir novas formas de tratamento para os portadores de transtornos mentais.

Deu-se início, então, em vários países, aos movimentos de desinstitucionalização, que propunham a transferência dos cuidados psiquiátricos do nível hospitalar para os serviços fundamentados na comunidade. De fundamental importância, nesse processo, foi a descoberta dos neuroleptícos em 1950, possibilitando a reinserção social e familiar de grande parte dos pacientes hospitalizados³⁻⁶.

Nos últimos 40 anos, o paradigma dominante para o entendimento dos transtornos mentais graves tem evoluído do modelo psicossocial, que abordava fatores, como influências parentais e conflitos intrapsíquicos, para o atual modelo biopsicossocial, que enfatiza o inter-relacionamento entre fatores biológicos e psicossociais. Paralelamente, o enfoque terapêutico também vem apresentando mudanças.

Assim, nos anos 1960 e 1970, o foco do tratamento residia no controle dos sintomas, e o objetivo era auxiliar as pessoas a se manterem assintomáticas e fora do hospital. Na década de 1980, a atenção se volta para a reabilitação, com o propósito de auxiliar o paciente a se inserir na sociedade, ter emprego, estudar, ser pai ou cônjuge. E desde os anos 1990, a ideologia dos cuidados comunitários tem mantido o tema da reabilitação, incluindo o objetivo de trazer, ao reinserido social, independência, capacidade de autogerenciamento e melhor qualidade de vida⁷.

Este artigo introduz, inicialmente, os principais aspectos históricos da reforma psiquiátrica ocorrida em diversos países, e focaliza, em seguida, a reforma brasileira, abordando os aspectos da atualidade que dizem respeito à reinserção

social dos pacientes psiquiátricos. Terão destaque, em seguida, os procedimentos da desospitalização ocorridos no município de Barbacena, em Minas Gerais, descrevendo as residências terapêuticas implantadas e as intervenções de reabilitação psicossocial.

MÉTODO

Foi realizada pesquisa bibliográfica nas bases de dados eletrônicas Medline e Lilacs, considerando artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, compreendidos no período de janeiro de 1990 a outubro de 2006. Os termos de busca utilizados foram: *deinstitutionalization*, *psychiatric reform*, *community-based treatment* e *psychosocial rehabilitation*. Inicialmente, todos os resumos dos 135 artigos localizados foram lidos. Em seguida, foram selecionados artigos de revisão sobre o tema em questão e artigos originais de seguimento de pacientes desospitalizados vivendo na comunidade por mais de um ano. De modo complementar, as referências dos artigos selecionados foram pesquisadas para buscar outros artigos, dissertações, teses e capítulos de livros não encontrados por meio da busca inicial. A descrição das residências terapêuticas (RTs) fundamentou-se em documentos oficiais do município e na observação e participação direta do autor principal no processo de desospitalização.

RESULTADOS

A reforma da assistência psiquiátrica

Segundo Thornicroft e Tansella⁸, a história recente dos serviços de saúde mental pode ser dividida em três períodos, quais sejam, o primeiro: a ascensão do asilo, ocorrida aproximadamente entre 1880 e 1950; o segundo: o declínio do asilo, ocorrido, na maioria dos países desenvolvidos, a datar da década de 1950; o terceiro: iniciado nos anos 1980, denominado originalmente de *balancing mental health care*, caracterizado pela ênfase nos cuidados comunitários e pelo equilíbrio entre as intervenções de promoção e de assistência em saúde mental. Essas intervenções são consideradas

partes complementares e necessárias para se alcançar bons resultados na saúde mental da população.

O que se convencionou chamar reforma psiquiátrica corresponde ao segundo período, movimento denominado desinstitucionalização. Esse modelo é definido com base em três componentes essenciais: a diminuição das admissões hospitalares pela provisão de serviços comunitários; a desospitalização, após preparação, de pacientes internados por longos períodos; a criação e manutenção de uma rede de serviços na comunidade para atender a esses pacientes^{4,8,9}.

Os modelos mais significativos surgiram na Inglaterra, na França e nos Estados Unidos. A convergência de uma série de fatores sociais e econômicos, já mencionados, contribuiu para preparar o terreno e desencadear o processo de mudança e de construção de nova política de saúde mental¹⁰. Com esses, o advento dos psicofármacos, em 1952, possibilitou o controle dos sintomas psicóticos e permitiu o tratamento, fora do hospital, de grande número de pacientes.

Embora seguissem diferentes orientações, as novas propostas tinham, em comum, o objetivo de reorganizar a assistência à saúde mental naqueles países⁴. Sumariamente, a nova proposta inglesa consistiu da criação das comunidades terapêuticas, com base na concepção de que a responsabilidade pelo tratamento estaria não somente a cargo dos profissionais de saúde, mas também dos próprios pacientes e de seus familiares. Tinha como meta resgatar a função terapêutica do hospital, reconhecendo seu papel na evolução clínica dos pacientes. Dispositivos alternativos, como hospitais-dia, também foram criados com o objetivo de poder tratar o paciente em serviços locais¹¹⁻¹³.

Na França, seguindo princípios semelhantes, a psiquiatria de setor insere novas instituições intermediárias na rede de cuidados com a saúde mental, como ambulatórios, serviços de urgência e hospitais para internações breves. A idéia primordial era oferecer um conjunto completo de serviços que amparasse o doente desde a prevenção até a reabilitação, com o objetivo de resgatar o caráter terapêutico da psiquiatria, ao mesmo tempo em que contestava o asilo como espaço de cura.

Ainda na França, outro movimento, com grande influência da psicanálise e denominado psicoterapia institucional, questionava o hospital psiquiátrico como lugar de exclusão e de verticalidade da relação médico-paciente. Sua meta era tratar as características doentias da instituição. Esse modelo aproxima-se, em parte, da proposta inglesa das comunidades terapêuticas^{11,13}.

O outro modelo, que merece ser destacado, é o da psiquiatria preventiva ou comunitária dos Estados Unidos. Seus pressupostos básicos repousavam na crença de que seria possível prevenir todas as doenças mentais, uma vez que poderiam ser detectadas precocemente. Para tanto, fo-

ram construídos centros de saúde mental comunitários que ofereciam atendimento de emergência, hospitalização parcial e integral, ambulatório e educação para a comunidade. Esse conjunto de práticas assemelha-se àquelas adotadas pela psiquiatria de setor francesa¹¹⁻¹³.

Esses movimentos representaram importantes mudanças no modelo psiquiátrico. Contudo, em meados da década de 1960, a chamada psiquiatria democrática italiana tomou caminho mais radical, propondo a desconstrução institucional no interior do próprio hospital. A questão central não era a doença mental, mas, sim, o controle e a repressão exercida pelo hospital sobre os doentes, contribuindo para o processo de exclusão dos pacientes^{11,13,14}. Para sustentar essa mudança, implantou-se uma rede de serviços constituída por centros de saúde mental, ambulatórios, enfermarias para curta permanência, hospitais-dia e hospitais-noite.

Em síntese, da década de 1950 até os dias atuais, o foco principal da assistência aos portadores de transtornos mentais graves tem sido deslocado, de maneira progressiva, dos cuidados hospitalares para o âmbito comunitário. Ao longo dos anos vários hospitais psiquiátricos foram fechados ou tiveram expressiva redução no número de leitos.

Em vários países do primeiro mundo, a desinstitucionalização trouxe resultados positivos e a possibilidade de recuperação e ressocialização dos pacientes. Mesmo assim, muitos não se beneficiaram desse processo em razão de dificuldades, carência de recursos e equívocos na implantação e no desenvolvimento dos serviços comunitários, assim como à falta de acompanhamento intensivo dos pacientes^{3,15,16}.

A assistência psiquiátrica na atualidade

O processo de reforma psiquiátrica, em nível global, não segue um padrão homogêneo. Os modelos assistenciais exibem tanto variações locais como diferenças entre os diversos países. Essa variabilidade relaciona-se com peculiaridades na extensão territorial, na população, na cultura, na estrutura política e econômica e nos sistemas de saúde e assistência social de cada país.

Apesar de as diferenças, a filosofia da reforma psiquiátrica tem sido fundamentada nos princípios básicos dos cuidados na comunidade: desinstitucionalização e diminuição dos leitos hospitalares, desenvolvimento de programas e serviços alternativos, integração com serviços comunitários e demais serviços de saúde e acesso à medicação^{17,18}.

Trabalhos realizados em vários países têm indicado que os pacientes desospitalizados podem ser mantidos na comunidade¹⁹⁻²¹, demonstrando melhora nas habilidades de vida diária e na interação social^{3,22-24}, no nível global de funcionamento^{21,22,25} e na qualidade de vida^{20-27,29-31,40}.

Em tratamentos de base comunitária, a autonomia e o desempenho geral dos pacientes podem ser melhorados,

facilitando a integração social. Consta-se, em diversas pesquisas, que os pacientes desospitalizados se encontram mais satisfeitos quando residem na comunidade do que em hospitais. A maioria prefere regimes de atenção pouco restritivos, nos quais possam viver de maneira mais independente^{26,27,29,32-35}. Em alguns estudos, a população também demonstrou atitudes positivas em relação à proposta da psiquiatria comunitária^{24,36,37}.

Depois da saída do hospital, os pacientes podem permanecer com sintomas psiquiátricos inalterados²²⁻²⁵ ou apresentar melhora nos escores avaliados antes da desospitalização^{21,38}. Em menor percentual, alguns pacientes apresentam exacerbação da sintomatologia e precisam ser rehospitalizados^{21,29,38}. De acordo com Leff e Trieman²³, a presença de delírios e alucinações em alguns pacientes desospitalizados não prejudica a aquisição das habilidades necessárias para viver em comunidade.

A saída dos pacientes do hospital, a fim de garantir reinserção social bem-sucedida, está condicionada à existência de vários serviços na comunidade, com diversos estados de atenção e complexidade, profissionais qualificados, residências terapêuticas bem estruturadas^{3,6} e, mais importante, serviços inseridos no sistema de saúde como um todo¹⁵. Porém, o que se observou em vários países foi um grande intervalo entre o fechamento dos hospitais e a construção de serviços comunitários estruturados, capazes de atender às necessidades múltiplas e permanentes dos pacientes³⁹.

A falta de intensivo acompanhamento dos pacientes, os recursos insuficientes, a carência de serviços, a falta de integração entre os serviços, a interrupção da medicação, o déficit de habilidades sociais e cotidianas, a falta de centros ocupacionais adequados e a ausência de equipes capacitadas para intervenção em crise são fatores que podem prejudicar o processo de reinserção dos pacientes⁴.

Como possíveis conseqüências dessas deficiências apontam-se o abuso de substâncias, a mendicância, o envolvimento em pequenos delitos e as rehospitalizações freqüentes^{10,15}. Além desses, alguns trabalhos mostram aumento nas taxas de suicídio³⁹, maior quantidade de leitos ocupados em hospitais gerais e aumento do número de leitos forenses^{28,39,40}.

O tratamento do paciente crônico representa um dos maiores desafios para as reformas no setor de saúde mental, necessitando intervenção contínua para lidar com as deficiências muitas vezes persistentes dos pacientes^{4,6,41}. A transferência de cuidados dos pacientes do hospital para ambientes menos restritivos requer métodos mais efetivos para ajudá-los a lidar com os sintomas psiquiátricos e manejar as exigências sociais e psicológicas da vida comunitária⁴².

O Programa de Acompanhamento Intensivo de pacientes na comunidade tem sido o modelo de atendimento mais pesquisado⁴. Entre as propostas de acompanhamento comunitário, esta é talvez a que apresenta maior evidên-

cia de eficácia no tratamento dos pacientes portadores de transtornos graves e persistentes^{7,42-44}.

Esse modelo de acompanhamento intensivo foi adotado nas reformas psiquiátricas americana e italiana, e se destacou como o mais eficaz no cenário internacional. Na Itália, essa abordagem foi enfatizada desde o início do processo de desinstitucionalização. Caracteriza-se pelo elevado número de profissionais envolvidos em relação ao número de pacientes atendidos, visitas domiciliares regulares, treino de habilidades cotidianas, intervenção precoce nas crises, verificação de adesão ao tratamento medicamentoso, detecção e resolução de conflitos interpessoais, aconselhamento e suporte para as famílias, reabilitação profissional e procura por emprego^{4,45}.

Nos Estados Unidos, três modelos de acompanhamento intensivo se destacaram: o *Case Management*, o *Bridge* e o Programa de Acompanhamento Intensivo conhecido como PACT (*Program for Assertive Community Treatment*). Estes modelos começaram a ser elaborados de maneira gradual, desde os anos 1970, em resposta às dificuldades encontradas no processo de desinstitucionalização ocorrido no país. Tinham como objetivo aumentar a adesão do paciente aos serviços de saúde, reduzir as internações e melhorar o funcionamento social⁴².

O PACT, originalmente conhecido como TCL (*Training in Community Living*), foi elaborado como alternativa mais eficaz ao modelo de acompanhamento anterior, o *Case Management*, que se caracteriza por ter um responsável pela coordenação e integração dos diversos serviços prestados a cada paciente. Em razão das limitações na oferta de serviços e das dificuldades do profissional em satisfazer as necessidades múltiplas e complexas dos pacientes, esse modelo mostrou-se insuficiente para promover a reintegração do indivíduo, tornando necessária a construção de modelos mais abrangentes e multidisciplinares de acompanhamento, dando origem ao PACT⁴.

O programa PACT se caracteriza pelo acompanhamento diretivo realizado por uma equipe composta de dez profissionais das áreas da saúde e educação (na proporção de uma equipe para cada grupo de cem pacientes). O trabalho consiste da elaboração de planos terapêuticos individualizados, treinamento de habilidades cotidianas e sociais, responsabilização do paciente por seus atos, visitas domiciliares, número reduzido de pacientes para cada responsável, procura ativa dos pacientes na comunidade, prevenção de crises e em ajudar o paciente na procura por moradia ou atividade ocupacional. Por outro lado, o programa *Bridge*, embora igualmente caracterizado por acompanhamento intensivo e assertivo, apresenta características muito particulares. Trata-se de um programa que se especializou na clientela de mais alto risco e com elevadas taxas de rehospitalizações. Diferencia-se ainda por utilizar uma equipe de

generalistas para o acompanhamento do paciente e por enfatizar o engajamento pessoal dos membros da equipe⁴⁴.

O PACT é o modelo mais proeminente entre os vários tratamentos psicossociais para pessoas com transtornos mentais graves^{42,46}, sendo utilizado em vários países⁴⁶⁻⁵⁰. Consiste ainda do programa mais avaliado por pesquisas sistemáticas, tendo se mostrado o mais eficaz dos modelos de acompanhamento³.

Além de acompanhamento intensivo, a mudança no local de tratamento requer mecanismos de controle e avaliação dos serviços comunitários, com o objetivo de examinar sua eficácia e efetividade⁶. Serviços mal organizados e sem planejamento, por ocasião de sua implantação, falham no momento em que deveriam corresponder às expectativas e às necessidades dos pacientes. Em muitos países, nas primeiras décadas do processo de desospitalização¹⁶, a maioria dos doentes ficou desassistida em suas necessidades. Ao contrário, quando a desinstitucionalização é cuidadosamente planejada e gerenciada, os resultados são favoráveis para a maioria dos pacientes.

A reforma psiquiátrica no Brasil

Os primeiros delineamentos da reforma psiquiátrica brasileira iniciaram-se na década de 1970, principalmente na segunda metade, com a emergência de críticas ao caráter privatizante da política de saúde governamental e à ineficiência da assistência pública em saúde. Surgiram, também, denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços e, de maior importância, as denúncias de abandono e maus-tratos que ocorriam nos hospitais psiquiátricos do País⁵¹.

Sob a influência dos movimentos reformistas que ocorriam na Europa e nos Estados Unidos, vários setores da sociedade civil brasileira foram mobilizados em favor da luta pelos direitos dos pacientes. A reflexão sobre a loucura passou a integrar o quadro de discussões das universidades, dos meios intelectuais e dos profissionais de instituições psiquiátricas, envolvendo posteriormente outros setores da sociedade¹².

A 1ª e a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), realizadas em 1987 e 1992, respectivamente, junto com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), no início da década de 1990, possibilitaram a construção e a experimentação de novas modalidades assistenciais em saúde mental. O governo começou a propor alternativas de tratamento com a publicação de diversas portarias ministeriais (Portarias nº 189/1991 e 224/1992, por exemplo) para reorganização da assistência e regulamentação do financiamento de serviços de natureza extra-hospitalar, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Lares Abrigados⁵².

Em 1989, foi apresentado ao Congresso Nacional polêmico projeto de lei que previa a extinção gradativa dos hospitais psiquiátricos e a regulamentação dos direitos dos portadores de transtornos mentais. A demora na sua apro-

vação fez que vários estados brasileiros, na década de 1990, regulamentassem a assistência psiquiátrica no limite dos seus territórios.

No âmbito continental, a Declaração de Caracas, de 1991, aprovada durante a Conferência para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, propôs que os serviços comunitários fossem o componente principal dos cuidados em saúde mental, reduzindo o papel dominante do hospital na prestação de serviços⁵³. Todos esses fatores contribuíram e resultaram a promulgação da Lei Federal nº 10.216, em 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais⁵².

A atual política nacional de saúde mental consiste da redução progressiva dos leitos psiquiátricos e da ampliação e do fortalecimento da rede extra-hospitalar, constituída principalmente pelos CAPS e pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Outras propostas compreendem a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, a atenção integral a usuários de substâncias psicoativas e o aumento da cobertura do programa "De volta para casa". Este programa, criado em 2003, permite ao egresso de longa internação em instituições psiquiátricas receber mensalmente um auxílio-reabilitação psicossocial, atualmente no valor de 240 reais⁵².

Atualmente existem cerca de mil CAPS e mais de 470 residências terapêuticas distribuídos em muitos municípios brasileiros⁵⁴. Em relação aos leitos hospitalares, houve redução de 56 mil para 44 mil, no período de 2000 a 2005. Estima-se que, no Brasil, ainda existam cerca de 14 mil pacientes que possam ser desospitalizados e residir na comunidade⁵⁵.

Esse processo vem sendo questionado por alguns setores da sociedade brasileira^{56,57}. Discute-se a carência de estudos de avaliação com base epidemiológica e o acompanhamento das políticas propostas, que deveriam contar com estratégias efetivas de prevenção e garantir assistência de qualidade, o que, de fato, poderia reduzir a demanda por leitos hospitalares⁵⁸. Defende-se também a criação de uma rede de atenção integral em saúde mental que não exclua o hospital psiquiátrico, e que atenda às necessidades dos pacientes em todos os níveis de atenção⁵⁹.

História da psiquiatria em Barbacena

Até o início do século XX, o Estado de Minas Gerais contava apenas com três alternativas para o encaminhamento dos seus doentes mentais: os anexos para loucos, existentes nas Santas Casas de Misericórdia, as cadeias públicas e o Hospício Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro, com o qual o governo de Minas mantinha 25 leitos contratados para internação.

O aumento do número de alienados no Estado, os gastos excessivos das Santas Casas com a manutenção dos doentes e a não-renovação do convênio com o Hospício

Nacional culminaram na proposta de criação da Assistência a Alienados no Estado de Minas Gerais. Designou-se, então, em 1903, o município de Barbacena para a instalação de um hospital especializado em psiquiatria⁶⁰.

Durante os 30 anos que se seguiram à sua inauguração, o hospital funcionou bem, com forte vocação agrícola. Contudo, após esse período, tornou-se centro de referência para internação de pacientes provenientes de várias regiões do Estado. A cada dia, mais pacientes eram internados, e o hospital teve de passar por constantes reformas para aumentar sua capacidade, tentando proporcionar, em vão, tratamento adequado para os internos. Em alguns períodos de sua história, chegou a abrigar mais de quatro mil doentes⁶⁰.

O número excessivo de pacientes tornou a cidade conhecida como “cidade dos loucos”. Paralelamente, e por isso mesmo, foram criados na cidade pequenos hospitais privados, absorvendo o excedente e acolhendo os pacientes particulares que eram atendidos pelo Hospital Colônia, hoje denominado Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB).

As elevadas taxas de óbito na população internada apontavam para as péssimas condições a que os pacientes estavam submetidos: pavilhões em estado precário de conservação, excesso de pacientes, inexistência de tratamento, falta de medicamentos e escassez de alimentos. Em toda a história do hospital, foram mais de 60 mil mortes, e as principais causas eram as infecções intestinais e pulmonares, a fome, além do frio a que os pacientes eram expostos⁶¹.

Até então, as denúncias e a discussão sobre as condições dos pacientes eram restritas ao meio médico, aos funcionários do hospital e a alguns segmentos da população. Nas décadas de 1960 e 1970, a imprensa começou a divulgar reportagens denunciando os maus-tratos aos internos e as condições em que viviam, mobilizando a opinião pública.

Em 1980, em resposta às denúncias, o governo estadual implantou o Projeto de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Pública, dando início ao processo de transformação dos hospitais públicos mineiros. No ano seguinte, foram criados vários serviços no hospital: uma unidade específica para atendimento a pacientes agudos, um ambulatório para atendimento de egressos e diversos módulos residenciais dentro da própria instituição. O tratamento dos pacientes foi humanizado, equipes multidisciplinares foram constituídas e a estrutura física das enfermarias foi remodelada. A rede hospitalar conveniada também absorveu os reflexos dessas mudanças e começou a se adaptar às novas exigências da legislação para a assistência hospitalar psiquiátrica⁶².

No início do ano 2000, foi realizado um mapeamento dos pacientes internados que indicou uma população asilar numerosa nos cinco hospitais existentes na cidade e apontou a necessidade da construção de uma rede de serviços de natureza extra-hospitalar⁶³. Como ponto de partida, foi criado, em 2002, o Centro de Atenção Psicossocial, que

passou a atuar como porta de entrada reguladora do sistema e houve a reestruturação do Serviço de Atendimento ao Alcoolista, que passou a operar como hospital-dia. Atuando de maneira integrada com essas duas estruturas, foram implantados três serviços: o Ambulatório de Saúde Mental, o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Centro de Convivência, que oferece oficinas de atividades artesanais e ocupacionais aos usuários do sistema⁶². Simultaneamente, deu-se início ao processo de desospitalização, com a transferência dos pacientes para os serviços residenciais terapêuticos.

As residências terapêuticas

Os SRTs, ou simplesmente RTs, são moradias ou casas inseridas na comunidade e destinadas a cuidar dos pacientes egressos de internações psiquiátricas de longa permanência e que não possuem suporte social e laços familiares. Devem constituir características físico-funcionais e cada moradia abrigar, no máximo, oito usuários, acomodados na proporção de até três por dormitório e ser equipada com todos os móveis e eletrodomésticos básicos de uma moradia comum (Portaria 106, de 11 de fevereiro de 2000)⁵².

Cada residência deve ter, pelo menos, um profissional de nível superior da área da saúde mental e dois profissionais de nível médio, com experiência ou capacitação específica em reabilitação psicossocial. Ao profissional de nível superior cabe a função de ser a referência técnica da casa, supervisionando diariamente as atividades e o processo de reabilitação dos moradores. Por sua vez, os profissionais de nível médio atuam como cuidadores e auxiliares diretos na reinserção social⁵².

A primeira RT municipal de Barbacena foi criada em novembro de 2000 e foi ocupada por cinco pacientes do sexo feminino, provenientes dos hospitais conveniados ao SUS. Naquele ano, havia cinco hospitais psiquiátricos na cidade – um público e quatro conveniados – abrigando cerca de 1.500 pacientes⁶². Esse processo foi realizado sem preparação prévia das pacientes, o que gerou problemas iniciais de adaptação, pois as moradoras não se conheciam, possuíam hábitos distintos e eram originárias de diferentes serviços hospitalares. Por ser a primeira, essa casa recebia maior atenção da equipe assistencial. Os atendimentos eram realizados na própria residência, gerando cuidado excessivo e artificial⁶⁴.

A segunda e terceira casas foram formadas, respectivamente, em agosto de 2001 e junho de 2003, em parceria entre o município e o CHPB. Nessas duas casas, procurou-se identificar previamente as características e o desejo do grupo que seria desospitalizado. Observou-se, também, a exequibilidade de atendimento dos pacientes em serviços ambulatoriais de psiquiatria ou mesmo na rede básica de saúde⁶⁴.

De dezembro de 2003 até o presente, outras residências foram instaladas, impulsionadas pelo fechamento de

um hospital psiquiátrico. Barbacena conta hoje com 24 RTs localizadas em diversos bairros do município e é pólo de capacitação nacional nesses serviços⁶⁵.

Na organização das RTs de Barbacena, para cada duas residências, há um técnico de referência. A maioria das casas conta com quatro cuidadores que se revezam a cada 12 horas, em regime de plantão. Por causa do desenvolvimento da autonomia e da independência de seus moradores, algumas casas não necessitam mais de cuidador noturno. Segundo os modelos europeu e norte-americano, o ideal é que os serviços residenciais tenham um número reduzido de moradores por técnico de referência, na proporção de dez para um^{3,4}. Em Barbacena, esta proporção é de um técnico para cada grupo de 16 moradores e de um cuidador para cada dois moradores. Importante ressaltar que um dos critérios de seleção dos cuidadores era não ter experiência prévia de trabalho em hospital psiquiátrico, a fim de não trazer para as residências os hábitos institucionais adquiridos no trabalho hospitalar. Também fazendo parte do processo de reinserção social dos pacientes, foi criada a associação dos moradores das residências terapêuticas, entidade de natureza jurídica com o objetivo de atuar em defesa dos interesses e direitos dos moradores.

Intervenções e programas de reabilitação

As abordagens conhecidas como reabilitação psicossocial são um importante componente da proposta de atendimento comunitário em saúde mental⁶⁶. Surgiram em virtude da observação de que os modelos existentes nos anos 1970 eram insuficientes para auxiliar o tratamento de pacientes que, em razão da própria doença e dos longos períodos de internação, perderam as habilidades necessárias para a vida na comunidade⁶⁷.

Em linhas gerais, o termo refere-se ao conjunto de intervenções sociais, educacionais, ocupacionais, comportamentais e cognitivas que é utilizados para melhorar o desempenho dos pacientes e facilitar sua reinserção na sociedade^{66,68-70}. Essas intervenções têm demonstrado sucesso na redução dos sintomas psiquiátricos, no ajustamento social, na prevenção de recaídas, na aderência ao tratamento e na diminuição do número de hospitalizações⁶⁶.

As atividades de reabilitação objetivam o desenvolvimento de uma série de habilidades relacionadas às atividades comuns da vida diária, o funcionamento social, o relacionamento com familiares e amigos, o trabalho, a educação e o lazer^{7,67}. O treinamento deve ser feito *in vivo* na própria moradia ou nos locais onde normalmente o comportamento é realizado^{4,67,68}.

Nas RTs do município de Barbacena, são várias as intervenções de reabilitação adotadas. Dentro das casas, ocorrem reuniões semanais dos técnicos com os moradores, aproveitando-se a ocasião e o espaço para treinamento da fala e da escuta e para a manifestação individual de dese-

jos, dúvidas, angústias e curiosidades. Nessas reuniões, os moradores aprendem a negociar e resolver os conflitos e a elaborar as dificuldades e os medos diante das novas situações vividas. As tarefas de cada um, dentro da casa, são definidas, e os assuntos de interesse individual ou coletivo são discutidos. O trabalho da equipe visa à elaboração de projetos terapêuticos coletivos e individuais, estabelecendo as intervenções que serão efetuadas de acordo com as necessidades e limitações de cada um.

Especial atenção é dada ao aprendizado em relação ao dinheiro, já que muitos não conhecem o valor das notas tampouco compreendem as trocas que elas permitem. Assim, conjuntamente, são elaboradas as listas de compras e definidas as prioridades de cada casa. Individualmente, eles aprendem a retirar dinheiro do caixa eletrônico (proveniente, em sua maioria, do Programa de volta pra casa) e a fazer compras, aprendendo quanto podem gastar e quanto devem economizar. Alguns moradores programam, inclusive, passeios a cidades próximas, quando são acompanhados pelos cuidadores e técnicos.

Fora das casas, os pacientes participam de oficinas terapêuticas, do centro de convivência e de sessões de hidroterapia e ginástica em academias da cidade. Alguns frequentam a escola noturna, em nível de alfabetização. Outros setores organizados da sociedade, como pastorais, igrejas, associações de bairros, escolas e instituições públicas, também colaboram no processo de reinserção dos pacientes, quando solicitados, oferecendo, por exemplo, diversos cursos profissionalizantes⁶⁴.

O atendimento de eventuais alterações psiquiátricas é feito no CAPS e, havendo necessidade, o morador é hospitalizado por curto período. Nesse sentido, cabe ressaltar que as intercorrências psiquiátricas são pouco frequentes, de pequena gravidade e resolvidas na própria casa. Em cinco anos, apenas um paciente teve de retornar ao hospital. Agravos clínicos são atendidos pela equipe do PSF, nas unidades de referência de cada bairro.

Semanalmente, a equipe técnica se reúne para avaliação das atividades, revisão de condutas, discussão de casos, estabelecimento de rotinas e normatizações. Com os cuidadores das RTs são realizadas reuniões quinzenais, com o objetivo de avaliar o processo de reabilitação e orientar sobre a estimulação constante dos moradores para atividades de vida diária (higiene, cuidados pessoais e alimentação) e de vida prática na comunidade (sair de casa, passear, fazer compras, ir ao médico, andar de ônibus). Em curso, existe um programa de capacitação permanente para os cuidadores. Nele, são discutidos temas relacionados ao desempenho das atividades, incluindo a abordagem de questões de natureza afetiva e emocional do grupo⁶⁴.

Cada morador é acompanhado durante os dias da semana e os cuidadores lidam com a resolução de todas as situações que ocorrem no cotidiano das pessoas, desde

sintomas clínicos e controle de medicação, até problemas de ordem prática que surgem em uma casa, como falta de água, pequenos acidentes domésticos e conflitos entre moradores. Trata-se de trabalho realizado dentro de perspectiva diretiva e assertiva, procurando envolver e manter o paciente nas atividades terapêuticas. A abordagem assertiva significa que o tratamento deve ser levado ao paciente, em vez de esperar que ele procure pelo cuidado. Ele deve ser motivado a participar⁶⁷.

Além disso, nessa abordagem, o que se busca é a responsabilização do próprio morador por suas atitudes, dando-lhe condição de entender as regras sociais e de como elas funcionam, discutindo, com ele, alternativas e ajudando-o a estabelecer novas condutas^{4,67}. É um ponto fundamental, visto que, dentro do hospital, o paciente cria vários recursos para se proteger e sobreviver, utilizando-se de condutas estereotipadas e institucionalizadas para garantir alguns direitos.

DISCUSSÃO

Em todo o mundo, a experiência adquirida ao longo das últimas décadas tem mostrado a ocorrência de acertos e erros no processo da reformulação da assistência psiquiátrica. Do lado positivo, o tratamento na comunidade tem proporcionado maior satisfação dos pacientes e melhora na qualidade de vida. Em relação aos seus aspectos negativos, postula-se que as principais causas associadas a um desfecho desfavorável seriam a falta de planejamento, a escassez de recursos financeiros, o despreparo dos profissionais, a ausência de estruturas de suporte comunitário, a falta de acompanhamento intensivo por parte dos cuidadores, a falta de treinamento das habilidades de vida cotidiana dos pacientes na comunidade e a estigmatização dos pacientes^{4,10,13}.

No caso de Barbacena, desde o início do processo de desospitalização, pode-se apontar grande diferença a favor dos seus aspectos positivos. Antes desse processo, o município dispunha de rede de serviços de atenção básica e consolidou uma estrutura extra-hospitalar de saúde mental, constituída pelo CAPS, ambulatório, centro de convivência e oficinas terapêuticas, que facilita o acompanhamento contínuo dos pacientes.

Entre as dificuldades, percebeu-se resistência inicial da comunidade em razão da falta de informação sobre o que seriam as RTs e ao preconceito e medo em relação à doença mental. Até o momento, porém, não há relato de nenhum incidente com moradores de RTs, vizinhos ou a população em geral. Pelo contrário, segundo relatos informais dos responsáveis pelas residências, a vizinhança da maioria das casas interage bem com os moradores. De forma geral, a comunidade não costuma estar preparada para receber os pacientes desinstitucionalizados. São necessários progra-

mas voltados para a modificação das crenças e dos preconceitos da população^{24,37}.

Em relação aos moradores, as dificuldades estão relacionadas ao fato de serem pacientes com graus variados de limitações decorrentes da sua condição psiquiátrica, reque-rendo trabalhos diferenciados com cada um. Além disso, quase todos passaram a maior parte da sua vida dentro das instituições e com pouco ou nenhum contato com a realidade extra-hospitalar, ocasionando mais limitações, decorrentes do isolamento social⁶².

Um processo adequado de desospitalização implica a criação de serviços na comunidade, com diferentes níveis de atenção e complexidade e integrados ao sistema geral de saúde, fornecendo um acompanhamento intensivo e permanente que possa satisfazer todas as necessidades dos pacientes^{3,6}. Nas duas últimas décadas, a reabilitação psiquiátrica tem sido considerada o modelo dominante em cuidados comunitários e enfatiza a melhora no funcionamento social e no desempenho de papéis⁷.

CONCLUSÃO

A inversão do modelo centrado na internação e a conseqüente transferência do tratamento hospitalar para o atendimento na comunidade constituem hoje o paradigma dominante na assistência psiquiátrica. Em que pese as características diversas dos pacientes de outros serviços e localidades, e de diferentes metodologias utilizadas, os dados da literatura indicam que pacientes com longo período de internação podem viver em ambientes comunitários supervisionados, sendo beneficiados com a mudança do local de tratamento.

A proposta das RTs e dos programas de reabilitação, conforme salientado, é promover a reinserção social dos pacientes desospitalizados e proporcionar-lhes o desenvolvimento da autonomia. É um trabalho complexo e que requer abordagens diferenciadas para as diferentes necessidades dos pacientes. Requer, também, que esses programas sejam desenvolvidos de modo continuado e dinâmico, para manutenção dos ganhos e com ajustes freqüentes, de acordo com o desenvolvimento alcançado pelos pacientes.

Em Barbacena, as residências terapêuticas têm se constituído como modalidade apropriada de serviço comunitário para os pacientes egressos de longa hospitalização. Todos os pacientes participam dos programas de reabilitação propostos, que objetivam o desenvolvimento da autonomia, o treinamento de habilidades cotidianas e o comportamento social. Apesar de as deficiências apresentadas por alguns pacientes, a transferência do local de tratamento, junto com as estratégias de reabilitação utilizadas, mostrou-se satisfatória para a maioria deles. Espera-se que mudanças mais expressivas possam ser detectadas com o seguimento contínuo desses moradores.

REFERÊNCIAS

- Amarante P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cad Saúde Publ.* 1995;11(3):491-94.
- Silva Jr AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 1998.
- Bandeira M, Lesage A, Morissette R. Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental. *J Bras Psiquiatr.* 1994;4(12):659-66.
- Bandeira M, Gelinás D, Lesage A. Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. *J Bras Psiquiatr.* 1998;47(12):627-40.
- Gonçalves S, Fagundes P, Lovisi G, Lima LA. Avaliação das limitações no comportamento social em pacientes psiquiátricos de longa permanência. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2001;6(1):105-13.
- Lima LA, Bandeira M, Gonçalves S. Validação transcultural do inventário de habilidades de vida independente para pacientes psiquiátricos. *J Bras Psiquiatr.* 2003;52(2):143-58.
- Drake RE, Green AI, Mueser KT, Goldman HH. The history of community mental health treatment and rehabilitation for persons with severe mental illness. *Community Ment Health J.* 2003;39(5):427-40.
- Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry.* 2002;1:84-90.
- Tansella M, Amadeo F, Burti L, Lasalvia A, Ruggeri M. Evaluating a community-based mental health service focusing on severe mental illness. The Verona experience. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;113 Suppl 429:590-4.
- Bandeira M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. *J Bras Psiquiatr.* 1991;40(7):355-60.
- Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Fiocruz: Rio de Janeiro; 1994.
- Gondim DSM. Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial? [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.
- Desviat M. A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
- Daker MV. Aspectos gerais das reformas sanitária e psiquiátrica italianas. *J Bras Psiquiatr.* 1987;36(1):59-63.
- Morgado A, Lima LA. Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. *J Bras Psiquiatr.* 1994;43(1):19-28.
- Talbott JA. The chronic psychiatric patient: problems, promises and perspectives, past, present and future. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;113 Suppl 429:5101-8.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental, nova concepção, nova esperança. Geneva: OMS; 2001.
- Becker T, Vásquez-Barquero JL. The european perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatr Scand.* 2001;104 Suppl 410:8-14.
- Kamis-Gould E, Snyder F, Hadley TR, Casey T. The impact of closing a state psychiatric hospital on the county mental health system and its clients. *Psychiatr Ser.* 1999; 50:1297-1302.
- Rothbard AB, Kuno E, Schinnar A, Hadley T, Turk R. Service utilization and cost of community care for discharged state hospital patients: a 3-year follow-up study. *Am J Psychiatry.* 1999;156:920-27.
- Ryu Y, Mizuno M, Sakuma K, Munakata S, Takebayashi T, Murakami M, et al. Deinstitutionalization of long-stay patients with schizophrenia: the 2-year social and clinical outcome of a comprehensive intervention program in Japan. *Aust New Zealand J Psychiatr.* 2006;40(5):462-70.
- Trieman N, Leff J, Glover G. Outcome of long stay psychiatric patients resettled in the community: prospective cohort study. *BMJ.* 1999;319:13-6.
- Leff J, Trieman N. Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. *Br J Psychiatry.* 2000;176:217-23.
- Leff J, Trieman N, Knapp M, Hallam A. The TAPS project: a report on 13 years of research, 1985-1998. *Psychiatr Bull.* 2000;24:165-68.
- Furtado JP. Avaliação da situação atual dos serviços residenciais terapêuticos no SUS. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11(3):785-95.
- Okin RL, Barus JF, Baer L, Jones AL. Long-term outcome of state hospital patients discharged into structured community residential settings. *Psychiatric Serv.* 1995;46:73-8.
- Trauer T, Farhall J, Newton R, Cheung P. From long-stay psychiatric hospital to community care unit: evaluation at 1 year. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2001;36:416-9.
- Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, Hansson L. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *British Med Journal.* 2005;330:123-6.
- Hobbs C, Newton L, Tennant C, Rosen A, Tribe K. Deinstitutionalization for long-term mental illness: a 6-year evaluation. *Aust New Zealand J Psychiatr.* 2002;36:60-6.
- Picardi A, Rucci P, De Girolamo G, Santone G, Borsetti G, Morosini P. The quality of life of the mentally ill living in residential facilities: findings from a national survey in Italy. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006;256(6):372-81.
- Wong YLI, Filoromo M, Tennille J. From principles to practice: a study of implementation of supported housing for psychiatric consumers. *Adm Policy Ment Health.* 2006 [acesso em 2006 June 10]. Disponível em: <http://www.springerlink.com.w10036.dotlib.com.br/content/1573-3289/>.
- Okin RL, Pearsall D. Patients' perceptions of their quality of life 11 years after discharge from a state hospital. *Hosp Community Psychiatry.* 1993;44:236-40.
- Fakhoury WKH, Murray A, Shepherd G, Priebe S. Research in supported housing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37:301-15.
- Thornicroft G, Bebbington, P, Leff J. Outcomes for long-term patients one year after discharge from a psychiatric hospital. *Psychiatr Ser.* 2005; 56(11).
- Whiteford HA, Buckingham WJ. Ten years of mental health service reform in Australia: are we getting it right? *MJA.* 2005;182(8):396-400.
- Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. Community attitudes to mental illness. *Br J Psychiatry.* 1996;168(2):183-90.
- Lauber C, Nordt C, Haker H, Falcato L, Roessler W. Community psychiatry: results of a public opinion survey. *Int J Soc Psychiatry.* 2006;52(3):234-42.
- Hobbs C, Tennant C, Rosen A, Newton L, Lapsley HM, Tribe K, et al. Deinstitutionalisation for long-term mental illness: a 2-year clinical evaluation. *Aust. New Zealand J Psychiatr.* 2000;34:476-83.
- Munk-Jorgensen P. Has deinstitutionalization gone too far? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1999;249:136-43.
- Priebe S, Hoffmann K, Isermann M, Kaiser W. Do long-term hospitalised patients benefit from discharged into the community? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37:387-92.
- Lima LA, Legay LF, Lovisi G. O processo de reforma psiquiátrica brasileira na era da globalização: desafios e perspectivas. *Cad Saúde Colet.* 2004;12(1):9-25.
- Clark RE, Samnaliev M. Psychosocial treatment in the 21st century. *Int J Law Psychiatry.* 2005;28:532-44.
- Dixon L, Goldman H. Forty years of progress in community mental health: the role of evidence-based practices. *Adm Policy Ment Health.* 2004;31(5):381-92.
- Allred C, Burns BJ, Phillips SD. The assertive community treatment team as a complex dynamic system of care. *Adm Policy Ment Health.* 2005;32(3):211-20.
- Burti L. Italian psychiatric reform 20 plus years after. *Acta Psychiatr Scand.* 2001;104 Suppl 410:41-6.
- King R. Intensive case management: a critical re-appraisal of the scientific evidence for effectiveness. *Adm Policy Ment Health.* 2006 [acesso em 2006 Sep 22]. Disponível em: <http://www.springerlink.com.w10036.dotlib.com.br/content/1573-3289/>.
- Issakidis, C, Sanderson, K, Teesson, M, Johnston, S, Buhrich, N. Intensive case management in Australia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand.* 1999;99:360-7.
- Burns T, Creed F, Fahy T, Thompson S, Tyrer T, White I. Intensive versus standard case management for severe psychotic illness trial. *UK700 Group. Lancet.* 1999;353:2185-9.
- Johnson S, Zinkler M, Priebe S. Mental health service provision in England. *Acta Psychiatr Scand.* 2001;104 Suppl 410:47-55.

50. Dekker J, Wijdenes W, Koning Y A, Gardien R, Hermandes-Willenborg L, Nusselder H. Assertive community treatment in Amsterdam. *Community Ment Health J.* 2002;38:425-34.
51. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *Hist Ciênc Saúde Mangunhos.* 2002;9(1):25-59.
52. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5ª ed. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004.
53. Levav I, Restrepo H, Macedo CG. A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de saúde mental. *J Bras Psiquiatr.* 1994;43(2):63-9.
54. Albuquerque P. Apresentação: desinstitucionalização. A experiência dos serviços residenciais terapêuticos. *Cadernos do IPUB.* 2006;12(22):9-14.
55. Furtado JP. Avaliação da situação atual dos serviços residenciais terapêuticos no SUS. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11(3):785-95.
56. Jorge MR, França JMF. A associação brasileira de psiquiatria e a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001;23(1):3-6
57. Gentil V. Projeto Delgado, Substitutivo Rocha ou uma lei melhor? Editorial. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001;23(1):1-2.
58. Teixeira M. Entrevista com Valentim Gentil Filho. *Temas (São Paulo).* 2005;35(68-69):103-26.
59. Associação Brasileira de Psiquiatria. Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil, 2006 [acesso em 2007 Sep 5]. Disponível em http://www.abpbrasil/diretrizes_final.pdf.
60. Magro Filho JB. A tradição da loucura. Belo Horizonte: Coopmed; 1992.
61. Esteves B, Carvalho RB. Bárbaras cenas. *Cien Hoje.* 1999;26(156):50-3.
62. Fassheber V. Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica [monografia]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora. Departamento de Psicologia, 2004.
63. Lobo RLL, Alvarenga LT, Fassheber VB. Relatório de gestão em saúde mental do Município de Barbacena, período jan. 2001 a dez. 2004: a construção de uma nova lógica assistencial e a consolidação do modelo da reforma psiquiátrica na cidade das rosas. Prefeitura Municipal de Barbacena; 2004.
64. Vidal CEL, Vidal LM, Fassheber V. Residência terapêutica: uma nova modalidade de cuidados em saúde mental. A experiência de Barbacena. *Cadernos do IPUB.* 2006;12(22):155-61.
65. Furtado JP. Núcleos de apoio à desinstitucionalização. Ministério da Saúde? Coordenação Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; Agosto, 2005. Mimeo.
66. Barton R. Psychosocial rehabilitation services in community support systems: a review of outcomes and policy recommendations. *Psychiatr Serv.* 1999;50(4):525-32.
67. Test MA, Stein LI. Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients. *Community Ment Health J.* 2000;36(1):47-60.
68. Saraceno B. Psychosocial rehabilitation as a public health strategy. *Psychiatr Rehabil J.* 1997;20(4):10-5.
69. Stromwall LK, Hurdle D. Psychiatric rehabilitation: na empowerment-based approach to mental health services. *Health & Social Work.* 2003;28(3):206-13.
70. Lussi IAO, Pereira MAO, Pereira Junior A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2006;14(3):448-56.