

## DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

## DEINSTITUTIONALIZATION AND THERAPEUTIC RESIDENTIAL SERVICES

Elisabete Ferreira Mângia<sup>(1)</sup>, Caroline Aparecida de Rosa<sup>(2)</sup>

---

MANGIA, E. F.; ROSA, C. A. de. Desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 13, n. 2, p. 71-7, maio/ago. 2002.

**RESUMO:** Este artigo introduz a discussão sobre a importância da implementação dos serviços residenciais terapêuticos no contexto da nova política de saúde mental. A partir das experiências internacionais de desinstitucionalização, contextualiza e apresenta o processo de criação desses serviços no Estado de São Paulo e aponta para os desafios futuros da reforma psiquiátrica em curso no Brasil.

**DESCRITORES:** Desinstitucionalização. Serviços de assistência domiciliar/tendências. Terapia ocupacional/tendências. Serviços de saúde mental/tendências. Reforma dos serviços de saúde.

---

### INTRODUÇÃO

É no contexto das chamadas “reformas psiquiátricas” e como iniciativa dos processos de desinstitucionalização que situamos a questão dos serviços residenciais. Estes serviços constituem um instrumento fundamental para as políticas de saúde mental que assumem a meta de

superação dos hospitais psiquiátricos e das internações de longa duração.

Nos processos das reformas psiquiátricas, a situação das pessoas há longo tempo internadas emerge como uma questão para a qual se deve construir soluções inovadoras e evidencia a necessidade de implementação

---

<sup>(1)</sup> Profª Drª do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP.

<sup>(2)</sup> Terapeuta Ocupacional do do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP. Mestranda na EEUSP.

**Endereço para correspondência:** Rua Cipotânea 51, Cidade Universitária, CEP: 05360-160 - São Paulo, SP.  
**e-mail:** mangeli@usp.br

de processos de desinstitucionalização, de criação de alternativas assistenciais e de projetos de reabilitação que possibilitem a autonomia e a participação social (WHO, 1993).

De acordo com as recomendações sobre “housing”, elaborada pela Divisão de Saúde Mental da OMS - Genebra (1993), o processo de desinstitucionalização deveria fornecer respostas habitacionais por meio da disponibilização de uma diversidade de acomodações, para as pessoas que deixam os hospitais psiquiátricos.

A maioria dos clientes deveria, na medida do possível, ser encaminhada para moradias não-temporárias imediatamente após a alta hospitalar a fim de que a estabilidade e a continuidade da acomodação possam ser alcançadas (WHO, 1993).

A importância dos serviços residenciais, no contexto dos processos de transição para a comunidade de pessoas a longo tempo internadas em hospitais psiquiátricos, se evidencia se pensarmos que essa população vivencia um brutal isolamento social e freqüentemente não têm mais contato com familiares, nem preserva redes sociais de nenhum tipo, não possuindo, portanto, mais vínculos com seu território de origem.

De um modo geral, os serviços residenciais podem responder à diversas necessidades vislumbradas no processo de saída do hospital: local para morar, suporte social, composição de rede social, responsabilização diferenciada de serviços e equipes de saúde mental, possibilitando assim o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a condução de processos de reabilitação psicossocial baseados na comunidade e comprometidos com o resgate da cidadania.

Para Saraceno (1999), a preocupação com o habitar deve ser um compromisso da reabilitação psicossocial, não apenas vinculada a oferecer aos usuários um lugar para estar, mas para promover a qualificação do habitar, da apropriação do local onde se vive e do protagonismo vinculado ao aumento do poder contratual dessa população.

É somente nesta lógica que assume sentido a noção de casa: a casa é um direito e, a partir desse direito, se constroem políticas que geram casas para os usuários; é preciso ressaltar, contudo, que os percursos individuais que acompanham a experiência de aquisição da casa são percursos fundamentais para a reabilitação: o direito não é somente a casa, mas também a sua aquisição como processo de formação de cidadania do paciente (SARACENO, 1999, p. 120).

No contexto mundial, podemos identificar inúmeras experiências que assumiram uma gestão diferenciada do problema das pessoas que habitavam os hospitais psiquiátricos. Muitos países, dentre eles: Inglaterra, Alemanha, Finlândia, Canadá, Estados Unidos, Suíça e Itália desenvolveram experiências significativas no campo da criação e desenvolvimento de serviços residenciais, como componente importante da estruturação de suas respectivas políticas de saúde mental. Nota-se também, o desenvolvimento de diversas tipologias de serviços residenciais que tiveram como características comuns o objetivo da desinstitucionalização, a inserção comunitária de pacientes de longa permanência e a construção de redes sociais de suporte (DE LUCA; FRATTURA, 1996).

Pode-se afirmar que os processos de implantação e/ou avaliação dos serviços residenciais, tornaram-se questões de interesse e importância mundial, passando a compor o conjunto de recomendações da OMS para a promoção das políticas de saúde mental.

No “Relatório sobre a Saúde no Mundo de 2001”, é apontada a grande importância da questão habitacional para pessoas com transtornos mentais:

a política habitacional pode apoiar a política para a saúde mental dando prioridade aos mentalmente enfermos nos planos habitacionais estatais, instituindo esquemas de habitação subsidiada e, quando viável, exigindo que as autoridades locais estabeleçam toda uma gama de dispositivos residenciais, tais como casas transitórias e lares para estadia prolongada. É preciso, o que é mais importante, que a legislação sobre a moradia inclua disposições para impedir a segregação geográfica das pessoas mentalmente enfermas (...) (OMS, 2001).

### **Reformas psiquiátricas e desenvolvimento de serviços residenciais: panorama internacional**

Em todo o mundo o problema representado pelos transtornos mentais tem preocupado, vários setores das sociedades. Dados da Organização Mundial da Saúde estimam que cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais ou comportamentais, o que representa 12% da carga mundial de doenças, embora a maioria dos países dispendam menos de 1% de seus gastos com saúde para a saúde mental. Nesse contexto, apenas uma pequena minoria das pessoas acometidas por transtornos mentais recebem algum tipo de tratamento. Cerca de 40% dos países não desenvolvem políticas de saúde mental e mais de 90% não tem políticas de saúde mental que incluam crianças e adolescentes (OMS, 2001).

Os transtornos mentais exercem impacto significativo sobre a vida social, que inclui, dentre outros aspectos: os encargos econômicos e psicossociais familiares e individuais, as rupturas e desorganização das rotinas cotidianas e de trabalho, as perdas de produtividade, os gastos específicos ligados ao tratamento, além de outros de difícil especificação como os ligados à qualidade de vida, à discriminação, ao estigma e às oportunidades perdidas, nos campos das relações sociais, trabalho e lazer, pelas pessoas que apresentam transtornos mentais e seus familiares (OMS, 2001).

Há mais de quatro décadas, muitos países estão modificando a assistência psiquiátrica e criando políticas de saúde mental que se comprometam com o desenvolvimento de novas formas de cuidar das pessoas, que possibilitem a melhoria da qualidade de vida, a garantia dos direitos de cidadania e o aumento de seu poder na sociedade. Ao mesmo tempo, essas novas políticas assumem o desafio de combaterem todas as formas de violência, exclusão, preconceito e o estigma de que ainda são alvo as pessoas com transtornos mentais.

É nesse contexto, que ganha relevância a oferta de serviços residenciais. A ampla e aprofundada revisão da literatura internacional elaborada por De Luca e Frattura (1996), apresenta as experiências desenvolvidas na Inglaterra, Alemanha, Canadá, EUA, Finlândia, Suíça e Itália. Para os autores:

a noção de estrutura residencial é dificilmente delimitável. Independente de qual seja a literatura, ela remete a serviços estruturalmente e organizativamente heterogêneos: vai-se de estruturas com altíssima proteção, organizadas segundo um modelo assistencial médico e colocadas no interior do hospital psiquiátrico, aos apartamentos com baixo ou nenhum nível de proteção situados no contexto da cidade, até as residências privadas de cidadãos usuários dos serviços psiquiátricos; passa-se da estrutura colocada e gerenciada no interior da rede de serviços sanitários para a oferta de agências privadas, lucrativas e/ou não lucrativas, com diferentes graus de integração com a comunidade e os serviços sócio-sanitários; da finalidade psicoterapêutica, para a finalidade de alojamento e de reabilitação; daquela que se ocupa prevalentemente do cuidado da crise àquela que responde às necessidades da longa assistência (DE LUCA; FRATTURA, 1996).

De um modo geral, a inserção de serviços residenciais pode ser vista na implementação de um *continuum* de serviços que vão do hospital à comunidade. Nas experiências inglesa, canadense e

norte-americana são apontados a insuficiência de serviços residenciais diante da magnitude dos processos de desinstitucionalização e os riscos da transinstitucionalização, que, muitas vezes, deram aos serviços residenciais características manicômias e meramente asilares (DE LUCA; FRATTURA, 1996).

A experiência da reforma psiquiátrica italiana tornou-se internacionalmente conhecida pela estratégia diferenciada que desenvolveu ao assumir a necessidade da superação do hospital psiquiátrico. Nela, a implementação de serviços residenciais se tornou, juntamente com os serviços de atenção contínua/24 horas, o principal instrumento de superação do hospital. Nessa perspectiva os serviços residenciais são concebidos em duas dimensões: como substitutivos ao hospital e como intermediários na transição para a comunidade.

Ao assumir a tarefa de desinstitucionalização do próprio paradigma psiquiátrico, esses novos serviços passaram a enfrentar novas demandas que exigiram transformações significativas nos modos de conceber e oferecer cuidados nos planos: individual, promovendo a estruturação de novas identidades para as pessoas que foram desestruturadas pelos processos de institucionalização; familiar, promovendo a aceitação familiar para aqueles que viveram processos de exclusão; social, promovendo processos de inclusão capazes de viabilizar o retorno ou permanência da pessoa em seu território (DE LUCA; FRATTURA, 1996).

Essas novas dimensões delineiam o papel mais complexo e articulado que os serviços residenciais devem assumir no interior da lógica mais ampla da implementação de serviços territoriais.

### **Reforma psiquiátrica no Brasil**

No Brasil, no contexto do processo de redemocratização, as pressões dos movimentos sociais associadas à luta pelos direitos humanos levaram à implementação de projetos de mudança da assistência psiquiátrica em vários estados, configurando o processo e projeto da “reforma psiquiátrica” que constituiu um campo crítico em relação às instituições psiquiátricas, tornado possível a partir da construção de um consenso, entre técnicos da área da saúde, opinião pública e movimentos sociais, sobre a má qualidade da assistência psiquiátrica oferecida no país e sobre a necessidade de intervenção na realidade de violência e exclusão social presentes nos manicômios (AMARANTE, 1997; MÂNGIA, 2000). Esse processo apresenta como desdobramentos principais:

1. a redução de leitos psiquiátricos e o maior controle sobre os hospitais psiquiátricos;
2. a criação de redes de serviços locais, extra-hospitalares alternativas ao modelo manicomial;
3. a modificação do arcabouço jurídico legal que legitima a internação psiquiátrica e o estatuto de periculosidade e incapacidade presumidas do louco, que resultou na aprovação da Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001;
4. o protagonismo dos: Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental e do Movimento de Familiares e Usuários de Serviços de Saúde Mental.

A configuração atual da política de saúde mental e, especialmente, dos hospitais psiquiátricos credenciados ao Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido avaliada, por alguns autores, como resultado de dois processos distintos: o primeiro, iniciado em meados dos anos 1980, está relacionado à crise de financiamento do setor; o segundo, já nos anos 1990, refere-se à implementação das novas normas firmadas para o setor pelo Ministério da Saúde, que estabeleceram mudanças nos critérios de financiamento e padrões mínimos para o funcionamento de hospitais psiquiátricos. Essas normas produziram como efeito prático imediato, a redução dos hospitais e leitos psiquiátricos credenciados ao SUS e a criação de estratégias para a sua substituição, mediante financiamento para a construção de uma rede de novos serviços extra-hospitalares, abertos no território (ambulatórios, centros e núcleos de atenção psicossocial, hospitais- dia, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, etc), capazes de se colocarem como substitutivos às instituições psiquiátricas asilares (MÂNGIA, 2000; BRASIL, 2002).

A expansão de leitos psiquiátricos atingiu, em 1985, seu ápice com 123.355 leitos credenciados ao INAMPS, que representavam 23,57% do total de leitos oferecidos no país, ocupando o primeiro lugar em oferta, por especialidade (MÂNGIA, 2000). Atualmente, estima-se que o número de leitos psiquiátricos credenciados ao SUS esteja em torno de 54.141 leitos, representando a significativa redução empreendida na última década. O processo da reforma psiquiátrica enfrenta o desafio de implementar redes de serviços capazes de sustentar a definitiva inflexão do modelo centrado no hospital psiquiátrico pois, 90% dos recursos destinados à saúde mental, no SUS, ainda são gastos nas internações e apenas 10% investidos em serviços extra hospitalares (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2001).

A possibilidade de reorientação do modelo entra, agora, em uma nova fase, impulsionada pelas

deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) e pelas novas normativas e processos estabelecidos pelo Ministério da Saúde que incluem.

- A implementação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, aos hospitais psiquiátricos, que prevê que todos os hospitais do país sejam avaliados até junho de 2002.
- A nova sistemática de classificação dos CAPS, que viabilizou o financiamento de serviços diferenciados, especialmente àqueles preocupados em desenvolver assistência contínua, 24 horas, oferecendo diversos tipos de hospitalidade e se configurando como alternativa efetiva às internações psiquiátricas.
- A regulamentação para serviços residenciais terapêuticos, que propiciará mudanças na qualidade de vida e novas perspectivas àqueles que hoje residem permanentemente em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2002).

Desse contexto, emerge com especial importância a problemática das pessoas internadas a longo tempo nos hospitais psiquiátricos e para as quais é necessário o estabelecimento de projetos especiais.

#### **A emergência dos serviços residenciais no Estado de São Paulo**

Pode-se afirmar que, a tomada de responsabilidade sobre a população moradora em hospitais psiquiátricos, começou a ocorrer lentamente e de diversas formas a partir de experiências desenvolvidas no âmbito dos hospitais públicos (MÂNGIA et al., 1990). A primeira experiência cujo objetivo foi o de alajar de forma diferenciada pacientes de longa internação, ocorreu em 1984, no município de Franco da Rocha, no complexo asilar do Juqueri. Nesse processo, inserido no projeto do primeiro governo estadual eleito após a ditadura militar, um grupo de trabalho, planejou e executou um processo de intervenção institucional, que dentre outras medidas colocou em prática a experiência dos “Lares Abridados”, na qual foram inicialmente envolvidas 48 pessoas “cronicamente hospitalizadas”. Em 1986, foram implantados mais três “Lares Abridados”, envolvendo cerca de 202 pessoas. O objetivo inicial dos Lares Abridados era albergar a maioria da população da instituição em melhores condições de alojamento, personalização e autonomia, ainda que na própria estrutura hospitalar modificada, ou seja esta experiência se colocou distante da perspectiva de inserção de residências na comunidade (MÂNGIA et al., 1990;

VIEIRA et al., 2001).

Já no âmbito da experiência de transformação do modelo assistencial, devemos citar a experiência desenvolvida no município de Santos, a partir do processo de intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em 1989. Esta intervenção teve como principal objetivo a recuperação e a afirmação da cidadania dos pacientes, buscando interferir e modificar a própria sociedade. Sete anos depois do início desta experiência, em 1996, já haviam sido implantados cinco Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), a Unidade de Reabilitação Psicossocial, o Centro de Convivência Tam-Tam, a retaguarda de atendimento psiquiátrico às urgências/emergências no Pronto Socorro Central, o Núcleo de Atenção ao Toxicodependente e o Lar Abrigado Manoel da Silva Neto. O Lar Abrigado, inaugurado em 1993, acolhia dezessete usuários graves, ex-moradores da Casa de Saúde Anchieta, que não possuíam vínculos familiares (KINOSHITA, 1996; REIS, 1998).

A primeira experiência de serviço residencial propriamente dita, ocorreu em maio de 1990, no município de Campinas, no Hospital Dr. Cândido Ferreira. Naquele ano foi assinado convênio de co-gestão entre a Prefeitura de Campinas e o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, na época com 193 pacientes internados. Houve mudanças na estruturação e funcionamento do hospital, e foi criada uma unidade para os pacientes moradores. Em 1991, foi montada a primeira moradia denominada 'Lar Abrigado', com seis moradores considerados mais autônomos, cujo acompanhamento era feito semanalmente por meio de reuniões entre moradores e técnicos. Este projeto foi totalmente financiado por empresas privadas de Campinas embora permanecendo vinculado ao Hospital Dr. Cândido Ferreira. Em 1995, foi implementada a segunda moradia – 'Pensão Protegida', com nove moradores menos autônomos e com acompanhamento 24 horas (MATIAS; ANNUNZIATO, 2001).

Em 1999 já haviam sido implantadas 11 casas para um total de 45 pessoas. Em 2001, já existiam 20 moradias (CAMPINAS, 2001; FURTADO, 2001).

Ainda no município de Campinas vale ressaltar, também, a experiência desenvolvida no Hospital Tibiricá. O fechamento deste hospital ocorreu a partir de um convênio de co-gestão e reforçou a nova política de saúde mental local. O processo de desconstrução teve início em 1998 e foi concluído em 2001, com a total desativação do hospital. Na estratégia de desospitalização, se destaca a abertura dos portões, a busca informações sobre os pacientes internados, muitos deles sem identidade e nome e a obtenção de documentos. O passo seguinte foi a constituição de três

moradias, a primeira delas com seis moradores, era assistida permanentemente por auxiliares de enfermagem (MATIAS; ANNUNZIATO, 2001; CAMPINAS, 2001).

Outra experiência pioneira de implantação de serviços residenciais ocorreu no Hospital Psiquiátrico Estadual de Ribeirão Preto (HPRP) – o Santa Tereza. O Santa Tereza, a exemplo de outros hospitais psiquiátricos brasileiros, deu início à sua reestruturação, preconizando a redução do espaço asilar, o fortalecimento do espaço terapêutico reabilitador e conseqüente estímulo à criação de vínculos extra-hospitalares para os internos. A redução do espaço asilar do Santa Tereza contou com as experiências do Núcleo de Convívio, da Vila Terapêutica, das Pensões Protegidas, das Residências Assistidas e da nova perspectiva de articulação dos serviços em saúde mental na comunidade, que fundamentaram todos estes projetos.

O Núcleo de Convívio foi instaurado em 1983, atendendo um grupo de 15 homens. Posteriormente passou a ser uma casa mista localizada dentro do próprio hospital sendo acompanhado por equipe multidisciplinar do HPRP. Em 1987, foi implementada a Vila Terapêutica, constituída por cinco casas, dentro do hospital, com capacidade para quatro moradores em cada uma, supervisionadas por equipe multiprofissional e acompanhamento de cada morador por um técnico de referência (GUIMARÃES; SAEKIT, 2001).

O projeto Pensões Protegidas surgiu a partir dos resultados satisfatórios obtidos com a Vila Terapêutica. Em 2001 eram três casas localizadas em bairros diferentes da cidade, que abrigavam, no máximo, quatro pessoas cada uma. Seus moradores possuíam, em média, 27 anos de hospitalização e 57 anos de idade (GUIMARÃES; SAEKIT, 2001).

Atualmente, na cidade de São Paulo existem duas experiências com serviços residenciais: a "República" do Instituto A Casa e a Moradia Assistida do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luís da Rocha Cerqueira.

A "República" foi criada em 1995, localizada no bairro do Pacaembu em São Paulo, caracteriza-se como uma moradia temporária para pacientes psiquiátricos em processo de reabilitação social, com o objetivo de construção do cotidiano, tendo os familiares como os provedores financeiros (ROLIM et al., 2000; MATIAS; ANNUNZIATO, 2001).

O Projeto de Integração Docente Assistencial, resultado de convênio estabelecido em 1996, entre a Universidade de São Paulo e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial Dr. Luis da Rocha Cerqueira (PIDA/CAPS)

possui como um de seus programas o Projeto Moradia. Esse projeto foi iniciado em 1998, tendo como objetivo o acompanhamento de usuários do serviço nas suas necessidades habitacionais, a oferta de acompanhamento em pensões, albergues e na própria casa do usuário, além de um serviço residencial denominado de "Moradia Assistida".

A Moradia Assistida é uma casa localizada no bairro da Bela Vista em São Paulo, próxima ao PIDA/CAPS. O acompanhamento técnico da casa é desenvolvido em plantões diários de três horas, incluindo os finais de semana e feriados, além da realização de reunião semanal entre técnicos e moradores para a discussão das questões inerentes ao funcionamento cotidiano da casa. Os moradores são encarregados das tarefas de limpeza, arrumação, preparação do jantar e refeições do fim de semana. A equipe, juntamente com os moradores prepara uma escala das tarefas, além, de fazer a lista de compras e as próprias compras em supermercados da região (MATIAS; ANNUNZIATO, 2001).

#### **O desafio atual de implementação dos serviços residenciais**

O processo de implementação de serviços residenciais só veio a se consolidar no ano 2000, após a publicação da Portaria/GM nº.106, que finalmente tornou possível a implementação de serviços residenciais no âmbito do SUS, desvinculados dos hospitais psiquiátricos e dos recursos financeiros referentes à internação psiquiátrica (BRASIL, 2002).

Assim, a Portaria/GM nº. 106, de 11 de fevereiro de 2000, propôs a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental como uma das modalidades assistenciais do Sistema Único de Saúde.

De acordo com esta Portaria, os Serviços Residenciais Terapêuticos são definidos como:

...moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2002).

Dados do Ministério da Saúde mostram que em setembro de 2001, o número de leitos em hospitais psiquiátricos no estado de São Paulo era de 19.462. O que demonstra que, apesar dos avanços significativos das últimas décadas, no âmbito da reforma psiquiátrica, o processo de estruturação da política de saúde mental enfrenta enormes desafios para sua consolidação (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2001).

Do total da população internada em hospitais psiquiátricos estaduais e conveniados ao SUS, no estado de São Paulo estima-se a existência de aproximadamente 8.800 moradores, de acordo com dados preliminares encontrados no processo de avaliação finalizado em julho de 2002 (DELLOSI, 2002).

As experiências como as desenvolvidas nos municípios de Campinas, Santos, Ribeirão Preto e São Paulo foram pioneiras no desenvolvimento e implantação de serviços residenciais ao longo dos anos 1990.

Atualmente, diante das novas normativas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e do apoio ao processo de implantação de serviços residenciais em todo país, esperamos que passe a ocorrer aumento significativo dos serviços residenciais e a conseqüente necessidade de avaliação, formação de recursos humanos e investigações que levem ao aprimoramento das estratégias teórico - práticas relativas a esse campo.

---

MANGIA, E. F.; ROSA, C. A. de. Deinstitutionalization and therapeutic residential services. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 13, n. 2, p. 71-7, maio/ago. 2002.

**ABSTRACT:** This article introduces the discussion about the implementation's importance of the therapeutic residential services, in the new politics of mental health context. Starting from the international deinstitutionalization's experiences, put in context, presents the creation's process of these services in State of São Paulo and points out for the future psychiatric reform's challenges in course at Brazil.

**KEYWORDS:** Deinstitutionalization. Home care services/trends. Occupational therapy/trends. Mental health services/trends. Health care reform.

---

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (Org). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997.
- BRASIL Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental, 1990-2002**. 3. ed. Brasília, 2002. (Série E. Legislação de Saúde).
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., BRASÍLIA, 2001. **Caderno de textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não**. Brasília, Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2001.
- CAMPINAS. Secretaria Municipal da Saúde. **Saúde mental: o apoio matricial no Paidéia – saúde da família**. Campinas, 2001.
- DE LUCA, L. F.; FRATTURA, L. Ruolo e funzione delle strutture residenziali nelle politiche e nei programmi di salute mentale. **Lettera – Percorsi Bibliografici in Psichiatria**, v. 21, p. 32-105, aprile 1996.
- DELLOSI, M. E. Entrevista. In: NASCIMENTO, J. Y.; NASCIMENTO, C. C. **Projeto monográfico**. Terapia Ocupacional – FMUSP. São Paulo, 2002. (mimeografado).
- FURTADO, J. P. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos: da unidade de reabilitação de moradores ao CAPS estação. In: HARARI, A.; VALENTINI, W. **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 37-58.
- GUIMARÃES, J.; SAEKIT, T. Janelas do Santa Tereza: estudo do processo de reabilitação psicossocial do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto (SP). **História, Ciên. Saúde**, v. 8, n. 2, p. 357-374, jul./ago. 2001.
- KINOSHITA, R. T. Em busca da cidadania. In: CAMPOS, F. C.; HENRIQUES, C. M. P. **Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Scritta, 1996. p. 39-49.
- MÂNGIA, E. F. **Asilamento psiquiátrico no Estado de São Paulo**: constituição do panorama contemporâneo e tendências do dispositivo da psiquiatria. 2000. 234f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- MÂNGIA, E. F.; OLIVER, F. C.; MARCONDES, F. D. Juqueri: transformação impossível? **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 1, n. 1, p. 5-10, ago. 1990.
- MATIAS, M. B. M.; ANNUNZIATO, V. L. **Habitar na cidade**: conhecendo o processo de implementação das moradias no município de Campinas. 2001. 87f. Monografia (Curso de Terapia Ocupacional). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), Organização Panamericana da Saúde (OPAS). **Relatório sobre a saúde no mundo - 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Gráfica Brasil, Organização Mundial da Saúde, 2001.
- REIS, S. L. C. **Da desconstrução do manicômio à construção de um novo modelo de atenção em saúde mental**. 1998. 162f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- ROLIM, M. G.; BARBOSA, S. J.; BLUM, R.; CARROZZO, N. L. M.; MIGUEL, M. P.; PANDJIARJIAN, C.; PETRI, R.; VERDINI, F. República – projeto de moradia assistida para pessoas em processos de reabilitação social. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 11, n. 1, p. 23-27, jan./abr. 2000.
- SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação à cidadania possível**. Belo Horizonte: Te Cora Editora/Instituto Franco Basaglia, 1999.
- VIEIRA, A. L. T.; GUIDOLIN, E. A.; ROCHA, M. A. C.; DELLOSI, M. E. **Políticas de saúde mental e reabilitação psicossocial**. Uma estratégia de desinstitucionalização; estudo de caso – Centro de Reabilitação de Casa Branca (CRCB). 2001. 50f. Monografia (Curso de Especialização em Saúde Mental) - Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental – USP/SES/SP Escola de Enfermagem da USP, Ministério da Saúde, São Paulo, 2001.
- WHO- World Health Organization. **Transition from hospital to community: a literature review on housing**. Geneva, 1993. (WHO/MNH/MND, 93.17).

Recebido para publicação: 27/11/2001

Aceito para publicação: 20/02/2002