

**ABORDAGEM BASAGLIANA EM UMA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA COM
JOVENS INSTITUCIONALIZADOS: UM PROJETO PILOTO**

**BASAGLIAN APPROACH IN A THERAPEUTIC RESIDENCE FOR
INSTITUTIONALIZED YOUTH: A PILOT PROJECT**

**UN ENFOQUE BASAGLIANO EN UNA RESIDENCIA TERAPÉUTICA CON
JÓVENES INSTITUCIONALIZADOS: UN PROYECTO PILOTO**

 <https://doi.org/10.56238/arev8n3-084>

Data de submissão: 17/02/2026

Data de publicação: 17/03/2026

Rossana Maria Seabra Sade

Instituição: Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Filosofia e Ciências - Campus Marília

E-mail: seabra.sade@unesp.br

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1173-9380>

Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira Silva

Instituição: Universidade de Brasília

E-mail: malchersilva@unb.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4407378>

Clarissa Mendonça Corradi-Webster

Professora Associada II

Instituição: Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto

E-mail: clarissac@usp.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2858608341497072>

RESUMO

O objetivo deste estudo é relatar a experiência de implementação de uma residência terapêutica voltada para jovens com histórico de institucionalização, concebida com base na abordagem da psiquiatria democrática italiana, como parte de um processo de desinstitucionalização de uma unidade psiquiátrica infantojuvenil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e narrativo, conduzida por meio da estratégia de pesquisa-ação, desenvolvida em três momentos: (1) formação teórica dos trabalhadores; (2) criação de uma casa de transição; e (3) implantação de uma residência terapêutica piloto no território. Os dados produzidos no diário de campo da pesquisadora foram submetidos à análise temática de conteúdo, organizada a partir de categorias analíticas. A desinstitucionalização revelou-se como um processo dinâmico, atravessado por desafios em múltiplos níveis. No plano macro, destacam-se entraves gerenciais, a ausência de uma política de saúde mental consolidada como política de Estado e problemas de infraestrutura que comprometem a gestão. No plano micro, emergem questões relativas ao processo de trabalho das equipes, à ambiência do serviço como espaço de moradia e à coexistência entre boas práticas e estratégias ainda marcadas pela lógica psiquiatrizarante. A experiência analisada demonstra que, à luz da psiquiatria democrática italiana, é possível desconstruir o paradigma manicomial e construir formas de cuidado baseadas na liberdade, no vínculo e na valorização da singularidade dos sujeitos, ainda que esse processo envolva tensões, resistências e reinvenções constantes no cotidiano dos serviços.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Reforma Psiquiátrica. Serviço Residencial Terapêutico.

ABSTRACT

The aim of this study is to report the experience of implementing a therapeutic residence designed for young people with a history of institutionalization, conceived based on the approach of Italian democratic psychiatry, as part of a deinstitutionalization process of a child and adolescent psychiatric unit. This is a qualitative study, with a descriptive and narrative character, conducted through an action research strategy, developed in three stages: (1) theoretical training of the staff; (2) creation of a transitional house; and (3) implementation of a pilot therapeutic residence in the community. The data produced in the researcher's field diary were subjected to thematic content analysis, organized into analytical categories. Deinstitutionalization emerged as a dynamic process, marked by challenges on multiple levels. At the macro level, management barriers, the absence of a consolidated mental health policy as a State policy, and infrastructure problems that compromise service management were highlighted. At the micro level, issues related to team work processes, the ambience of the service as a place of residence, and the coexistence of good practices with others still shaped by a psychiatrizing logic were observed. The experience analyzed demonstrates that, in light of Italian democratic psychiatry, it is possible to deconstruct the asylum paradigm and build forms of care based on freedom, human connection, and the recognition of each individual's uniqueness, even though this process involves tensions, resistance, and constant reinvention in the daily life of services.

Keywords: Deinstitutionalization. Psychiatric Reform. Therapeutic Residential Service.

RESUMEN

El objetivo de este estudio es describir la experiencia de implementar una residencia terapéutica para jóvenes con antecedentes de institucionalización, concebida según el enfoque de la psiquiatría democrática italiana, como parte de un proceso de desinstitucionalización de una unidad psiquiátrica infantil y adolescente. Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva y narrativa, realizada mediante la estrategia de investigación-acción, desarrollada en tres fases: (1) formación teórica del personal; (2) creación de un hogar de transición; y (3) implementación de una residencia terapéutica piloto en el territorio. Los datos recopilados en el diario de campo del investigador fueron sometidos a un análisis temático de contenido, organizado a partir de categorías analíticas. La desinstitucionalización demostró ser un proceso dinámico, atravesado por desafíos en múltiples niveles. A nivel macro, destacan los obstáculos de gestión, la ausencia de una política de salud mental consolidada como política estatal y los problemas de infraestructura que comprometen la gestión. A nivel micro, surgen cuestiones relativas al proceso de trabajo de los equipos, el entorno del servicio como espacio vital y la coexistencia entre buenas prácticas y estrategias aún marcadas por una lógica psiquiátrica. La experiencia analizada demuestra que, a la luz de la psiquiatría democrática italiana, es posible deconstruir el paradigma del asilo y construir formas de atención basadas en la libertad, el vínculo afectivo y la valoración de la singularidad de cada individuo, aun cuando este proceso implique tensiones, resistencias y reinenciones constantes en la rutina diaria de los servicios.

Palabras clave: Desinstitucionalización. Reforma Psiquiátrica. Servicio Residencial Terapéutico.

1 INTRODUÇÃO

O paradigma da desinstitucionalização rompe com a lógica sanitarista e biomédica, dando lugar ao protagonismo das pessoas em sofrimento psíquico e promovendo um modelo de cuidado centrado no território, com enfoque psicossocial. A desinstitucionalização, segundo Rotelli (1994), é um processo prático-crítico que reorienta instituições, serviços, saberes e estratégias, tendo como meta não a cura, mas a emancipação. Trata-se de reconhecer e mobilizar o potencial das pessoas institucionalizadas em dimensões não-verbais, artísticas e culturais, estimulando o desenvolvimento de novas capacidades e interesses. Nesse percurso, busca-se resgatar habilidades e promover autonomia, permitindo que cada sujeito se constitua como autor de sua própria história.

O processo de desinstitucionalização promovido pela psiquiatria democrática italiana demonstrou que é possível desconstruir o manicômio como modelo hegemônico de compreensão e tratamento da loucura. Tal processo não nega o sofrimento psíquico, mas recusa o manicômio enquanto estrutura repressiva e custodial. Ao contrário, reafirma que os espaços de liberdade são fundamentais para o exercício da cidadania e para a promoção da saúde (Amarante, 2003).

De acordo com Sade (2014), a reforma psiquiátrica italiana passou a operar sob o paradigma das “Portas Abertas”, cuja prerrogativa fundamental é a de que os serviços de saúde mental estejam sempre disponíveis para acolher as pessoas em sofrimento psíquico. Diante das razões e desrazões que ainda permeiam o sistema psiquiátrico, torna-se essencial repensar as bases que sustentaram a construção da nossa própria reforma.

O processo da Reforma Psiquiátrica brasileira atua no campo das relações sociais com a loucura, buscando transformá-las por meio de práticas que enfrentam a exclusão e promovem estratégias de inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico. Trata-se de uma mudança de paradigma e de cultura, à semelhança do que ocorreu na Reforma Psiquiátrica italiana.

No Brasil, a Lei nº 10.216 garantiu a proteção e os direitos das pessoas com diagnósticos de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental para o paradigma da reabilitação psicossocial. Como parte desse processo histórico, a promulgação da Lei nº 10.708, em 2003, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial, conhecido como “Programa de Volta para Casa”, representou um marco qualitativo na Reforma Psiquiátrica brasileira. Essa política teve papel fundamental na desinstitucionalização de pessoas submetidas a longas internações psiquiátricas, favorecendo a implantação de Residências Terapêuticas em diversos municípios do país.

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como um dispositivo e uma estratégia substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, com o objetivo de promover o cuidado em liberdade e assegurar o direito à cidadania das pessoas em

sofrimento psíquico. Entre os diversos serviços que compõem a RAPS, destacam-se os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), que buscam devolver às pessoas marcadas pela institucionalização manicomial o direito a um lar, não apenas como espaço físico, mas como abrigo simbólico de afetos, memórias, medos e construção de novos projetos de vida.

A implantação dos SRTs no Brasil dialoga com experiências internacionais que contribuíram para a construção de novos paradigmas de cuidado, especialmente a vivida em Trieste, na Itália. Foi nesse contexto que, na década de 1970, surgiram os Grupos Apartamentos, como estratégia de desinstitucionalização voltada aos egressos de hospitais psiquiátricos. No Brasil, no contexto da Reforma Psiquiátrica, essa proposta foi incorporada como os Serviços de Residência Terapêutica (SRTs), buscando reinserir socialmente indivíduos institucionalizados e reconduzi-los ao exercício pleno da cidadania. Nesses novos espaços, o foco das intervenções deixa de ser os sinais e sintomas, passando a se orientar pela reabilitação e pela reinserção social. Ou seja, resgatar o direito de morar e de circular pelos espaços da cidade e da comunidade torna-se um eixo fundamental reconstituído com a implantação dos SRTs (Brasil, 2011, 2024).

A Residência Terapêutica (RT) é uma forma alternativa de moradia para pessoas com longo histórico de internação em hospitais psiquiátricos, que não dispõem de suporte familiar e social suficiente para garantir um espaço adequado de moradia (Brasil, 2024). A Portaria nº 106 (GM/MS, 2000) instituiu os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental como uma modalidade assistencial substitutiva à internação psiquiátrica prolongada. Já a Portaria nº 3.090 (Ministério da Saúde, 2011) passou a dividir esse serviço em dois grandes tipos (Tabela 1), caracterizados por funcionar no formato de moradia, em espaço urbano, com capacidade para atender de uma a oito pessoas com diferentes histórias de institucionalização, contando com o suporte de equipe técnica vinculada ao Centro de Atenção Psicossocial ou à Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2004).

Tabela 1 - Características dos tipos de serviços residenciais terapêuticos

Tipo	Características
SRT 1	Foco na inserção do morador na rede social (trabalho, educação, lazer) Acompanhamento conforme PTS e por agente comunitário de saúde do PSF Pode ser acompanhado por cuidador do CAPS ou PSF Cuidador doméstico financiado pelo programa De Volta para Casa
SRT 2	Cuidados substitutivos familiares para população institucionalizada Suporte na reapropriação da moradia e inserção na rede social Necessita cuidados intensivos, com técnico diário e auxiliar fixo Difere em nº de moradores, financiamento e equipe; funciona 24h

Fonte: Brasil (2001)

Atualmente, existem em média 870 Residências Terapêuticas no país. Segundo o Ministério da Saúde (2023), apesar do aumento de 200% no investimento em saúde mental, estimativas recentes

da Coordenação-Geral de Saúde Mental apontam a existência de aproximadamente 12.000 pacientes internados que poderiam ser beneficiários dos SRTs. Esse dado evidencia a necessidade de ampliar o número de residências, como forma de reduzir a segregação e favorecer a reinserção social.

Alguns autores afirmam que, mesmo passado anos após a publicação da Portaria nº 106 de 2000, ainda é necessária maior atenção e acompanhamento por parte do poder público no investimento e funcionamento de dispositivos residenciais na comunidade. Caso contrário, persistem dificuldades no convívio comunitário e no desenvolvimento da reabilitação psicossocial (Dadalte et al., 2020).

Os cuidadores, nesse tipo de dispositivo substitutivo, têm como tarefa acompanhar as pessoas no desenvolvimento do autocuidado em atividades cotidianas com autonomia, como, por exemplo, organizar a casa, cuidar de si mesmas e realizar saídas no território (Lima & Miranda, 2018; Silva et al., 2019).

O habitar, no cuidado em saúde mental, representa uma ruptura com o modelo historicamente vivenciado, à medida que se experiencia o lugar de um lar, resgatando o papel social e o status de cidadão da pessoa em sofrimento psíquico. Trata-se da conquista do direito de administrar seu próprio tempo e espaço, seu cotidiano, sendo protagonista de sua própria história (Sade, 2017).

Entretanto, para alcançar esse cenário, é preciso ultrapassar as tênues barreiras do estigma social que ainda permeia as noções de desvio e normalidade. Como afirma Rotelli (2014), a batalha contra a exclusão nunca é plenamente vencida; para que se construa uma política séria e se percorra esse caminho passo a passo, é necessário posicionar-se na tensão entre exclusão e inclusão, fortalecendo os serviços públicos de saúde mental. Isso porque os direitos das pessoas chamadas de “loucas” são frágeis, e somente com serviços fortes no território é que tais direitos poderão ser efetivamente respeitados.

O fortalecimento dos serviços de saúde mental no território exige, entre outras ações, a ampliação do número de residências e lares terapêuticos, condição essencial para a redução da segregação e o avanço do processo de desinstitucionalização (Rotelli, 2014). No entanto, no cenário nacional, as residências terapêuticas especializadas no atendimento infantojuvenil ainda são extremamente limitadas. Como consequência, os atendimentos psiquiátricos e as internações seguem sendo as principais alternativas oferecidas a essa população, que muitas vezes passa a ter sua identidade constituída pela própria institucionalização, moldando seu comportamento e sua história com base nos quadros psiquiátricos. Em geral, trata-se de crianças e jovens abandonados pela família, pela escola e pela sociedade, que, na maioria das vezes, os considera “loucos”.

O objetivo deste estudo é relatar a experiência de implementação de uma residência terapêutica voltada para jovens com histórico de institucionalização, evidenciando o processo de

desinstitucionalização em uma unidade psiquiátrica infantojuvenil, com base na abordagem da psiquiatria democrática italiana, reconhecida como referência internacional pela Organização Mundial da Saúde.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, que adotou a pesquisa-ação como estratégia metodológica para responder a problemas identificados no contexto social, relacionados à necessidade de transformação social e à produção de conhecimento. A pesquisa-ação permite ao pesquisador engajar-se diretamente na situação estudada, atuando como observador participante e inserindo a ação planejada no próprio campo de investigação. É importante destacar que, nesse tipo de abordagem, a ação emerge do próprio processo investigativo (Thiollent, 2000).

A pesquisa seguiu os pressupostos descritos por Thiollent (2000), caracterizando-se como uma investigação de base empírica, desenvolvida a partir de uma relação cooperativa entre os participantes e o pesquisador, com foco na resolução de um problema coletivo. Houve, portanto, uma participação estreita e dinâmica da pesquisadora e dos atores sociais ao longo do processo de intervenção. Este estudo, especificamente, retrata a vivência da pesquisadora (primeira autora) na abordagem da pesquisa-ação, no contexto do processo de desinstitucionalização de uma unidade psiquiátrica infantojuvenil e da implementação piloto de uma residência terapêutica de alta complexidade.

2.1 CENÁRIO E PARTICIPANTES

A primeira autora participou de um projeto de desinstitucionalização realizado entre os anos de 2008 e 2010 no interior do estado de São Paulo. A instituição que integrou o projeto piloto iniciou suas atividades em setembro de 1955, originalmente voltada ao atendimento de pessoas com tuberculose. Em 1978, ocorreu a transformação do perfil assistencial, passando de tisiologia para psiquiatria e, no ano de 2000, foi implantado o serviço de Neurologia Infantojuvenil, que passou a acolher cerca de sessenta crianças e adolescentes, em sua maioria provenientes do Hospital Psiquiátrico do Juqueri.

As crianças e os jovens moradores apresentavam quadros neuropsiquiátricos associados a sofrimento psíquico e deficiência intelectual, com elevado grau de dependência e falta de autonomia. Além disso, foram submetidos a um regime de internação fechada e a diversas formas de tratamento, tornando-se, ao longo do tempo, reflexos de suas patologias, marcadas por trajetórias institucionais em instituições manicomiais. Com o passar dos anos, passaram a ser considerados “pacientes crônicos”, esquecidos pela sociedade. Como parte do processo de resgate do direito à cidadania, foram

implantadas Residências Terapêuticas, com o objetivo de promover vínculos afetivos e possibilitar o retorno desses sujeitos à vida em sociedade.

A RT piloto do estudo apresentava um diferencial em relação ao modelo tradicional de Residência Terapêutica, por contar com um número reduzido de moradores e equipe profissional presente 24 horas por dia. Foram selecionados cinco jovens do sexo masculino, com idades entre 19 e 24 anos, para residirem na casa, todos com uma longa história de institucionalização. Os profissionais foram capacitados para atuar como acompanhantes terapêuticos, caracterizando a unidade como uma residência de alta complexidade.

O processo histórico dos jovens descritos neste relato representa uma realidade comum em muitas cidades brasileiras: abandono familiar ainda na infância, presença de graves transtornos e atraso no desenvolvimento global, vivência em abrigos para menores e passagens por diferentes instituições ao longo da vida. Como resultado, tornaram-se cronificados, institucionalizados e, em sua maioria, com vínculos familiares e territoriais rompidos.

Em função de suas longas trajetórias institucionais, esses rapazes precisavam resgatar a experiência de viver em uma casa, compreender o significado de ter um lar e, assim, preparar-se para habitar na cidade. Para isso, permaneceram por um período de seis meses em uma das residências localizadas no espaço geográfico da instituição psiquiátrica. Esse Núcleo era composto por dois Lares, com capacidade para cinco moradores cada, configurando-se como moradias assistidas indicadas para pessoas em fase de alta, após longos anos de internação. Nessas unidades, o cuidado era estruturado a partir de um Projeto Terapêutico Singular (PTS).

A residência transitória teve como objetivo preparar os jovens para a convivência em uma casa na cidade, que foi alugada pelo município. Tratava-se de uma casa de alvenaria, com quintal, dividida em três quartos, sala, cozinha e dois banheiros. O espaço foi organizado com recursos materiais conforme as necessidades dos cinco moradores, que participaram ativamente da escolha e compra dos móveis, utensílios domésticos, roupas de cama, toalhas, entre outros itens. Na residência, os moradores foram incentivados a assumir um novo papel, abandonando a condição de “pacientes” para ocuparem seu lugar de cidadãos, em um contexto onde a liberdade se torna terapêutica.

2.2 RELATOS DO DIÁRIO DE CAMPO

O período de coleta de dados do projeto piloto ocorreu entre 2008 e 2010. A pesquisadora participou da pesquisa como supervisora do processo de desinstitucionalização da unidade infantojuvenil, desenvolvendo ações como a implantação de uma Residência Terapêutica no território

piloto e a reorganização de uma unidade com 30 moradores, com o objetivo de, posteriormente, transferi-los em grupos de cinco para moradias no território, em novas RTs.

A participação da pesquisadora no desenvolvimento do estudo ocorreu da seguinte forma: no primeiro e segundo anos, ela esteve presente uma vez por semana, em período integral; no terceiro ano, a frequência passou a ser quinzenal durante seis meses e, posteriormente, mensal. Essa redução gradual teve como objetivo permitir que a pesquisadora se distanciasse da realidade pesquisada, evitando possíveis contaminações na análise dos dados e possibilitando uma avaliação mais fidedigna.

Paralelamente à pesquisa, foi elaborado um diário de campo pela pesquisadora, utilizado como instrumento de reflexão sobre a prática, recurso comum na estratégia de pesquisa-ação. Conforme Hughes (2000), as principais razões para manter um diário de campo incluem: registrar a história do projeto, o pensamento do pesquisador e o processo do estudo; fornecer material para reflexão; gerar dados para a pesquisa; e documentar o desenvolvimento dos conhecimentos adquiridos ao longo da investigação

Este estudo baseia-se nos dados do diário de campo, os quais foram submetidos à análise de conteúdo temático, com a identificação e extração de unidades temáticas e categorias de conteúdo relevantes. As categorias foram apresentadas de forma narrativa, em diálogo com o modelo de reabilitação psicossocial, o dispositivo das residências terapêuticas e a contextualização das vulnerabilidades sociais.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As categorias selecionadas a partir do diário de campo da pesquisadora, relacionadas ao processo de desinstitucionalização, foram: (1) regulação como política pública e o trabalho da gestão; (2) ambiência e a formação teórica e prática da equipe; (3) habitar para a desinstitucionalização; e (4) desafios do processo de desinstitucionalização.

A “desinstitucionalização” é uma palavra de origem anglo-saxã que remete à superação das chamadas “instituições totais”. Venturini (2010) a define como o cuidado realizado no território, e não em ambientes institucionais. Inicialmente voltada à superação do modelo manicomial, a desinstitucionalização passou a abranger também todas as práticas que promovem o crescimento e o desenvolvimento da pessoa.

Neste percurso de transformação, destacam-se as indicações de Rotelli (2014): o espaço do cuidado deve ser entendido como um espaço social inserido na normalidade, devendo atuar de forma oposta à lógica manicomial, ou seja, com as portas abertas, criando oportunidades de vida e reconstruindo vínculos com a malha social. Nessa perspectiva, o poder exercido por médicos e

enfermeiros deve ser reduzido, dando lugar a uma relação contratual, na qual o ator social se torna protagonista do poder e da palavra.

3.1 REGULAÇÃO COMO POLÍTICA PÚBLICA E O TRABALHO DA GESTÃO

A direção geral da instituição, inserida no contexto da administração pública, apresentava, à época da pesquisa, uma autonomia precária. Apesar da existência da legislação que fundamenta a política de saúde mental brasileira, especialmente a Lei nº 10.216/2001, sua implementação prática não ocorria de forma plena. Isso resultava em investimentos públicos que priorizavam as internações como principal forma de tratamento para crianças e jovens, fortalecendo um circuito psiquiátrico e institucionalizante desde as fases iniciais da vida.

Algumas das estratégias que aceleraram a desmontagem do aparato manicomial na Itália incluíram o redirecionamento de recursos financeiros da instituição manicomial para o ator social, a valorização da vida grupal como direito de todos, o reconhecimento do estatuto do hóspede e a inserção do trabalho nas trocas sociais. A figura do hóspede, em especial, permitiu o reconhecimento da presença de pessoas internadas sem nenhuma justificativa médica, retirando-lhes o status de paciente e atribuindo-lhes um estatuto jurídico e administrativo. Esse novo estatuto se tornou um instrumento de denúncia do sistema e da miséria das condições de vida dentro dos manicômios, evidenciando a urgência da transformação. Sem esses elementos, a desconstrução do paradigma vigente torna-se inviável (Barros, 1994). No caso da instituição pesquisada, essa mudança de paradigma ocorreu de forma lenta, e o que se observou foi um processo gradual de desospitalização.

Portanto, não basta promulgar leis, é fundamental efetivar mudanças concretas para que a desinstitucionalização se realize de fato e para que outros serviços em regime aberto, substitutivos ao manicômio, sejam integrados, promovendo reabilitação psicossocial e qualidade de vida. A Reforma Psiquiátrica, nesse sentido, deve ser compreendida para além da luta antimanicomial: trata-se de um processo contínuo, com fases marcantes, que deve ultrapassar a lógica da instituição negada e avançar rumo à instituição inventada.

As SRTs no Brasil ainda apresentam um avanço lento. Um exemplo é o Distrito Federal, uma das unidades federativas do país que ainda não conta com esse dispositivo, o que evidencia a precariedade na implantação da política de saúde mental voltada a pessoas com histórico de institucionalização, sujeitos vulneráveis e socialmente excluídos (de-Castro et al., 2021).

Esse cenário no Distrito Federal levou, em 2023, à abertura de um Edital de Chamamento Público, impulsionado por pressão do Ministério Público, para o credenciamento de interessados em prestar serviços residenciais terapêuticos destinados a adultos com transtornos mentais graves. A

iniciativa foi motivada pela constatação de que, por mais de 20 anos, esses usuários foram mantidos em hospitais psiquiátricos, em condições precárias e afastados da comunidade (Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, 2023).

Basaglia (1985) afirma que a instituição negada não se refere apenas à negação do hospital psiquiátrico, mas também à recusa de uma psiquiatria ideológica. Para ele, o ator social deve ser reconhecido em sua complexidade, e é justamente essa complexidade que permite uma mudança no olhar sobre o fenômeno da doença, implicando a renúncia ao poder terapêutico dos técnicos, da instituição e do saber psiquiátrico. Para ele, a instituição negada representa a desconstrução do saber que sustenta o manicômio, processo que culmina em sua extinção e dá lugar à instituição inventada. Essa transformação possibilitou a desinstitucionalização do sistema psiquiátrico italiano, em que a meta deixou de ser a cura da doença para tornar-se a invenção de saúde e a reprodução social do ator social.

3.2 AMBIÊNCIA E FORMAÇÃO TEÓRICA E PRÁTICA

Nessa trajetória de mudanças no modelo de cuidado, a equipe vivenciou diversos conflitos à medida que as demandas dos moradores se tornavam mais complexas. Inicialmente, a dinâmica da residência transitória reproduzia características da instituição fechada, com os profissionais assumindo posturas de controle semelhantes às adotadas na unidade psiquiátrica. Foi nas reuniões semanais de supervisão com a equipe e os moradores que se tornou possível identificar e discutir essas ações, abrindo espaço para reflexões sobre as práticas profissionais.

Um episódio observado durante o acompanhamento da equipe ilustra a complexidade das mudanças exigidas pelo novo modelo de cuidado: enquanto os técnicos se sentavam para conversar, os moradores caminhavam, corriam, alguns tiravam a roupa e, por uma fração de tempo, sentiam-se donos de sua própria vida. No entanto, logo eram conduzidos de volta ao espaço restrito chamado Unidade. Nenhum morador podia sair sem acompanhante, todas as portas permaneciam trancadas e apenas os trabalhadores possuíam as chaves — medidas justificadas como necessárias à proteção desses jovens.

O conceito de mortificação do eu, proposto por Goffman (1974) em sua obra “Manicômios, Prisões e Conventos”, é pertinente para compreender as degradações, humilhações e profanações vividas pelos pacientes internados. Segundo o autor, o “eu” é sistematicamente mortificado, ainda que muitas vezes de forma não intencional. Trata-se, portanto, de uma questão ética: cabe à equipe refletir sobre o lugar que é atribuído ao sujeito nesse cenário e sobre as possibilidades de superação da lógica clínica e manicomial ainda presente nas práticas institucionais.

De acordo com Dell'Acqua e Mezzina (2009), Basaglia, ao entrar pela primeira vez no manicômio de Gorizia e se deparar com a violência institucional, questiona-se indignado: “que coisa é a psiquiatria?” (Basaglia, 1973). Essa indagação permanece atual, especialmente quando observamos o sistema psiquiátrico brasileiro, que, enquanto ciência e instituição, ainda se encontra majoritariamente voltado para o conceito de doença. As ações terapêuticas das instituições continuam fundamentadas em signos psicopatológicos, em detrimento da vivência, da subjetividade e do modo de vida das pessoas (Silva, Abbad & Montezano, 2019).

Essa lógica também impacta diretamente o cotidiano das equipes nos Serviços Residenciais Terapêuticos. Os profissionais que atuam nesses dispositivos convivem com desafios diários, como o estranhamento diante da existência de um espaço legítimo de fala e escuta, a ausência de apoio por parte das famílias dos moradores, a carência de inovação nos processos de cuidado em saúde, a pouca formação em saúde mental, a sobrecarga de trabalho e o distanciamento dos investimentos públicos em saúde mental, apesar do que prevê a Reforma Psiquiátrica (Ferreira & Ferreira, 2022).

No contexto do processo de desinstitucionalização implementado e estudado neste trabalho, o investimento formativo da equipe da unidade infantojuvenil mostrou-se essencial para a construção de um novo modelo de cuidado. A formação foi organizada em dois momentos: educação continuada, com conteúdos teóricos; e educação permanente em saúde, voltada à reflexão sobre o próprio processo de trabalho. Entre os temas discutidos, destacava-se a distinção entre casa, enquanto espaço físico, de tijolos e paredes, e lar, concebido como o lugar onde se vive, se constroem afetos e se compartilha a vida.

Nesses encontros foram estabelecidos os critérios de seleção dos cinco moradores que ocupariam a residência, bem como definidos os acompanhantes terapêuticos que participariam da moradia. A formação teórica e prática voltada à implementação de um novo processo de trabalho da equipe constituiu um dos pilares da desinstitucionalização da unidade, sendo desenvolvida ao longo de três anos, por meio de ações formativas supervisionadas pela pesquisadora. Foram organizados pequenos grupos de estudo, seminários, atividades reflexivas sobre o cotidiano e debates em torno de todo o percurso de implantação das residências, com o objetivo de construir uma nova práxis, pautada na desconstrução do modelo manicomial. Inicialmente, a equipe reunia-se quinzenalmente, com exceção da psiquiatra, que participou de poucos encontros, alegando falta de tempo, por atuar no serviço apenas dois dias por semana.

A forma de participação da psiquiatra gerou desconforto na equipe, tanto pelo distanciamento em relação aos paradigmas do novo modelo de cuidado quanto pela falta de investimento em práticas e estratégias terapêuticas inovadoras. É importante destacar que, no modelo de reabilitação

psicossocial, espera-se que o profissional da área psiquiátrica atue na construção de uma prática voltada à inovação e à transformação, contribuindo, entre outros aspectos, para o processo de desinstitucionalização.

Para Barros (1994), a equipe multidisciplinar deve abrir espaço para o trabalho coletivo, reconhecendo que os resultados nem sempre serão estáveis ou previsíveis. Por isso, é imprescindível cultivar uma mente aberta ao novo, exercitar a solidariedade e assumir um compromisso pessoal com o processo de cuidado, rompendo com a lógica positivista de separação entre saberes e funções. Todos os trabalhadores devem conhecer-se mutuamente e desenvolver a capacidade de aprender a aprender, o que implica liberdade de escolha e a combinação de diversos recursos de intervenção.

No cotidiano do serviço, foi possível observar que a equipe expressava diferentes temores em relação ao processo de desinstitucionalização. Os auxiliares de enfermagem demonstravam medo de perder o emprego diante das mudanças propostas pelo novo modelo; já os técnicos temiam a perda de poder sobre as decisões terapêuticas dentro da equipe. Um exemplo disso era a possibilidade de todos os trabalhadores terem acesso aos prontuários, o que poderia reduzir as hierarquias tradicionalmente estabelecidas.

Na experiência de Trieste, Rotelli (2014) descreve que a mudança no papel da equipe e na forma de organização dos profissionais (denominados operadores no contexto da psiquiatria democrática italiana) ocorreu a partir da desconstrução do manicômio. Esse processo resultou em avanços na formação profissional, na autoavaliação e na autonomia decisória, a partir do trabalho conjunto, da colaboração e do enfrentamento cotidiano dos problemas, tanto dentro dos serviços quanto entre eles. À medida que as experiências eram socializadas, os desafios eram também enfrentados coletivamente, com decisões compartilhadas.

Inicialmente, a equipe apresentou resistência frente à mudança no processo de trabalho. Alguns participantes mostravam-se contrários a qualquer transformação, expressando, por meio de falas contundentes, que seria uma crueldade retirar os jovens da instituição, já que, segundo eles, estavam “bem”. Essas posições evidenciavam o desconhecimento da Reforma Psiquiátrica e da legislação vigente da política de saúde mental brasileira.

Diversos autores que investigam as SRTs e a atuação dos cuidadores nesses dispositivos relatam experiências marcadas por afetos ambíguos, com momentos de satisfação e de insatisfação. Essas vivências são frequentemente permeadas por sobrecarga física e emocional, falta de apoio assistencial, ausência de supervisão, escassez de capacitação e carência de formações continuadas (Sande & Christovam, 2019; Silva et al., 2019; Soares & Silva, 2019; Limírio & Campos, 2023).

A sociedade em que vivemos produz continuamente falsas mudanças, construindo ideologias e mecanismos de mistificação que mantêm as pessoas em uma espécie de liberdade limitada e vigiada; por isso, qualquer movimento que busque modificar essa liberdade é percebido como algo preocupante, insidioso, uma ameaça à ordem constituída (Rotelli, 2014).

Um exemplo importante desse contexto ocorreu com um dos moradores que, após cinco meses na residência transitória, passou a demonstrar o desejo de abrir o portão e sair, requisitando mais atividades e maior ampliação de sua liberdade. Como isso não lhe foi permitido, ele se irritou e agrediu, por duas vezes, um auxiliar de enfermagem. Todo esse movimento de afirmar-se como sujeito, dono de sua própria vida, passou a incomodar a equipe, que passou a rotulá-lo como alguém com “alterações de comportamento”. Diante disso, foi encaminhado para um quarto na unidade, avaliado pela psiquiatra e pela equipe de enfermagem, sendo submetido ao uso de medicamentos e ao isolamento. Um profissional foi designado para permanecer próximo, vigiando-o e, de alguma forma, tentando oferecer acolhimento. Acredita-se que o sentido atribuído por esse morador expressava sua luta por existência; no entanto, enquanto internado, ele não tinha o direito de existir como pessoa. Seu grito por liberdade acabava sufocado pelas amarras institucionais, que lhe concediam apenas o direito de seguir o que está estabelecido.

Esse jovem foi se tornando o depositário dos conflitos e das tensões geradas pela necessidade de manutenção do sistema e, por fim, foi reconduzido à unidade fechada. O discurso predominante entre os profissionais da equipe reforçava a centralidade do espaço hospitalar em detrimento da residência. As autoras consideraram que a instituição total estava sempre com a porta aberta para o retorno, enquanto, para a saída, a porta permanecia fechada, guardada por seus vigilantes.

De acordo com Basaglia (1985), o ator social rompe seu estado de apatia e desinteresse com uma agressividade que transcende sua própria doença, ao perceber que tem o direito de viver sua vida. Para a equipe, no entanto, esse movimento é interpretado como uma alteração de comportamento, e torna-se necessário enquadrá-lo, torná-lo dócil e risonho. O autor afirma que no processo histórico da psiquiatria, em um primeiro momento atribuiu-se ao diagnóstico a marca da insanidade e da violência, o que possibilitou um jogo de poder e de regressão, excluindo aqueles que não se integravam ao sistema. Esse processo, segundo o autor, não produziu qualquer caráter terapêutico, restringindo-se à lógica da separação entre o normal e o patológico.

Após um ano de trabalho com a equipe e com a residência transitória já implementada, ainda persistiam muitos conflitos entre os profissionais em relação à sua atuação. Diante disso, técnicos e auxiliares de enfermagem sugeriram a realização de um curso formativo para acompanhantes terapêuticos, com o objetivo de qualificar a atuação no cotidiano do lar. O Acompanhamento

Terapêutico (A.T.) é uma modalidade de atendimento que surgiu no contexto da Reforma Psiquiátrica, cujo setting terapêutico se diferencia do modelo tradicional e se destina a pessoas com dificuldades de relacionamento e de convívio social, decorrentes de comprometimentos psíquicos, cognitivos ou físicos. Com o apoio da direção, os encontros passaram a ter caráter teórico, com frequência quinzenal, tendo como base principal o conceito de Portas Abertas.

A porta aberta, conforme analisa Nicácio (2003), implica múltiplas dimensões: não reproduzir o controle manicomial, cuidar em liberdade e permitir o estabelecimento de uma nova relação com a loucura. Essa concepção exige a transformação do poder exercido pela equipe, que deve inventar novas formas de atuação no cotidiano, por meio de negociações constantes e da construção de uma nova prática.

3.3 HABITAR COMO ESTRATÉGIA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

No processo de desinstitucionalização vivenciado na residência, uma das dimensões centrais foi o desenvolvimento de habilidades nas atividades de vida diária por parte dos jovens, o que contribuiu para minimizar os danos resultantes das vulnerabilidades acumuladas ao longo dos anos de hospitalização.

Os jovens do SRT tornaram-se mais independentes em suas atividades de vida diária: passaram a utilizar o banheiro sozinhos, tomar banho, vestir e despir-se com pouco auxílio, alimentar-se utilizando talheres e participar de tarefas domésticas. Esse envolvimento progressivo indicava uma apropriação do espaço da casa enquanto lar, revelando, em nossa percepção, um sentido de existência e pertencimento. Um episódio ilustrativo desse processo foi relatado por uma auxiliar de enfermagem: durante a madrugada, um dos moradores levantou-se da cama, foi até o armário da cozinha, pegou um bombom e o escondeu na mão. A profissional então lhe explicou, com delicadeza, que não havia necessidade daquele gesto, afinal, aquela era a sua casa.

Dois moradores continuaram frequentando, no período da manhã, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Eles retornavam com o ônibus da escola e, ao descerem, voltavam sozinhos para casa. No período da tarde, o grupo mantinha uma rotina de atividades, como idas à piscina comunitária duas vezes por semana, compras no mercado, visitas ao posto de saúde, pagamento de contas e idas ao banco para receber seus benefícios, sendo, inclusive, abertas contas bancárias em nome de cada um deles.

Nos finais de semana, os moradores realizavam passeios e, em algumas ocasiões, iam jantar fora. Um dos jovens se destacava dos demais por se expressar com clareza, ter bom entendimento, e demonstrar ser muito afetivo e simpático. Sempre que saía, fazia questão de levar sua carteira com

dinheiro e documentos, como qualquer cidadão adulto, pois uma das metas do seu Projeto Terapêutico Singular era aprender o valor do dinheiro, negociar e realizar pagamentos. Em determinado momento, ele começou a perguntar aos auxiliares sobre sua família, numa tentativa de resgatar sua história. Após dois anos vivendo em um espaço que, de fato, pode ser chamado de lar, sua memória começou a trazer à tona fragmentos de sua estrutura familiar. Esse jovem havia sido abandonado pela família ainda na infância e passou por diversas instituições, onde sofreu diferentes formas de abuso físico. No hospital psiquiátrico, apresentava um histórico de comportamento agressivo, que era a única forma que conhecia para se relacionar com os outros. No entanto, atualmente, convivia com os companheiros da casa, utilizava transporte coletivo e participava da comunidade, apresentando cada vez menos esse tipo de comportamento.

Todos os moradores participavam das reuniões semanais realizadas na casa, o que transformava as formas de relacionamento tanto entre os membros do grupo quanto com a rede de relações externas. Esse processo contribuiu para uma mudança de atitude por parte dos acompanhantes terapêuticos, que passaram a reconhecer e valorizar os direitos dos moradores de maneira mais efetiva. Um episódio ilustrativo ocorreu quando um acompanhante terapêutico foi abrir a conta bancária dos moradores para que pudessem receber o benefício previsto na Lei Federal nº 10.708/2003, que instituiu o auxílio-reabilitação para pacientes egressos de longas internações psiquiátricas. A gerente do banco inicialmente se recusou a abrir as contas, alegando que os moradores não sabiam ler e, portanto, eram incapazes de assinar. Após muitas argumentações do acompanhante, a gerência reconsiderou sua posição e as contas foram abertas, embora com a exigência de que houvesse um responsável legal vinculado a cada uma delas. Esse caso também mostra como a desinstitucionalização é um processo cotidiano e persistente de reconstrução de direitos cidadãos.

Diversas pesquisas internacionais apontam tanto aspectos positivos quanto desafios relacionados às experiências com Residências Terapêuticas (RTs). Entre os principais problemas identificados estão o estigma, a segregação e as dificuldades de viabilização dessas residências por meio do sistema público. Por outro lado, destacam-se avanços como o desenvolvimento de novas formas de organização das RTs, a promoção da autonomia dos moradores e a ampliação da inclusão social (Baker & Calderon, 2004; Breland-Noble et al., 2005).

Pesquisa conduzida sobre atitudes da comunidade em relação às pessoas com sofrimento psíquico encontrou um bom nível de receptividade por parte da vizinhança em relação aos moradores (Leff et al., 2000). No entanto, a pesquisa também revelou a presença de estereótipos, nos quais essas pessoas eram vistas como difíceis de se comunicar e imprevisíveis. Os pesquisadores associaram tais estereótipos à influência da mídia, que frequentemente retrata comportamentos extremos. Apesar

disso, 80% dos entrevistados demonstraram atitudes positivas em relação à convivência com esses sujeitos em seus bairros, enquanto os demais consideraram necessário algum tipo de preparação prévia, com informações sobre sofrimento psíquico e estratégias de convivência. Embora essas pesquisas não discutam diretamente o direito de habitar, elas foram realizadas em um país que conta com experiências consolidadas em dispositivos residenciais em saúde mental, como os serviços residenciais terapêuticos.

De acordo com De Luca e Frattura (1996), nos Estados Unidos, a privatização das políticas sociais deu grande ênfase à construção de serviços residenciais por meio do setor privado, especialmente nas chamadas “casas de enfermagem” (*nursing homes*). No entanto, há sérios questionamentos sobre a qualidade do atendimento oferecido e a limitada integração com a rede de serviços. Esse tipo de dispositivo tem sido voltado principalmente para a desospitalização, e não para um processo efetivo de desinstitucionalização.

Na experiência europeia, os serviços de saúde mental tendem a ser mais amplos e variados. Em Estocolmo, na Suécia, destaca-se a modalidade de serviços residenciais integrados, que inclui diferentes unidades — como apartamentos individuais ou duplos — articuladas a um serviço de suporte disponível 24 horas por dia, o que permite também o acolhimento de moradores com maior grau de dependência. No entanto, esse tipo de serviço deve estar atento para não promover o isolamento ou a segregação dos moradores. É fundamental que estimule a reinserção social, pois, caso contrário, corre-se o risco de configurar um “manicômio difuso”.

No Reino Unido, de acordo com Ramon (1991), as casas coletivas (*Group Homes*) constituem experiências bastante positivas. Essas estruturas requerem investimento em planejamento, infraestrutura, preparação dos residentes, supervisão de qualidade e articulação com a rede de serviços de suporte e atenção psicossocial. Entre os resultados relatados estão a redução nas taxas de reinternação, a melhora no autocuidado e o aumento da qualidade de vida dos moradores. Em termos financeiros, o custo desse tipo de moradia é inferior ao do sistema hospitalar.

Na Bélgica e na França, adotam-se esquemas de recolocação em famílias, voltados a adultos recém-saídos de hospitais psiquiátricos, incluindo pessoas com deficiência intelectual. São famílias adotivas que acolhem esses sujeitos, recebendo uma ajuda financeira do Estado. A pesquisadora Jodelet (2001) analisa essa proposta e aponta que, embora ofereça uma alternativa à institucionalização, ela não representa uma boa solução de intervenção: o estigma persiste, e o ator social, em muitos casos, torna-se o meio de subsistência do núcleo familiar acolhedor, sem alcançar, de fato, a integração social, laboral ou familiar. Um ponto crítico da pesquisa foi a ausência da escuta dos próprios protagonistas sobre sua vivência nessas famílias adotivas.

A Residência Terapêutica deve constituir-se como um espaço de trocas, de descobertas de novas subjetividades e de reencontro com a memória e a história pessoal de cada morador. Nesse sentido, torna-se também uma oportunidade de tornar visíveis as relações de poder e de enfrentar o desafio de construir novas formas de intervenção. No exercício contínuo da cidadania, os moradores resgatam sua identidade: retiram documentos pessoais, participam das reuniões de equipe para elaboração e discussão dos Projetos Terapêuticos Singulares, contribuem para a gestão da casa e, sobretudo, passam a viver de forma plena, sem rótulos patológicos, como cidadãos em seu território. O território não é apenas o bairro ou o lugar da cidade onde moramos; não se trata do setor (no entendimento francês) nem da comunidade (na concepção americana). É algo mais amplo: o espaço social onde tecemos nossas referências de vida e estabelecemos nossa rede de relações sociais (Amarante, 2003).

Nesse processo de habitar o território como espaço de construção de vínculos e de reinvenção da existência, é no cotidiano da residência que se concretizam as possibilidades de transformação subjetiva. A convivência diária, o cuidado compartilhado e a participação nas decisões coletivas revelam que não é a técnica isolada que produz mudança, mas sim a repetição ética do cuidado. Em estudo anterior com adolescentes em acolhimento institucional, evidenciou-se que esse cotidiano sustentado por relações de presença, afeto e reconhecimento permite ao sujeito se perceber como alguém digno de confiança e pertencimento, produzindo novas possibilidades de vida (Gomes et al., 2021).

3.4 DESAFIOS DO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

A mudança dos cinco jovens para uma moradia na cidade enfrentou entraves significativos, especialmente relacionados a recursos. No que diz respeito aos recursos financeiros, houve dificuldades para alugar uma casa, arcar com o pagamento do aluguel, contratar uma secretária doméstica e cobrir os custos com alimentação, vestuário, entre outros. Já em relação aos recursos humanos, nem todos os membros da equipe técnica concordavam com o novo modelo de habitar na cidade, o que resultou em carência de profissionais dispostos a trabalhar na residência, especialmente diante da necessidade de suporte contínuo, 24 horas por dia.

A moradia desses jovens foi classificada pelo Sistema Único de Saúde como de alta complexidade, tanto pelos custos envolvidos em sua efetivação quanto pelo grau de dependência dos moradores, que demandava cuidado intensivo e acompanhamento contínuo. Alguns desses rapazes não se comunicavam verbalmente e tinham pouca noção do próprio corpo. Eles não chegaram a estabelecer laços sociais e afetivos, pois, além do sofrimento psíquico grave, cada um trazia uma

trajetória marcada por institucionalização e vulnerabilidade social, o que resultou em isolamento, exclusão e total ausência de autonomia.

A mudança de moradia dos atores sociais ocorreu um ano e meio após o início da pesquisa. Para que essa mudança não se limitasse a uma simples alteração geográfica, foi necessário abandonar os dispositivos institucionais e ativar, de fato, o processo de reabilitação psicossocial. O primeiro passo foi a concessão da alta hospitalar desses moradores, inicialmente negada, sob a justificativa da equipe de que eles ainda necessitavam de assistência. No entanto, após alguns meses, a direção geral conseguiu, junto à psiquiatra, o documento de alta, o que representou simbolicamente a libertação da tutela institucional. A desinstitucionalização é um processo que requer construção, reconstrução e redimensionamentos constantes em relação aos atores sociais envolvidos, como os jovens, a equipe, os familiares, a comunidade e os dispositivos da intersetorialidade.

O trabalho no território promove a saúde mental, sendo uma reprodução de vida e de subjetividade (Amarante, 2003). Nele se estabelecem as relações entre as pessoas, revelando um espaço dinâmico e com competência para operar transformações, tanto nas instituições quanto na comunidade. Tais transformações podem ocorrer de forma direta, por meio de visitas domiciliares, diálogos com a vizinhança ou mobilizações sociais, configurando um trabalho em rede. A intersetorialidade é uma forma indireta de solidificar a transformação na assistência: o serviço não deve assumir apenas o tratamento, mas construir ações que rompam com a segregação e restitua o direito desses indivíduos de participarem dos espaços públicos, em articulação com as instituições presentes no território, como lazer, educação, arte, esporte, entre outras.

Segundo Sade, Sashidharan e Silva (2021), os serviços substitutivos da RAPS devem funcionar em articulação tanto intra quanto extra setorial, por meio de serviços territoriais e comunitários. Essa proposta se alinha ao modelo de portas abertas triestinas, com acesso livre e o mais próximo possível do território.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, de caráter descritivo e narrativo, teve como objetivo relatar a vivência de uma pesquisadora na implementação de um projeto piloto de desinstitucionalização, inspirado na abordagem da psiquiatria democrática italiana, reconhecida como modelo de referência mundial pela Organização Mundial da Saúde.

O grande desafio da desinstitucionalização está em compreender que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) não se resumem a oferecer uma casa a quem não a possui, mas sim a possibilitar que o ator social protagonize sua própria existência, reconstruindo laços, afetos e pertencimento. O

processo de transformação e invenção de novos dispositivos não se restringe apenas aos Centros de Atenção Psicossocial, estendendo-se a um conjunto complexo de serviços, estratégias e articulações territoriais que sustentam o cuidado em liberdade.

Nesse processo, destaca-se a importância de que as RTs voltadas à população infantojuvenil sejam fortalecidas como política pública. A experiência relatada revela o quão escassos são esses dispositivos no cenário nacional, sendo urgente sua implementação para garantir alternativas reais à institucionalização crônica de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave.

Observou-se que as categorias temáticas demonstram que, no contexto da desinstitucionalização, a concepção do modelo triestino pressupõe que as residências terapêuticas em saúde mental devem passar por um processo de transição da instituição negada, representada pelo manicômio, para a instituição inventada. Essa transição requer fundamentos ideológicos sólidos, incluindo a renúncia ao poder terapêutico exercido pelos técnicos, pela instituição e pelo saber psiquiátrico, abrindo espaço para a invenção de novas possibilidades de cuidado. Na Itália, os serviços territoriais assumiram esse processo como parte de um sistema sanitário universalista e igualitário, que sustenta o cuidado em liberdade.

Nesse contexto, o trabalho formativo com as equipes mostrou-se um dos pilares fundamentais do processo. Investimentos contínuos em formação crítica, rodas de supervisão e espaços coletivos de escuta devem ser institucionalizados como parte da política de cuidado, a fim de superar resistências, sustentar mudanças de paradigma e apoiar os profissionais que atuam diretamente nos territórios.

O habitar assume um papel fundamental no ciclo de vida do indivíduo em relação à comunidade, pois envolve a dimensão do tempo, do espaço e do controle sobre a própria vida. Habitar não é apenas ocupar uma casa; é poder ser protagonista de sua própria história. Nesse percurso, diversos interlocutores se fazem presentes, compondo um trabalho reabilitativo e terapêutico que sustenta o cuidado em liberdade.

Observou-se que, no projeto piloto, os moradores construíram suas experiências de liberdade no cotidiano do lar, vivenciando papéis diferentes daqueles rigidamente estabelecidos no hospital psiquiátrico. Atos simples, como tomar banho na hora que desejavam, comer quando tinham vontade, ligar a televisão, dormir e acordar sem regras fixas, passaram a fazer parte de um cotidiano que lhes devolveu o sentido de autonomia. Afinal, emergiu o sentimento de que “é a sua casa”. Nesse cotidiano, os moradores puderam resgatar suas histórias e sua própria vida, minimizando os efeitos da internalização institucional. Criaram, assim, novas raízes no tecido social, desconstruindo o velho e abrindo caminho para novas possibilidades de existência.

Essa experiência também mostrou a necessidade de que os serviços desenvolvam estratégias de manejo de crises alinhadas à lógica da desinstitucionalização. Protocolos baseados na escuta, no diálogo e na mediação devem substituir práticas ainda ancoradas na contenção, na medicalização ou no isolamento, promovendo formas mais éticas e emancipatórias de lidar com o sofrimento.

Os desafios da desinstitucionalização estão fundamentados na necessidade de salvaguardar a saúde, reconhecer e respeitar o outro e manter uma constante revisão de valores, uma vez que aquilo que valia ontem pode não servir mais hoje. É preciso recriar e inovar saberes e práticas de forma contínua. No Brasil, embora exista uma legislação específica que visa amparar pessoas em sofrimento psíquico grave, as ações concretas, tanto no plano político quanto institucional, ainda são insuficientes. Medidas efetivas são urgentes para que as internações em instituições psiquiátricas não persistam, a legislação seja efetivamente cumprida e os mecanismos substitutivos possam, de fato, ocupar o lugar central no cuidado em saúde mental.

Além disso, torna-se necessário reforçar a articulação intersetorial entre saúde, assistência social, educação, cultura, trabalho e justiça. O cuidado em liberdade só se sustenta quando há uma rede de proteção ampla, ativa e comprometida com a inclusão e a garantia de direitos no território.

Por fim, recomenda-se que futuras pesquisas ampliem a escuta das pessoas que habitam as residências terapêuticas, especialmente crianças e adolescentes. Suas narrativas, afetos e sentidos atribuídos ao processo de habitar em liberdade são insumos valiosos para a construção de políticas públicas mais justas, éticas e sensíveis à complexidade da vida em desinstitucionalização.

REFERÊNCIAS

- Almeida, F. A., & Cezar, A. T. (2016). As residências terapêuticas e as políticas públicas de saúde mental. *IGT na Rede*, 13(24), 105–114.
- Amarante, P. A. (2003). Clínica e a reforma psiquiátrica. In *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (Coleção Archivos). Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Barros, D. D. (1994). *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: EDUSP.
- Basaglia, F. (1973). *Che cos'è la psichiatria?* Torino: Einaudi.
- Basaglia, F. et al (1985). *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Graal.
- Baker, P. (2019). *A voz interior: Um guia prático para e sobre pessoas que ouvem vozes* (A. Pimentel, N. Malcher, & P. Seabra, Orgs.; R. da C. Moura, Trad.; 1ª ed.). Belém, PA: UFPA/IFCHQ/PPGP/NUFEN.
- Baker, A. J. L., & Calderon, P. (2004). The Role of Group Homes in the Child Welfare Continuum of Care. *Residential Treatment For Children & Youth*, 21(4), 39–58.
https://doi.org/10.1300/J007v21n04_05
- Brasil. Ministério da Saúde. (2000). *Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000: Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Residências terapêuticas: O que são, para que servem*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Breland-Noble, A. M., Farmer, E. M. Z., Dubs, M. S., & al. (2005). Mental health and other service use by youth in therapeutic foster care and group homes. *Journal of Child and Family Studies*, 14(2), 167–180. <https://doi.org/10.1007/s10826-005-5045-5>
- Dadalte, A. C., Rocha, R. M., Silva, M. H. L., & Souza, M. C. (2020). Quinze anos depois: serviços residenciais terapêuticos frente à Portaria 106/2000. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 24, e1314. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200051>
- de-Castro, U. R., Vieira, L. R., dos-Santos, I. D., & Oliveira, N. do P. (2021). Importância da residência terapêutica no cuidado do paciente psiquiátrico sem vínculos familiares: relato de caso e revisão da literatura. *Brasília Médica*, 58, e2021v58a09. <https://doi.org/10.5935/2236-5117.2021v58a09>
- Dell'Acqua, P., & Mezzina, R. (2009). *Incerti luoghi di ospitalità: Abitare la soglia. Architettura e Psichiatria*. Trieste: Departamento de Saúde Mental de Trieste.
- De Luca, L. F., & Frattura, L. (1996). Ruolo e funzioni delle strutture residenziali nelle politiche e nei programmi di salute mentale: Materiali per un inventario. In *Lettera: Percorsi bibliografici in psichiatria* (Vol. XXI). Milano: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri.

Ferreira, C. S., & Ferreira, C. B. (2022). Residência terapêutica: permanências e rupturas nas práticas de trabalho. *Psicologia em Estudo*, 27, e49795. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v27i0.49795>

Gomes, J. C., Mishima-Gomes, F. K. T., & Corradi-Webster, C. M. (2021). Institutional care for children and adolescents that use drugs. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 38, e190140. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202138e190140>

Leff, J., Trieman, N., Knapp, M., & Hallam, A. (2000). The TAPS Project: A report on 13 years of research, 1985–1998. *Psychiatric Bulletin*, 24(5), 165–168. <https://doi.org/10.1192/pb.24.5.165>

Lima, L. A. B., & Miranda, F. J. (2018). Análise do trabalho dos cuidadores em saúde nas residências terapêuticas. *Psicologia & Sociedade*, 30, e174842. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30174842>

Limírio, C., & Campos, C. R. (2023). Cuidadores de residências terapêuticas e suas vivências: Análise da produção científica. *Psicologia e Saúde em Debate*, 9(2), 817–834. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.v9n2a46>

Jodelet, D. (2001). *As representações sociais*. Rio de Janeiro, RJ: Ed. UERJ.

Ministério da Saúde. (2004). *Residências terapêuticas: O que são, para que servem*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

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

Ministério da Saúde. (2023). *Investimento em saúde mental cresceu quase 200%. Serviços e Informações do Brasil*. <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/01/investimento-em-saude-mental-cresceu-quase-200>

Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. (2023). *Residências terapêuticas: Edital e recursos são conquista histórica do MPDFT*. <https://www.mpdft.mp.br/porta1/index.php/comunicacao-menu/sala-de-imprensa/noticias/14939-residencias-terapeuticas-edital-e-recursos-sao-conquista-historica-do-mpdft>

Nicácio, F. (2003). *Utopia da realidade: Contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental* (Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas). São Paulo, SP.

Ramon, S. (1991). *Beyond community care: Normalization and integration care*. London: Macmillan.

Rotelli, F. (2014). Entrevista. In R. M. S. Sade (Org.), *Portas abertas: Do manicômio ao território – Entrevistas triestinas* (pp. 37–53). Marília, SP: Oficina Universitária.

Rotelli, F. (1994). Desinstitucionalização, uma outra via. In M. F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização* (pp. 17–60). São Paulo, SP: Hucitec.

Sade, R., & Baker, P. (2016). Pathologizing and medicating children: The solution or the problem? *Revista Diálogos e Perspectivas em Educação Especial*. Departamento de Educação Especial, UNESP.

Sade, R. M. S. (2014). *Portas abertas: Do manicômio ao território – Entrevistas triestinas*. Marília, SP: Oficina Universitária / Cultura Acadêmica.

Sade, R. M. S. (Org.). (2017). *Boas práticas: Caminhos e descaminhos no processo de desinstitucionalização*. Marília, SP: Oficina Universitária; São Paulo, SP: Cultura Acadêmica.

Sade, R., Sashidharan, S. P., & Silva, M. N. R. M. O. (2021). Caminos y desvíos en la trayectoria de la reforma psiquiátrica brasileña. *Salud Colectiva*, 17, e3563.
<http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/3563/1864>

Sande, L. S., & Christovam, B. P. (2019). O cuidador em serviço residencial terapêutico (SRT) no município de Salvador-BA. *Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades*, 246, 54–68.
<https://doi.org/10.25247/2447-861X.2019.n246.p54-68>

Silva, M. N. R. M. O., Abbad, G. S., & Montezano, L. (2019). Practices and therapeutic strategies of the Psychosocial Care Centers Alcohol and Drugs. *Paidéia*, 29, e2903. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e2903>

Silva, A. S. T. da, Ribeiro, G. B., Santos, L. L. X. dos, & Buriola, A. A. (2019). Ser cuidador em serviço residencial terapêutico: Fragilidades e potencialidades na prática assistencial. *Journal of Nursing and Health*, 9(1), e199107. <https://doi.org/10.15210/jonah.v9i1.14692>

Soares, L. de M. L., & Silva, P. R. F. da. (2019). Serviços residenciais terapêuticos na cidade do Rio de Janeiro: Uma análise da estrutura e do processo de cuidado. *Saúde em Debate*, 43(spe7), 102–113. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S708>

Thiollent, M. (2000). *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo, SP: Cortez.

Venturini, E. (2010). *O caminho dos cantos: Morar e intersectorialidade na saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caminho_cantos_morar_intersectorialidade.pdf