

A trajetória das Políticas Públicas de moradia para pessoas com deficiência e para pessoas com transtorno mental no Estado do Rio de Janeiro

Renata Scharfstein*

Sumário

1. Introdução. 2. Histórico do tratamento conferido às pessoas com deficiência. 3. Desinstitucionalização. 4. Marco regulatório da política pública de moradia para pessoas com deficiência e de moradia para pessoas com transtorno mental. 4.1. Marco regulatório da política pública de moradia para pessoas com deficiência. 4.2. Marco regulatório da política pública de moradia para pessoas com transtorno mental. 5. Objetivos e estratégias da política de moradia para pessoas com deficiência e pessoas com transtorno mental. 6. Residência Inclusiva (RI). 7. Serviço Residencial Terapêutico (SRT). 8. Mapeamento da Implantação da Política da Residência Inclusiva no Estado do Rio de Janeiro. 9. Mapeamento da Implantação da Política do Serviço Residencial Terapêutico no Estado do Rio de Janeiro. 10. Possíveis razões para resultados diferentes e desafios. 11. Conclusão. Referências bibliográficas.

Resumo

Este artigo aborda o direito fundamental à moradia e convivência social assegurado às pessoas com deficiência, nelas incluídas as pessoas com transtorno mental egressas de internações de longa duração. Trata-se de análise comparativa da trajetória e resultados alcançados desde a implementação da Política Pública da Residência Inclusiva, vinculada à Assistência Social (SUAS), e do Serviço Residencial Terapêutico, ponto da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, integrante da Saúde (SUS).

Abstract

This article addresses the issue of the fundamental right to housing and social coexistence guaranteed to people with disabilities, including people with mental disorders who have been discharged from long-term hospitalization. It is a comparative analysis of the path and results achieved since the implementation of the Public Policy of Inclusive Residence, linked to Social Assistance System (SUAS), and the Residential Therapeutic

* Pós-Graduada em Tutela Coletiva e Políticas Públicas pelo Instituto de Educação Roberto Bernardes Barroso do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro – IERBB/MPRJ. Promotora de Justiça do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Subcoordenadora do CAO Idoso/Pdef.

Service, which is a point of the Psychosocial Care Network -RAPS, part of the Brazilian Health System (SUS).

Palavras-chave: Pessoa com deficiência e transtorno mental. Inclusão Social. Política de Moradia. Residências Inclusivas e Serviços Residenciais Terapêuticos. Trajetória e resultados alcançados. Desafios.

Keywords: *Person with disability and mental disorder. Social Inclusion. Housing Policy. Inclusive Residences and Residential Therapeutic Service. Trajectory and results achieved. Challenges.*

1. Introdução

O presente trabalho visa explorar a trajetória da Política Pública de Moradia para determinados segmentos populacionais em situação de vulnerabilidade e rompimento de vínculos, quais sejam, as pessoas com deficiência e elevado grau de dependência e as pessoas com transtorno mental egressas de Instituições Psiquiátricas.

O primeiro grupo é destinatário da Política Pública de Residências Inclusivas, sendo vinculada ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS)¹, e o segundo ao Serviço de Residências Terapêuticas, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS)².

As referidas políticas têm importância inconteste e visam solucionar problemas sociais de alta complexidade. Apesar da semelhança entre elas, a trajetória de

¹ A Lei nº 8.742/93 (Lei Orgânica da Assistência Social), institui a Assistência Social como dever do Estado e estabelece que esta política será operacionalizada por meio de um sistema denominado Sistema Único de Assistência Social – SUAS (art.6º da Lei nº 8.742/93). O SUAS é gerido e financiado de forma partilhada entre as três esferas de governo (artigo 6º, I e artigo 13), conforme regras nacionalmente estabelecidas. Tais regras de organização, gestão, financiamento e execução do SUAS são definidas pelo Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, órgão criado pela Lei nº 8.742/93 como instância superior de deliberação do SUAS, de caráter fiscalizatório e normativo (artigo 18). Tais parâmetros foram estabelecidos pelo Conselho na Norma Operacional Básica do SUAS, aprovada pela Resolução CNAS 33/12. Para operacionalizar o SUAS em seu âmbito, cada ente deve fixar suas respectivas políticas de assistência social. O ERJ publicou a Política Estadual de Assistência Social por meio da Lei nº 7.966/18. A Lei Estadual determina que a Política de Assistência Social no estado deve ser executada em observância às responsabilidades, normas e competências previstas no NOB/SUAS. Isto implica a adesão a um modelo participativo de organização da política, cujos parâmetros de gestão e de financiamento serão pautados por regras nacionalmente estabelecidas e aprovadas por instâncias participação e de controle social.

² A Lei nº 8.080/90 instituiu o Sistema Único de Saúde. Conforme definição constante do site do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br), o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde. A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

implementação de cada uma delas no Brasil e, em especial, no Estado do Rio de Janeiro, produziu resultados bem diferentes, o que pode ser explicado por alguns fatores, a serem explorados no presente artigo.

A análise comparativa da trajetória de implementação dessas políticas, dos resultados obtidos e eventuais questões que ainda não foram solucionadas permite reflexão sobre a necessidade de adaptação e aprimoramento, uma vez que o problema social que as originou persiste e deve ser enfrentado por todos, inclusive pelo Sistema de Justiça.

2. Histórico do tratamento conferido às pessoas com deficiência

Ao longo da História da Humanidade, apesar de ser possível identificar certas diferenças no tratamento conferido às pessoas com deficiência, sobretudo em razão de características culturais distintas, verifica-se, em geral, a existência de algumas posturas sociais bem delineadas, classificadas como “marginalização”, “assistencialismo”, “integração” e, finalmente, a “inclusão social” (PACHECO, 2007). A postura da “Marginalização” se caracterizava pelo fato de as pessoas acreditarem que as deficiências físicas ou mentais eram causadas por espíritos maus ou demônios e cultivavam a ideia de que a deficiência era um castigo ou uma forma de se redimir de pecados cometidos em outras vidas. Após a “Marginalização” surgiu a postura do “Assistencialismo”, que se consolidou com o crescimento do Cristianismo. Tal postura pregava que as pessoas com deficiência deveriam ser vistas como merecedoras de cuidados, o que se daria através da caridade pelas famílias e pela Igreja, mas ainda sem qualquer tipo de integração social. Nessa época, verificou-se um aumento vertiginoso dos “abrigos” e “hospitais” para pessoas com deficiência e doentes. No final do século XVIII e início do século XIX, com o avanço da medicina, a questão da deficiência deixa de ser teológica/moral e passa a ser compreendida como uma questão médica/científica. Nesse período, grandes personalidades, como o Psiquiatra Phillipe Pinel, passaram a estudar com profundidade a questão das deficiências, partindo da visão de deficiência como doença para a deficiência enquanto condição do sujeito. É fundamental destacar que as tendências humanistas do final do século XIX, em especial após o término da Primeira Guerra Mundial, foram muito importantes para o desenvolvimento do conceito de reabilitação, que foi um marco no processo de inclusão. Já no decorrer do século XX, com a eclosão da Segunda Guerra Mundial, surge a necessidade de investimentos maiores na área da reabilitação e educação de pessoas com deficiência, possibilitando sua inserção no mercado de trabalho, devido à escassez de mão de obra da época. Ao final da Segunda Guerra Mundial, surge um olhar diferenciado para as pessoas com deficiência. Muitos combatentes retornaram aos seus lares com deficiências decorrentes da Guerra e naturalmente tiveram dificuldades para se adaptar e integrar essa nova condição. Nesse momento surge o conceito de responsabilidade social e de equipes multidisciplinares. Passa, então, a predominar a postura denominada “Integração”, que preconizava a inserção da pessoa com deficiência na sociedade. Contudo, o esforço para que essa integração

de fato ocorresse era unilateral, apenas advindo da própria pessoa com deficiência. A sociedade não se mobilizava para viabilizar a inclusão social. Neste período vigorava o MODELO MÉDICO DA DEFICIÊNCIA, segundo o qual uma deficiência – resumida por uma CID - a tornaria incapaz de se integrar a sociedade, o que poderia ser contornado com a reabilitação e esforço pessoal desta pessoa. Com o advento da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), surge a postura da “Inclusão Social”, que se caracteriza por um movimento bilateral: o esforço da sociedade na eliminação de barreiras, e da pessoa com deficiência na sua reabilitação. A Convenção sedimentou o MODELO SOCIAL DA DEFICIÊNCIA, preconizando que ela não é de cada um, e sim da sociedade (MAIOR, 2015). A inclusão passa a ser considerada uma responsabilidade de todos.

Segundo lição de Débora Diniz:

Se para o modelo médico o problema estava na lesão, para o modelo social, a deficiência era o resultado do ordenamento político e econômico capitalista, que pressupunha um tipo ideal de sujeito produtivo. Houve, portanto, uma inversão na lógica da causalidade da deficiência entre o modelo médico e o social: para o primeiro, a deficiência era resultado da lesão, ao passo que, para o segundo, ela decorria dos arranjos sociais opressivos às pessoas com lesão. (DINIZ, 2017, p. 11)

Também é nesse período que se notam grandes conquistas na longa caminhada da inclusão, como a ação afirmativa implementada pela Lei de Cotas³, que abarca todos os tipos de deficiência, inclusive a mental. Nesse ponto, faz-se necessário um adendo. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e, em seguida, a Lei Brasileira de Inclusão, incluíram no conceito de Pessoa com Deficiência a Pessoa com transtorno mental, também denominada “deficiência psicossocial” ou “deficiência mental”, o que foi um marco importante. O art. 1º da CDPD preceitua que “Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”. Nota-se da análise da redação acima – tradução oficial para língua portuguesa – bem como da redação original em inglês, que houve a inclusão expressa do termo “mental”, de forma destacada do termo “intelectual”, sendo o primeiro tipo de deficiência referente aos impedimentos de natureza mental (saúde mental) e o segundo de natureza intelectual.

Destaca-se que em diversas traduções de tal artigo para a língua portuguesa houve grave falha, uma vez que se excluiu deliberadamente a palavra “mental” do texto

³ Lei Federal nº 8.213/91.

original por entender estar contido na expressão “intelectual”, sendo imprescindível a utilização da tradução oficial da CDPD, sob pena de ver reduzida a sua abrangência. Nesse sentido, destaca-se doutrina de Romeu Kazumi Sassaki:

A inserção do tema “deficiência psicossocial” no texto da CDPD representa uma histórica vitória da luta mundial preconizada por milhões de pessoas com transtorno mental ou com deficiência psicossocial(...). Deste modo, pela primeira vez na história dos direitos humanos, pessoas do campo da saúde mental e pessoas do campo das deficiências compuseram o Comitê Especial *ad hoc* instituído pela ONU e trabalharam juntas durante quase cinco anos (2002-2006) em torno do mesmo objetivo, qual seja, a elaboração do texto da CDPD. (2019, p. 57-58)

Ou seja, após décadas de evolução do campo da deficiência sem abarcar a “deficiência mental” ou “deficiência psicossocial”, que teve sua própria trajetória, esses universos passam a se cruzar e se integrar, o que viabilizou grandes avanços no campo da garantia de direitos. Independentemente das trajetórias distintas, em comum, pode-se afirmar que esses dois segmentos populacionais compartilham o histórico de institucionalização, que pode ser definido como a vivência em locais vigiados e com padrões rígidos e inflexíveis, sem respeito à individualidade e singularidade de cada um. A totalidade da vida das pessoas passa a ser a realidade da instituição, com suspensão do tempo e do espaço, além de completa ausência de liberdade. Ao contrário do cárcere, sequer há perspectiva ou esperança de retorno ao convívio social. No caso das pessoas com transtornos mentais, sabe-se que antes da Reforma Psiquiátrica o resultado da marginalização pela sociedade era o confinamento em hospitais psiquiátricos. À semelhança das pessoas com transtorno mental, as pessoas com deficiência em situação de vulnerabilidade também tiveram uma trajetória de invisibilidade social. Isso porque, em situações de vínculos familiares e afetivos fragilizados, elas eram encaminhadas e acolhidas em “abrigões de pessoas com deficiência”, onde passavam suas vidas inteiras sem qualquer contato com a sociedade. Independentemente da evolução das posturas relativas ao tratamento da pessoa com deficiência para o modelo da inclusão social, pode-se afirmar que, no Brasil, e, mais especificamente, no Estado do Rio de Janeiro, ora objeto de estudo, ainda é comum e naturalizada a manutenção da segregação da pessoa com deficiência e das pessoas com transtorno mental grave, seja pela institucionalização em “abrigões” ou “hospitais psiquiátricos”, que em nada se assemelham ao conceito de casa.

A corroborar com as considerações acima, registra-se a publicação, em maio de 2018, do relatório “Eles ficam até morrer”, elaborado pela Organização *Humans Rights Watch* (2018). O documento denuncia a situação de negligência e isolamento identificada nas instituições para pessoas com deficiência no Brasil, em flagrante descumprimento à Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência,

internalizada com status de norma constitucional e monitorada pela ONU. Note-se que em relação às pessoas com transtorno mental ainda institucionalizadas em Hospitais Psiquiátricos, pode-se afirmar, segundo dados extraídos do CNES em 15.07.2020, que atualmente existem 13 hospitais psiquiátricos ainda ativos no Estado do Rio de Janeiro, sendo eles HP João Vianna, HP Jurujuba, HP Santa Lúcia, HP Santa Mônica, HP Três Rios, HP Cananeia, HP Ego, IPUB, Pinel, Nise da Silveira, Juliano Moreira, CPRJ e Nossa Senhora das Vitórias⁴. Considerando que o Estado do Rio de Janeiro continha um dos maiores parques manicomiais do País, o atual número revela um bem sucedido processo de desinstitucionalização, apesar de serem necessários cuidados constantes para evitar retrocessos nessa política. É necessário compreender o processo da desinstitucionalização para melhor avaliar a dimensão dessas políticas.

3. Desinstitucionalização

A Desinstitucionalização é um processo complexo, gradual e multifacetado, que se inicia pela retirada da pessoa dessas instituições classificadas como “totais”, conceito consagrado pelo cientista social Erving Goffman, seguindo para a reabilitação e reinserção social (GOFFMAN, 2001). Esse caminho implica, forçosamente, o descobrimento e reconstrução de uma pessoa, com sua singularidade, para que possa ser e estar no mundo, independentemente de suas limitações e com os apoios necessários. Laércio Melo Martins, em sua obra *Saúde Mental: Paradigmas e Reformas Legislativas*, assim diz:

A experiência da Psiquiatria Democrática Italiana traz em seu bojo uma ampliação do conceito de desinstitucionalização, até então concebido, dentro de outros movimentos da reforma, simplesmente como desospitalização. Tal concepção de desinstitucionalização implica, necessariamente, em uma mudança de objeto das intervenções em Saúde Mental. O objeto deixa de ser prioritariamente a doença (já colocada em parênteses) e seus signos, e passa a ser a existência-sofrimento do sujeito. (MARTINS, 2019, p. 170)

É importante que seja verificada a situação dos pacientes, culminando com um programa progressivo de altas e a conseqüente reinserção daqueles com vínculo familiar ou, quando não seja possível, a transferência para residências terapêuticas. Em outras palavras: o projeto terapêutico destes pacientes deve caminhar em apenas dois sentidos – a reinserção familiar ou o acolhimento em Residência Terapêutica, mas nunca a manutenção da internação de longa permanência, que infelizmente ainda ocorre, em contradição ao que preconizam as diretrizes da Política Nacional de

⁴ Consulta realizada no CNES em 14 jul. 2020, destacando-se que são contabilizadas apenas as unidades que recebem verbas SUS, não incluindo as clínicas privadas.

Saúde Mental. Nesse contexto, a criação da política pública da Residência Terapêutica, destinada às pessoas com transtorno mental egressas de internações psiquiátricas de longa duração, ou a política pública da Residência Inclusiva, destinada às pessoas com deficiência, se mostram alternativas estratégicas para viabilizar o processo de desinstitucionalização ou reordenamento almejado, quando inviável a reintegração familiar. Tais políticas públicas visam proporcionar moradia adequada, ainda que coletiva, se aproximando do conceito de casa.

E como se definir uma “casa”? A casa pode ser entendida como o espaço físico e psicossocial onde a pessoa vive, com influência determinante no seu desenvolvimento ao tempo em que prestigia e respeita suas singularidades.

O corpo humano, inegavelmente, representa o bem de maior importância para o indivíduo por lhe acompanhar durante toda a sua trajetória. A casa, na concepção de espaço onde vivemos, vem logo em seguida, justamente por se tratar do espaço onde a pessoa desfruta de sua privacidade e onde a parte mais significativa da sua vida pessoal se desenvolve. No caso das pessoas com deficiência em situação de vulnerabilidade social e das pessoas com transtorno mental egressas de instituições psiquiátricas, essa questão passa a ter especial relevância. Isso porque o grande desafio não se restringe a conferir efetividade às políticas públicas de moradia previstas em lei, de forma a viabilizar a desinstitucionalização dessas pessoas, garantindo-lhes o direito à moradia digna. A mera criação de Residências Terapêuticas ou Residências Inclusivas não assegura, como um passe de mágica, a inclusão social. É essencial aproximar essas Residências ao conceito de “casa”, suprimindo delas a característica indesejável de “pequenas instituições totais”.

Deve-se buscar a implementação de tais serviços com estratégias de inclusão social e comunitária, adaptando-se esses espaços para o efetivo desenvolvimento da vida pessoal e íntima. Esse trabalho, que definitivamente não exaure a questão, apresenta alguns eixos norteadores sobre o tema.

4. Marco regulatório da política pública de moradia para pessoas com deficiência e de moradia para pessoas com transtorno mental

4.1. Marco regulatório da política pública de moradia para pessoas com deficiência

O grande marco regulatório na questão do tratamento conferido às pessoas com deficiência foi a Convenção sobre o Direito das Pessoas com Deficiência (CDPD), consolidada na Resolução da ONU 61/106 de 13 de dezembro de 2006, que consiste no primeiro tratado internacional de direitos humanos do século XXI específico para o tema.

Trata-se da convenção reconhecida mundialmente como a que reflete o maior grau de legitimidade, pois foi redigida por pessoas com deficiência. Não é por outra razão que o lema do movimento, conhecido mundialmente, é “*Nothing about us without us*”⁵.

No Brasil, o Tratado foi ratificado em 2009, por meio do Decreto nº6.949/2009, caracterizando-se como a primeira convenção internacional e única com equivalência de emenda à constituição, por força do artigo 5º, § 3º, do texto constitucional de 1988. Vale dizer, todos direitos constantes na referida Convenção – inclusive o direito à moradia digna – tem o status de norma constitucional.

E foi justamente a referida Convenção, em seu artigo 1º, que consagrou o modelo social ou de direitos humanos da pessoa com deficiência, superando o modelo médico. Hoje, o conceito de pessoa com deficiência está relacionado aos impedimentos vivenciados em razão de barreiras que obstruem a interação daquela pessoa com a sociedade e com as demais pessoas.

Já o direito de viver em comunidade com a mesma liberdade de escolha das demais pessoas e plena inclusão e participação foi expressamente previsto no artigo 19 da referida Convenção.

No âmbito infraconstitucional, o *turning point* do tratamento conferido à pessoa com deficiência é considerada a Lei nº 13.146/2015, apelidada como “Lei Brasileira de Inclusão”, que apesar de ter surgido de forma silenciosa, acabou por chamar a atenção do mundo jurídico ao revogar inúmeros artigos relevantes do Código Civil e do Código de Processo Civil brasileiros.

Foi a Lei Brasileira de Inclusão que, no âmbito interno nacional, trouxe cores para a outrora invisibilidade da pessoa com deficiência, passando a tratá-la efetivamente como sujeito de direitos e prevendo uma série de políticas públicas com tal finalidade.

O artigo 31 da referida Lei prevê expressamente que a pessoa com deficiência tem direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta, com seu cônjuge ou companheiro ou desacompanhada ou em moradia para a vida independente da pessoa com deficiência ou, ainda, em residência inclusiva. O parágrafo 1º do referido artigo dispõe que caberá ao Poder Público adotar programas e ações estratégicas para apoiar a criação e manutenção de moradia para vida independente da pessoa com deficiência, enquanto o parágrafo 2º prevê que a proteção integral na modalidade de residência inclusiva será prestada no âmbito do SUAS.

Por sua vez, os incisos X e XI do artigo 3º da Lei Brasileira de Inclusão conceituam os serviços de residência inclusiva e de moradia para a vida independente, sendo o primeiro regulamentado em Resolução do SUAS (CNAS 109/2009) e o segundo ainda pendente de regulamentação.

É reconhecido que houve nas últimas décadas, no Brasil, a reestruturação dos serviços de acolhimento, abandonando-se o modelo de grandes instituições de longa permanência, popularmente chamados de orfanatos, internatos, educandários,

⁵ “Nada sobre nós, sem nós”.

asilos, hospitais psiquiátricos, para serviços que acolham um menor número de residentes. Com relação à pessoa com deficiência, tal mudança de paradigma se deu tardiamente, apenas após a Lei Brasileira de Inclusão, quando restou definitivamente desenhado o arcabouço normativo para a política de desinstitucionalização das pessoas com deficiência.

4.2. Marco regulatório da política pública de moradia para pessoas com transtorno mental

Em que pese a Convenção sobre o Direito das Pessoas com Deficiência (CDPD) ter importante influência para a luta do movimento antimanicomial no Brasil, verifica-se que a percepção sobre essa importância ainda é tímida, não tendo sido plenamente absorvida. Muitas representações do segmento, ainda hoje, apresentam resistência no enquadramento das pessoas com transtorno mental no conceito de “pessoa com deficiência”, o que aos poucos vem sendo superado, especialmente em razão da enorme gama de direitos e garantias que tal pertencimento se mostra apto a proporcionar.

No campo da Saúde Mental do Brasil, o verdadeiro marco regulatório foi a Lei nº 10.216/01, que propiciou o movimento da Reforma Psiquiátrica, mundialmente reconhecido.

A Reforma Psiquiátrica modificou radicalmente o modo de tratar pessoas com transtorno mental grave e persistente em todos os territórios, passando a ser repudiada a lógica hospitalocêntrica e iniciando um processo importante de mudança cultural sobre o tema. O objetivo da Lei nº 10.216/01 foi o de humanizar o tratamento aos acometidos de distúrbios mentais, além de evitar que instituições de longa permanência continuassem a funcionar como verdadeiros “depósitos de loucos”, que só serviam para segregar seus internos e negar qualquer possibilidade de tratamento.

Nesse contexto, é importante ressaltar que a internação, em qualquer de suas modalidades previstas no art. 6º da Lei (voluntária, involuntária e compulsória), apenas deverá ser indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes, devendo o tratamento sempre visar à reinserção social do paciente, conforme disposto no artigo 4º deste mesmo diploma legal.

O processo de desinstitucionalização tem sua previsão legal no artigo 5º da referida Lei, ao estabelecer que:

O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob a responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

O referido processo foi construído pelos profissionais de Saúde Mental de forma minuciosa e intersetorial, com a intervenção de diversos órgãos do Sistema de Saúde, Assistência Social e de Justiça, a fim de viabilizar a reinserção social dos pacientes psiquiátricos internados.

O suporte para esse processo é encontrado na Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, instituída pela Portaria MS/GM 3088 de 2011. A referida rede é constituída por serviços de urgência, unidades de internação, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência, Serviços Residenciais Terapêuticos e dispositivos da Atenção Básica. Ou seja, o serviço residencial terapêutico é apenas um ponto da rede, que funciona de forma articulada e transversal com demais serviços, o que facilita muito o processo de reinserção.

Dessa forma, a Política Pública dos Serviços Residenciais Terapêuticos (“SRT”), cujo objetivo é ofertar moradia assistida com cuidados em Saúde Mental para pacientes egressos de internações psiquiátricas de longa duração, tem fundamento na Lei Federal nº 10.216/2001, Lei nº 10.708/2003, Portarias GM nº 52/2004 (vigente/parcialmente alterada pela Portaria nº 2.644/2009, esta última revogada pela Portaria de Consolidação nº 06/2017), Portarias de Consolidação nº 3/2017 e pelas Portarias nº 1.220/2000 e 3.588/2017, todas do Ministério da Saúde.

A definição, segundo o parágrafo único do art. 77 da Portaria de Consolidação nº 03/2017 do Ministério da Saúde, com a redação dada pela Portaria nº 3.588/2017, é a seguinte:

Art. 77. Ficam criados os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 1º)

Parágrafo Único. Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) moradias inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência, prioritariamente egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia, que não possuam suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção.

Art. 79. Os SRT deverão acolher pessoas com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º-A)

Parágrafo Único. Para fins deste Título, será considerada internação de longa permanência a internação de 2 (dois) anos ou mais ininterruptos. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º-A, Parágrafo Único)

Em 2015 essa base legal recebeu um enorme reforço, com o advento da Lei Brasileira de Inclusão. A combinação do artigo 2º com o artigo 31º do aludido diploma também serve de fundamento para a Política de Moradia para pessoas com deficiência mental, sendo, inclusive, mais abrangente que a Política do Serviço Residencial Terapêutico, já que não há nesses artigos vinculação aos pacientes egressos de Hospitais Psiquiátricos ou Hospitais de Custódia, bem como não há menção à internação de longa duração.

Vale destacar que em razão da internalização da Convenção dos Direitos da Pessoa Com Deficiência, pode-se afirmar que o direito à moradia digna previsto no artigo 19º do aludido diploma passou a ter status de norma constitucional, com maior densidade normativa e quórum diferenciado para qualquer alteração, o que gera uma segurança jurídica para tais direitos duramente conquistados.

5. Objetivos e estratégias da política de moradia para pessoas com deficiência e pessoas com transtorno mental

O objetivo primordial dessas políticas públicas de moradia, seja para pessoas com deficiência em situação de vulnerabilidade social, seja para pessoas com transtorno mental egressas de internação psiquiátrica de longa duração⁷ é comum: romper com a prática do isolamento existente em decorrência das “instituições totais”, ainda existente no Brasil.

A ideia é viabilizar a desinstitucionalização dessas pessoas, propiciando moradia, com características de casa, para que se possa permitir a construção progressiva da autonomia e do protagonismo no desenvolvimento das atividades da vida diária, a participação social e comunitária e o fortalecimento dos vínculos familiares com vistas à reintegração e/ou convivência.

Esse processo de superação gradativa da lógica asilar de acolhimento, que substitui os abrigos totalizantes por unidades de atendimento inseridas na comunidade

⁶ “Os Estados Partes desta Convenção reconhecem o igual direito de todas as pessoas com deficiência de viver na comunidade, com a mesma liberdade de escolha que as demais pessoas, e tomarão medidas efetivas e apropriadas para facilitar às pessoas com deficiência o pleno gozo desse direito e sua plena inclusão e participação na comunidade, inclusive assegurando que:

As pessoas com deficiência possam escolher seu local de residência e onde e com quem morar, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, e que não sejam obrigadas a viver em determinado tipo de moradia;

As pessoas com deficiência tenham acesso a uma variedade de serviços de apoio em domicílio ou em instituições residenciais ou a outros serviços comunitários de apoio, inclusive os serviços de atendentes pessoais que forem necessários como apoio para que vivam e sejam incluídas na comunidade e para evitar que fiquem isoladas ou segregadas da comunidade;

Os serviços e instalações da comunidade para a população em geral estejam disponíveis às pessoas com deficiência, em igualdade de oportunidades, e atendam às suas necessidades.”

⁷ Considera-se paciente longamente internado para fins de processo de desinstitucionalização aquele que tem um ano ou mais de internação psiquiátrica ininterrupta. Contudo, para inserção no programa de Serviços Residencial Terapêutico (SRT) e no Programa de Volta Para Casa (PVC), o critério temporal é de dois anos ou mais de internação psiquiátrica ininterrupta.

e articuladas com demais serviços, é chamado de processo de reordenamento, no âmbito da Política de Assistência Social.

No âmbito da Política de Saúde Mental esse processo é denominado de desinstitucionalização, cujo primeiro ato é o da desospitalização.

Independente da nomenclatura, que se altera conforme a Política, trata-se de ferramenta essencial para dar efetividade ao direito fundamental à moradia e a uma série de outros direitos fundamentais que infelizmente não são respeitados nas ditas instituições totais, que, em última análise, acabam responsáveis pela invisibilidade desse grupo de pessoas.

As instituições totais, ainda existentes na realidade brasileira, se equiparam aos presídios ou até pior. A partir da experiência nas fiscalizações recomendadas pelo Conselho Nacional do Ministério Público (BRASIL, 2018), foi possível verificar que na grande maioria das instituições não há individualização de vestimentas e itens de higiene; os espaços não respeitam a privacidade de cada um, não havendo cortinas ou portas nos banheiros; as rotinas são preestabelecidas e não se adequam às necessidades e potencialidades de cada um; não há trabalho de fortalecimento de vínculos; não há articulação com a rede, sendo todas as atividades e cuidados realizados no interior da instituição; não há convívio comunitário ou atividades de lazer; não há livre visitação e, em alguns casos, foi possível verificar, ainda, práticas de contenção física, ambiental e medicamentosa.

No relatório “Eles ficam até morrer”, produzido pela organização *Humans Rights Watch*, há descrição de instituições de acolhimento de pessoas com deficiência onde foram encontradas crianças e adultos com deficiência atrás de grades e pessoas sem mobilidade jogadas ao chão.

Já em recente relatório publicado pelo CNMP sobre inspeções realizadas em 40 Hospitais Psiquiátricos pelo Brasil (BRASIL, 2019), identificou-se inúmeras situações de violência e violação de direitos.

Outra situação preocupante é a retenção dos Benefícios de Prestação Continuada (BPC) dos acolhidos curatelados para custeio das despesas da instituição, mesmo sendo elas públicas ou filantrópicas. Ou seja, são incontáveis as violações que acontecem no interior dessas instituições totais, agravadas pelo fato desse público ter difícil acesso aos canais de denúncia externa.

Antes de analisarmos de forma pormenorizada nas estratégias da Residência Inclusiva e Residência Terapêutica, criadas para alcançar os objetivos do reordenamento e desinstitucionalização das pessoas com deficiência, nelas incluídas as pessoas com transtorno mental com histórico de institucionalização de longa duração, vale mencionar a existência de outra política de moradia para pessoas com deficiência, ainda não regulamentada no Brasil, denominada “moradia para a vida independente”.

Esta política, que não é objeto do presente estudo, se caracteriza pela existência de moradia com estruturas adequadas capazes de proporcionar serviços de apoio

coletivos e individualizados que respeitem e ampliem o grau de autonomia de jovens e adultos com deficiência.

A característica mais marcante da moradia para vida independente é a sua maior proximidade com o conceito de casa e o reforço à autonomia e independência dos usuários, o que garante a privacidade e liberdade quase total de escolhas, com apoio reduzido ao mínimo possível (POPPE, 2019).

Apesar dessa política pública, existente em diversos países, não ter sido regulamentada no Brasil, ela se mostra interessante pois abrange um perfil de pessoas com deficiência, inclusive transtorno mental, não abarcadas pelas Políticas de Residência Inclusiva e de Residência Terapêutica.

No âmbito da Saúde Mental, podemos afirmar que existem projetos de moradia para vida independente, ainda incipientes. Nesse sentido, interessante mencionar o “Projeto João de Barro”, implementado pela Rede de Saúde Mental da Prefeitura de São João de Meriti. O Projeto aposta na necessidade de transição, em determinados casos, da vida em serviços de residências terapêuticas para a vida em casas, alugadas com os benefícios dos próprios, contando com apoio e acompanhamento de profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Ao visitarmos as residências das pessoas já inseridas no Projeto, ainda em fase inicial, verificamos que com apoio da equipe na busca do imóvel, aquisição dos bens e pagamento das contas, as pessoas conseguem viver em moradias inseridas na Comunidade, como qualquer outro cidadão. No caso concreto, o fato do custo do aluguel no Município de São João de Meriti ser mais acessível acabou por viabilizar que seja custeado com o valor do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e ainda sobrar o suficiente para as demais despesas básicas.

Independentemente da solução a ser adotada, o que está diretamente vinculado ao mapeamento da demanda do Município, ao perfil e grau de dependência das pessoas com deficiência em vulnerabilidade social, à disponibilidade de recursos pessoais, envolvimento da Rede de Saúde Mental e de Assistência, certo é que há necessidade de combater o modelo de institucionalização, segregação e discriminação, uma vez que o mesmo não encontra amparo legal e acarreta constantes violações de direitos.

6. Residência Inclusiva (RI)

A política pública das Residências Inclusivas tem como fundamento a Lei Brasileira de Inclusão, em seus artigos 3º, X e 31, e a Resolução CNAS 109/2009. A referida política é exigível apenas mediante comprovação da demanda.

Trata-se de unidade de oferta do Serviço de Acolhimento do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), no âmbito da proteção social especial de alta complexidade, destinada a jovens e adultos⁸ com deficiência em situação de dependência, que não

⁸ Crianças, adolescentes e idosos, com ou sem deficiência, devem ser atendidos em unidades de acolhimento próprias para estes públicos.

dispõem de condições de autossustentabilidade e com vínculos familiares fragilizados ou rompidos, prioritariamente beneficiários do Benefício de Prestação Continuada – BPC e/ou aqueles que estejam institucionalizados em serviços de acolhimento em desacordo com os padrões tipificados e que necessitem ser reordenados (BRASIL, 2013).

A ideia é que uma mesma residência seja ocupada por pessoas com diferentes graus de dependência e tipos de deficiência, evitando especializações. Além disso, a residência inclusiva deve ser uma casa, em padrão semelhante ao de uma residência familiar, localizada em áreas residenciais da comunidade, possibilitando a construção de estratégias de articulação com a vizinhança e com os bens e serviços disponíveis na localidade.

As Residências Inclusivas devem funcionar 24 horas e se organizar em grupos de até 10 (dez) pessoas, cuja acolhida e convivência promovam o desenvolvimento de capacidades adaptativas à vida diária, autonomia e participação social, com apoio multidisciplinar para o atendimento das necessidades de cada um (id., 2014).

Em relação à composição da equipe multidisciplinar necessária nas Residências Inclusivas, há uma pequena contradição entre o disposto na Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, Norma Operacional Básica de Recursos Humanos- NOB-RH, Resolução CNAS Nº 17 e o disposto no Caderno de Orientações Técnicas sobre Residências Inclusivas, editado pelo Ministério do Desenvolvimento Social em 2014. Este último, aparentemente, flexibilizou o quantitativo de coordenadores, psicólogos e assistentes sociais por residentes, tendo, por outro lado, previsto a necessidade de terapeuta ocupacional, motorista e o trabalhador doméstico.

A contradição se deve especialmente ao fato da norma técnica limitar o atendimento dos coordenadores do serviço, psicólogos e assistentes sociais ao quantitativo de até vinte usuários, enquanto o Caderno de Orientações indica a possibilidade de atenderem até três residências, o que pode chegar ao total de trinta residentes.

Além de tais profissionais, consta do caderno de orientações a existência de um terapeuta ocupacional e um motorista para até três residências inclusivas; um trabalhador doméstico para cada residência inclusiva; um cuidador e um auxiliar por turno para até oito usuários, quando houver um usuário com demandas específicas, ou para até seis usuários, quando houver dois ou mais usuários com demandas específicas. O cuidador e o auxiliar de cuidador também constam da NOB-RH, não havendo divergência nesse aspecto.

Entendemos que, diante da contradição quanto ao quantitativo de residentes a serem atendidos pelo coordenador, psicólogo e assistente social, deva prevalecer o disposto na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos- NOB-RH/SUAS, que além de se tratar de norma técnica, com maior força normativa do que o Caderno de Orientações, contém previsão mais protetiva e benéfica aos interesses dos residentes.

Outro ponto relevante é o de que o serviço deve atuar em articulação com os demais serviços no território para garantir a inclusão social dos residentes, sob pena de se tornar uma miniatura de instituição total.

Nesse sentido, no que se refere aos cuidados de saúde, cumpre destacar que o acesso dos residentes a serviços e atenções próprias da política de saúde deve ocorrer pela rede local do SUS, não sendo nem obrigatório nem desejável que haja médico, fisioterapeuta ou profissionais de enfermagem na equipe da residência, como qualquer outro cidadão⁹.

Para resguardar a articulação entre a residência inclusiva e o SUS, foi publicada a Portaria interministerial MS/MDS nº 03/2012 que determina que a Residência Inclusiva contará com o apoio matricial das equipes de saúde da Atenção Básica, Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, Atenção Domiciliar e Centros Especializados em Reabilitação, bem como os demais pontos das redes de atenção à saúde presentes na Região de Saúde.

O fornecimento de insumos de saúde, tais como medicamentos e fraldas, também são de responsabilidade dos gestores estaduais e/ou municipais de saúde. Estes itens não devem ser custeados com recursos da Política de Assistência Social conforme prevê a Resolução CNAS 39/2010. Assim, torna-se imperiosa, para o sucesso de tal política, articulação prévia e permanente entre a Assistência e a Saúde (BRASIL, 2012a).

Com relação à gestão, as residências inclusivas podem ser gerenciadas diretamente pelo Poder Público Municipal (execução direta) ou em parceria com entidades privadas de assistência social (execução indireta). No que tange a sua manutenção, podem ser custeadas com recursos do próprio Município ou cofinanciadas pelo Estado ou pela União. Em qualquer hipótese o acolhimento deve ser gratuito, por se tratar de modalidade prevista na Política de Assistência Social.

Nesse ponto cabe ressaltar que se o Município oferecer esse serviço de forma desvinculada da Assistência Social como, por exemplo, no caso de Programa ligado diretamente à Casa Civil, Secretaria da Pessoa com Deficiência ou de Direitos Humanos, a mesma não será caracterizada como “Residência Inclusiva” nem estará vinculada às diretrizes previstas na Resolução CNAS 109/09, mesmo que se trate de serviço semelhante. Esse é o caso, a título de exemplificação, das cinco casas lares existentes no Município do Rio de Janeiro.

Note-se que as Residências Inclusivas em muito se assemelham ao modelo bem-sucedido das Residências Terapêuticas (SRT) (id., 2016g), que teve um grande crescimento nos últimos anos. No entanto, a escassez de financiamento para tal política, que é extremamente custosa para os Municípios, e inexistência de outra forma de incentivo, como, por exemplo, o “Programa de volta para casa”, no caso da Saúde Mental (BRASIL, 2016f), trouxeram como consequência a pouca adesão na sua implantação.

⁹ Caso haja necessidade específica do conjunto dos residentes, não há impeditivo à contratação de profissionais de saúde para a RI. Mas eles serão profissionais complementares e não obrigatórios.

7. Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

A Política Pública do Serviço Residencial Terapêutico nasce do modelo trazido pela Lei Antimanicomial (Lei Federal nº 10.216/01), segundo o qual se busca deslocar a assistência à saúde aos portadores de transtornos mentais dos hospitais psiquiátricos especializados para a rede pública extra-hospitalar e para a família, sempre buscando a reinserção social do paciente em seu meio.

A referida política deve ser analisada de forma ampla, abrangendo toda a Rede de Saúde Mental, pois os pontos de atenção da Rede dialogam continuamente e são essenciais para atingir a finalidade da vida fora do hospital psiquiátrico.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos são dispositivos previstos dentro da Política Nacional de Saúde Mental para a desinstitucionalização de pacientes internados por longos períodos em Hospitais Psiquiátricos ou Hospitais de Custódia. Tais dispositivos são de responsabilidade da Coordenação de Saúde Mental do Município e forçosamente devem estar vinculados a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que é o responsável pelo acompanhamento clínico e projeto terapêutico singular de cada um dos moradores.

Os SRT, apesar de ter na sua nomenclatura a palavra “serviço”, podem melhor ser definidos como locais de moradia, já que o tratamento será realizado pelo CAPS de referência. As residências terapêuticas são casas ou apartamentos, inseridos na comunidade, que não devem se diferenciar das moradias do restante da população. A implantação de uma residência terapêutica exige pacto entre gestor, comunidade, usuários, profissionais de saúde, vizinhança, rede social de apoio e cuidadoso trabalho clínico com os futuros moradores. A eventual resistência da vizinhança, em razão do estigma ainda existente, deverá ser objeto de trabalho por parte da Rede de Saúde Mental.

O objetivo das Residências Terapêuticas, idêntico ao das Residências Inclusivas, é o de viabilizar a reinserção social, com oportunidades de participação comunitária, saúde, lazer e trabalho, além de amplo investimento na reabilitação psicossocial e resgate da cidadania.

E quanto menos assistencialista for a casa, maior será a oportunidade de resgate gradual da autonomia (DELGADO, 2006, p. 19-33). Sendo assim, o cotidiano da casa deve levar em consideração as demandas de cuidado de cada morador, respeitando-se as preferências e singularidades de cada sujeito.

Assim como a RI, a RT também é exigível apenas mediante comprovação da demanda. Ou seja, os SRT devem ser implantados de acordo com o quantitativo de pacientes em processo de desinstitucionalização com indicação para esse tipo de equipamento no Município, o que se apura através da aplicação de CENSO Psicossocial.

Outro ponto em comum entre a RI e a RT é que não se deve buscar a homogeneidade do perfil dos moradores, devendo ser estimulada a diversidade como estratégia para a qualificação da assistência, possibilitando uma convivência mais rica nas trocas sociais.

Existem duas espécies de SRT, conforme inicialmente disposto na Portaria GM 3090/2011, caracterizadas em tipo I e II, de acordo com o grau de complexidade de cuidado com aquele Grupo de Moradores. Após o advento da Portaria nº 3588/2017, tanto o SRT tipo I quanto o tipo II passaram a ter como capacidade máxima 10 pessoas. Os recursos humanos variam de acordo com o tipo do equipamento, sendo sempre composto por, no mínimo, um cuidador para cada dois moradores. No caso da SRT tipo II, é prevista a necessidade de técnico de enfermagem.

Segundo a redação dada pela Portaria GM/MS nº 3588 de 21/12/2017, “para cada grupo de 10 moradores orienta-se que o SRT seja composto por 5 cuidadores em regime de escala e 1 técnico de enfermagem diário”.

O verdadeiro diferencial dessa política de moradia, entretanto, foi a forma de financiamento e custeio. De acordo com a política de redução progressiva de leitos psiquiátricos no país, a cada transferência de paciente de hospital psiquiátrico deve haver a redução do mesmo número de leitos no hospital de origem. Com isso, os recursos financeiros das AIHs (autorizações de internação hospitalar) que financiavam os leitos desativados do SUS, devem ser realocados para os tetos financeiros do município responsável pela assistência ao paciente, de maneira a possibilitar a expansão da Rede de Saúde Mental. Esse mecanismo viabiliza o incremento da rede de assistência em saúde mental dos municípios.

Além da questão da reversão das AIHs, existem outras previsões de financiamento e custeio igualmente ou ainda mais relevantes. A Portaria de Consolidação nº 3/2017¹⁰ prevê o repasse de incentivo financeiro¹¹ pelo Ministério da Saúde para implementação do Serviço Residencial Terapêutico – Tipo I ou Tipo II, condicionado ao cumprimento pelo Município de determinadas exigências do Ministério da Saúde e envio da documentação pertinente, entre a qual se insere termo de compromisso do gestor local assegurando o início do funcionamento do SRT em até três meses a partir da data do recebimento do recurso.

Nesse sentido, há previsão de financiamento para implantação de RT no valor de R\$ 20.000,00. Foi contemplada¹², ainda, a previsão de repasse de recurso financeiro para o custeio mensal do SRT Tipo I (moradores com maior autonomia e sem tanto comprometimento físico) de valores entre R\$ 5.000,00 e R\$ 10.000,00 (dez mil reais), para cada grupo de moradores. Para o SRT do Tipo II (moradores com alto grau de dependência, principalmente em função do comprometimento físico), o repasse mensal pode chegar a R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), para cada grupo de até 10 moradores.

Tais valores destinados à manutenção das Residências Terapêuticas são repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, dentro do bloco de financiamento denominado teto financeiro da média e

¹⁰ Anexos 5 a 7 do Anexo V.

¹¹ O incentivo financeiro é de R\$10.000,00 (dez mil reais) para SRT – Tipo I e R\$20.000,00 (vinte mil reais) para SRT – Tipo II.

¹² Anexos 8 e 9 do Anexo V.

alta complexidade (conforme Portarias/GM nº 1.220/00 e 2.867/08, do Ministério da Saúde), sendo até a presente data viabilizadores de tal política.

Não bastassem os recursos federais já mencionados, em boa hora, o Estado do Rio de Janeiro também criou o COFI-RAPS, através da Resolução SES 1.911, DE 23/09/2019. O artigo 5º, da referida Resolução dispõe:

Os recursos financeiros do COFI-RAPS são destinados ao fomento e inovação dos seguintes pontos de atenção da RAPS: I - Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I); II - Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II); III - Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III); IV - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS i); V - Centro de Atenção Psicossocial II Álcool e Drogas (CAPS AD); VI - Centro de Atenção Psicossocial III Álcool e Drogas (CAPS AD III); VII - Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde, decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas (SHR); VIII - Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); IX - Unidades de Acolhimento (UAA); e X - Unidades de Acolhimento Infantil (UAI).

Os anexos da Resolução do COFI-RAPS dispõem sobre os valores por Residência Terapêutica, sendo certo que o valor total do COFI-RAPS, englobando todos os pontos da Rede e não apenas o SRT, é significativo: foi previsto no anexo VIII da Resolução o valor total de R\$ 29.794.245,45 (vinte e nove milhões, setecentos e noventa e quatro mil, duzentos e quarenta e cinco reais e quarenta e cinco centavos), suficiente para alavancar ainda mais essa política tão importante.

Além da destinação de tais verbas federais e estaduais, há ainda que se falar do Programa De Volta Para Casa, instituído pela Lei Federal nº 10.708/03, com a finalidade de proporcionar auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais, egressos de internações. O benefício prevê renda mínima a pessoas com transtornos mentais, podendo cobrir eventuais despesas pessoais destes. A inclusão de beneficiários deve ser providenciada pelos municípios, desde que estes estejam previamente habilitados no Programa.

Destaca-se, nos termos do art. 11, §3º¹³ do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 03/2017, que o referido programa é tido como mais uma estratégia de desinstitucionalização, justamente por configurar política pública de inclusão social.

No Município do Rio de Janeiro foi prevista, ainda, a Bolsa Rio, através da Lei Municipal nº 3400/2002, criada para viabilizar assistência, acompanhamento e

¹³ § 3º O Programa de Volta para Casa, enquanto estratégia de desinstitucionalização, é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que prevê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 11, § 3º).

integração, fora da unidade hospitalar, de paciente portador de transtorno mental com história de longa permanência institucional, considerado pela lei como três anos ou mais. Segundo o artigo 4º do aludido diploma legal, a bolsa incentivo teria valor inicial de dois salários mínimos para pacientes que retornassem ao convívio com seus familiares ou família acolhedora e de um salário mínimo para pacientes que ingressassem em serviços Residenciais Terapêuticos.

Além dos recursos já mencionados acima, os quais foram e são absolutamente essenciais para o sucesso da Política Pública dos Serviços Residenciais Terapêuticos, também é importante mencionar que os pacientes psiquiátricos de longa duração, por se enquadrarem no conceito de pessoa com deficiência, também fazem jus ao Benefício de Prestação Continuada (“BPC”)¹⁴, prestado pelo INSS.

Conclui-se, portanto, que os SRTs são praticamente autossustentáveis. Cabe aos Municípios providenciar os imóveis, gerir os recursos recebidos e disponibilizar os recursos humanos.

Por fim, impossível discorrer sobre a trajetória da Política Pública dos Serviços Terapêuticos no Estado do Rio de Janeiro sem citar a exitosa experiência vivenciada pelo município de Carmo, localizado na Região Serrana.

Localizado no Município de Carmo, o Hospital Estadual Teixeira Brandão (HETB), existente há mais de 70 anos, chegou a abrigar 280 pacientes psiquiátricos, todos do sexo masculino, com histórias de longo tempo de internação (80% com mais de 25 anos de internação)¹⁵.

Em 23 de dezembro de 2002, o Ministério Público, através da 1ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva do Núcleo de Teresópolis, firmou um Termo de Ajustamento de Conduta 1/12/02 (“TAC”) com o Estado e o Município de Carmo, nos autos do Inquérito Civil 040/2006. O referido instrumento visava viabilizar a desinstitucionalização dos pacientes internados no HETB, a ampliação da rede extra-hospitalar e moradia para os usuários.

Em 13 de junho de 2003 o Hospital Psiquiátrico foi descredenciado da Rede SUS através da reprovação do HETB pelo PNASH, dando início ao processo de desinstitucionalização dos 176 pacientes internados. Logo após, em 2004, foram implantadas as primeiras sete Residências Terapêuticas na cidade, com a vinda de trinta e seis ex-internos.

Esse processo foi gradativamente evoluindo, culminando com a desinstitucionalização total dos pacientes ali internados e implantação de 17 Residências Terapêuticas, que em 23.07.2020 contava com 113 moradores¹⁶.

¹⁴ O BPC, previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), é a garantia constitucional de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que, comprovadamente, não possuem meios de prover à própria manutenção ou tê-la provida por sua família, nos termos e limites da Lei.

¹⁵ Apresentação “Do Hospício às Residências: O processo de desinstitucionalização da clientela do Hospital Estadual Teixeira Brandão no contexto da Reforma Psiquiátrica”, realizada no MPRJ pelo Coordenador de Saúde Mental do Município de Carmo, Rodrigo Japur, em 2018.

¹⁶ Informação prestada pelo Coordenador de Saúde Mental de Carmo, Rodrigo Japur.

Importante consignar que a resistência inicial da comunidade em receber tais pacientes foi sendo trabalhada de forma sensível e continuada pela Coordenação de Saúde Mental, tendo havido ações de natureza educativa, assistencial e comunitária que viabilizaram o ressignificado daquela realidade, sendo hoje um verdadeiro exemplo de inclusão.

8. Mapeamento da implantação da Política de residência inclusiva no Estado do Rio de Janeiro¹⁷

A Política Pública de Residência Inclusiva, vinculada ao SUAS, foi prevista no eixo “Inclusão Social”, no Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - “Plano Viver Sem Limite”, lançado pelo Governo Federal através do Decreto nº 7612, de 17 de novembro de 2011.

A cartilha “Viver sem Limite” (BRASIL, 2020), referente ao Plano, previu a implantação de duzentas Residências Inclusivas até o ano de 2014.

Neste cenário, nos anos de 2012 e 2013, o Ministério do Desenvolvimento Social Governo Federal (MDS) realizou a primeira e única partilha de recursos federais para financiar residências inclusivas. Os critérios de elegibilidade dos Municípios foram definidos pela Comissão Intergestores Tripartite- CIT e publicados na Resolução CIT nº 07/2012, sendo posteriormente validados pelo Conselho Nacional de Assistência Social, por meio da Resolução CNAS 06/2013.

Os Municípios elegíveis para o cofinanciamento federal, divulgados em listagem do Ministério do Desenvolvimento Social, foram aqueles que: (i) possuíam mais de 50 mil habitantes; (ii) tinham informado no CENSO SUAS que já ofertavam serviço de acolhimento para pessoas com deficiência; (iii) tinham CRAS e CREAS ativos; (iv) dispunham de pelo menos um dos seguintes serviços de saúde em funcionamento: Estratégia Saúde da Família (ESF); Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou Atendimento Domiciliar/Programa Melhor em Casa.

Surge, aqui, a primeira crítica à forma de implementação dessa política. Ao estabelecer os critérios para elegibilidade dos Municípios, o Gestor ignorou Municípios de pequeno porte. Esse descuido se torna mais grave diante do fato histórico de que muitos dos “abrigões de pessoas com deficiência”, os quais mantêm modelo e estrutura contrárias a nova política vigente de inclusão, se localizam justamente em tais Municípios, distantes dos grandes centros urbanos.

Além do requisito da elegibilidade pelo Governo Federal, a viabilização do cofinanciamento federal depende, ainda, do aceite do respectivo Governo Estadual que, nesses casos, deverá necessariamente arcar também com um repasse de, no mínimo, 50% do valor repassado pelo Governo Federal (id., 2013).

¹⁷ Agradecimento especial à assistente social Renata Rios, técnica do GATE/RJ, que em muito contribuiu no levantamento de dados.

A segunda crítica reside, justamente, nessa exigência dos Estados participarem desse financiamento, sem possibilidade de financiamento direto. Nota-se que há diversos Municípios localizados em Estados que não estavam devidamente implicados com a Política, ou sem condições financeiras para assumir esse compromisso, o que inviabilizou o processo de obtenção de recursos.

A terceira crítica se refere ao valor diminuto do financiamento, estipulado em R\$ 10.000,00 reais pelo Governo Federal, e R\$ 5.000,00 reais, no mínimo, pelo Governo Estadual¹⁸, alcançando a quantia de R\$15.000,00 (quinze mil) reais por unidade.

Em levantamento realizado pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, foi possível constatar que, ao menos no Estado do Rio de Janeiro, o custo médio das residências inclusivas, com dez moradores, equivale a mais do que o dobro dessa quantia, o que significa dizer que os Municípios sozinhos acabam com a obrigação de arcar com valor bem superior ao que o Governo Federal e o Estadual repassam.

Ao que parece, os estudos que embasaram o cofinanciamento federal não se aprofundaram nas características socioeconômicas de cada Estado e, conseqüentemente, dos Municípios. Tampouco parece ter sido considerada a diferenciação para o caso de execução direta ou indireta do serviço por parte do Município, o que tem impacto relevante no valor.

É surpreendente que não haja referência nacional quanto ao custo mensal de manutenção de uma residência inclusiva, nem estudos oficiais publicados sobre o assunto. Esse *modus operandi* de elaborar políticas públicas no Brasil, sem que haja estudos sérios e responsáveis sobre os custos, não pode mais ser aceito.

Ainda sobre a questão dos custos para manutenção das residências inclusivas em cada Município e Estado, identificamos uma publicação do Governo do Estado de São Paulo, em Diário Oficial, Resolução (Res. SEDS 26/17) (SÃO PAULO, 2017), onde afirma que o valor de custeio da Residência Inclusiva não deve ser inferior a R\$ 30.000,00 reais.

Por sua vez, um levantamento dos custos formulado pela Prefeitura de São Paulo estimou, em 2014, o custo de manutenção de 01 residência inclusiva em R\$ 89.000,00 reais mensais. Este valor envolvia pessoal, encargos, despesas de alimentação e compõe o anexo do Edital de contratação de entidade para gerir a Residência Inclusiva, publicado pela PMSP de nº 057/SMADS/2015. Em notas para a imprensa no ano de 2015, a Prefeitura de Bauru informou que a manutenção de uma Residência Inclusiva custava, em média, R\$ 30.200,00 reais mensais. Aqui, já se verifica, a abissal discrepância sobre o tema em Municípios do mesmo Estado.

¹⁸ É possível verificar se o município recebe recursos federais para manutenção de residência inclusiva por meio do relatório financeiro de parcelas pagas, de acesso público, na página eletrônica da rede SUAS. O relatório pode ser acessado no seguinte link https://aplicacoes.mds.gov.br/suaswebcons/restrito/execute.js?f?b=*dpotvmubsQbsdfmbtQbhbtNC&event=*fyjcjs. Para consulta: Preencher UF e município e, no campo "piso", escolher a opção PAC II – residência inclusiva.

No Estado do Rio de Janeiro, onde estão localizadas quatro residências inclusivas que recebem recursos federais, o levantamento realizado pelo Ministério Público Estadual junto às Prefeituras indicou que o custo varia de R\$ 274.680,00 reais anuais (Volta Redonda) à R\$ 846.864,08 reais anuais (Campos dos Goytacazes), o que significa um custo mensal de aproximadamente 23 mil reais no primeiro Município e 70 mil reais no segundo.

Vale destacar o levantamento realizado pelo Estado do Rio de Janeiro em 2018 denominado “Estimativa de Custo Unitário dos Serviços do SUAS”, encaminhado pela Secretaria Municipal de Assistência Social de Niterói, constante dos autos do Procedimento Administrativo de Acompanhamento de TAC MPRJ 2018.00565059¹⁹, onde há previsão de custos de todos os equipamentos e serviços da Política Socioassistencial, incluindo-se as Residências Inclusivas.

O referido estudo de custos levou em consideração os custos referentes a três categorias: (i) Estrutura Física (aluguel, IPTU, água, gás, luz, telefone, serviço de Internet), (ii) Pessoal (Salários, Encargos e Provisões) e (iii) Materiais (alimentação e administrativo), separando, ainda, por grupos de acordo com a realidade dos municípios. Segundo esse estudo, no caso de municípios enquadrados no Grupo mais custoso, o valor per capita nas residências inclusivas seria de R\$ 5.188,63 e, no menos custoso, R\$ 4.948,63, considerando-se a hipótese de mão de obra prestada por servidores estatutários e custo com aluguel. Não há cálculo estimado para o caso de a mão de obra ser prestada por celetistas e de ser implantada a residência inclusiva em imóvel próprio.

Esse estudo, contudo, já é um grande passo nessa perspectiva do levantamento prévio de custos. Entende-se que há urgente necessidade de definição e parametrização de custo dos serviços também em nível federal, sem desconsiderar as diferenças regionais, lançando luz sobre o problema da ausência de cofinanciamento para tal política, viabilizando o planejamento adequado por parte dos gestores municipais e, ainda, a fiscalização da correta aplicação dos recursos.

Os fatores mencionados, aliados à descontinuidade de novos financiamentos federais, explicam, em parte, a não expansão dessa política.

Em âmbito nacional, o levantamento realizado pelo Ministério Público²⁰ junto ao Cadastro Nacional do SUAS – CADSUAS, em junho de 2018, permitiu identificar que havia, à época, 111 (cento e onze) Residências Inclusivas com financiamento federal em funcionamento no Brasil, sendo 64 (sessenta e quatro) na região sudeste, 15 (quinze) na região sul, 23 (vinte e três) na região nordeste, 7 (sete) na região centro oeste e apenas 2 (duas) na região norte. Trata-se de quantitativo bem inferior ao de 200 (duzentas) Residências Inclusivas previstas inicialmente no Plano Viver Sem Limite, até o ano de 2014.

¹⁹ Elaborado por Certidão Assessoria e Consultoria Multidisciplinar, Consultora Teresa Cristina Cosentino.

²⁰ Levantamento realizado pela assistente social Renata Rios, técnica do GATE/RJ que em muito colaborou com este trabalho.

O Estado com maior número de residências é o de São Paulo, que conta com 48 (quarenta e oito) Residências Inclusivas, sendo todas elas gerenciadas por entidades privadas. Em termos proporcionais com o número de Municípios de cada Estado, o que atingiu a maior meta foi o Mato Grosso do Sul, que possui 6 (seis) Residências Inclusivas em seus 79 (setenta e nove) Municípios.

É possível que atualmente este quantitativo já tenha se ampliado, com a implantação de novas residências. Cabe esclarecer, ainda, que o levantamento realizado só conseguiu identificar unidades que tenham sido cadastradas com a nomenclatura “Residência Inclusiva”, não sendo possível identificar aquelas cadastradas com nome fantasia ou outra terminologia. Das 111 (cento e onze) residências existentes no Brasil, 89 (oitenta e nove) unidades recebem recursos do Governo Federal e do Estado. Entre as que não recebem recursos federais, há algumas unidades mantidas com recursos municipais e estaduais, e outras mantidas exclusivamente pelo Município.

No Estado do Rio de Janeiro, verificou-se que 37 Municípios foram considerados elegíveis, sendo que apenas 10 firmaram o termo de aceite e, destes, somente 4 (quatro) concluíram a implantação das Residências Inclusivas, sendo eles São Gonçalo, Campos dos Goytacazes, Volta Redonda e Nova Iguaçu, conforme sistema Rede SUAS. O Município do Rio de Janeiro possui cinco casas lares, vinculadas à Subsecretaria da Pessoa com Deficiência e, portanto, estranhas à rede SUAS, mas com características semelhantes às residências inclusivas.

Em razão da relevância e urgência do tema, o Centro de Apoio Operacional da área da Tutela da Pessoa com Deficiência do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro escolheu como Plano Geral de Atuação no biênio 2018/2019 a Política das Residências Inclusivas, tendo realizado mapeamento preliminar sobre a demanda existente e consultado todos os noventa e dois Municípios sobre a existência de Residências Inclusivas ou de abrigos para pessoas com deficiência em seus territórios.

O resultado (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2019), disponível através de georreferenciamento, foi de que existem 43 (quarenta e três) unidades de acolhimento para adultos com deficiência no Estado do Rio de Janeiro, sendo 39 (trinta e nove) “abrigões” e 4 (quatro) Residências Inclusivas. Nota-se que as 5 (cinco) casas lares do Município do Rio de Janeiro foram contabilizadas como “abrigões” por não terem a nomenclatura de Residência Inclusiva, mas se aproximam mais desta última modalidade. Chamou a atenção o fato de que os três maiores abrigos para pessoas com deficiência do Estado, todos em situação de grave violação de direitos, são mantidos exclusivamente pelo próprio Estado do Rio de Janeiro²¹.

Esse mapeamento permitiu observar também, a partir de dados extraídos do Módulo da Criança e do Adolescente (MCA), a existência de jovens com deficiências,

²¹ São eles: o Centro Integrado para Pessoa com Deficiência Rego Barros, com 83 acolhidos (Conceição de Macabu); Centro Integrado para Pessoa com Deficiência Oswaldo Aranha, com 65 acolhidos (Barra do Pirai) e o Centro Integrado para Pessoa com Deficiência Protógenes Guimarães, com 19 acolhidos (Araruama). Informações obtidas em 2019.

que já alcançaram a maioria, ainda acolhidos em instituições para crianças e adolescentes por ausência de equipamento adequado.

O levantamento é apenas um ponto de partida. Há necessidade de colher outras informações sobre a existência de adultos com deficiência em situação de vulnerabilidade social, que podem estar acolhidos em hospitais psiquiátricos, instituições de longa permanência para idosos, abrigos para população de rua, unidades hospitalares ou mesmo nas ruas.

9. Mapeamento da implantação da política de Serviço Residencial Terapêutico no Estado do Rio de Janeiro²²

Ao contrário da Política Pública das Residências Inclusivas, é possível observar grande avanço na implantação da Rede de Saúde Mental, na qual se insere o Serviço Residencial Terapêutico, nas últimas décadas, o que demonstra a modificação do paradigma da centralidade do hospital psiquiátrico para o cuidado em liberdade apoiado em pontos de atenção integrados.

Nota-se que o Estado do Rio de Janeiro foi um dos maiores internantes nacionais nas décadas anteriores, participando do grande asilamento em hospitais colônias, assim como também foi um dos estados que, diante na nova direção política da saúde mental, enfrentou intervenções em clínicas de grande porte e reorganizou redes municipais com composição de assistência extra-hospitalar, incluindo a implantação de SRTs, para receber a clientela longamente internada e evitar a produção de novos institucionalizados. Nesse ponto vale destacar, além do exemplo de Carmo já citado, os processos ocorridos em Paracambi, Rio Bonito e na Capital.

Deve-se destacar, inclusive, que a Política Pública da Saúde Mental implementada no Brasil é reconhecida mundialmente, sendo sensível os resultados alcançados.

Conforme atualização obtida diretamente pelo Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva de Defesa da Saúde do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (“CAO Saúde”) da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado, existem hoje²³ já implantadas 126 residências terapêuticas no Estado do Rio de Janeiro e 169 habilitadas pelo Ministério da Saúde, conforme consolidado no quadro abaixo:

²² Agradecimento especial à Coordenadora do CAO Saúde/MPRJ, Márcia Lustosa, que em muito contribuiu no levantamento de dados, e as técnicas do GATE Claudia Braga e Moema Belloni Schmidt.

²³ Informação prestada em 27 jan. 2020 pelo Coordenador de Atenção Psicossocial Daniel Elia, em apresentação realizada no MPRJ.

Quadro – Expansão da Rede de SRT no Estado do Rio de Janeiro (jan. 2020)

MUNICÍPIO	EXISTÊNCIA DE RT	QUANTITATIVO TOTAL	QUANTITATIVO HABILITADO PELO MS
ANGRA DOS REIS	NÃO		
APERIBE	NÃO		
ARARUAMA	SIM	2	2
ARMAÇÃO DOS BÚZIOS	NÃO		
ARRAIAL DO CABO	NÃO		
BARRA DO PIRAI	SIM	1	1
BARRA MANSA	SIM	1	2
BELFORD ROXO	SIM	1	2
BOM JARDIM	NÃO		
BOM JESUS DO ITABAPOANA	SIM	1	2
CABO FRIO	SIM	1	1
CACHOEIRA DE MACACU	NÃO		
CAMBUCCI	NÃO		
CAMPOS DOS GOYTACAZES	SIM	1	1
CANTAGALO	NÃO		

CARAPEBUS	NÃO		
CARMO	SIM	17	17
CASIMIRO DE ABREU	NÃO		
COMENDADOR LEVY GASPARIAN	NÃO		
CONCEIÇÃO DE MACABU	NÃO		
CORDEIRO	NÃO		
DUAS BARRAS	NÃO		
DUQUE DE CAXIAS	SIM	1	7
ENG. PAULO DE FRONTIN	SIM	3	3
GUAPIMIRIM	NÃO		
IGUABA GRANDE	SIM	1	1
ITABORAÍ	SIM	1	2
ITAGUAÍ	SIM	1	1
ITALVA	SIM	1	1
ITAOCARA	NÃO		
ITAPERUNA	SIM	3	3
ITATIAIA	SIM	1	XX

JAPERI	SIM	1	1
LAJE DE MURIAÉ	NÃO		
MACAÉ	SIM	1	XX
MACUCO	NÃO		
MAGÉ	SIM	2	2
MANGARATIBA	NÃO		
MARICÁ	SIM	1	2
MENDES	SIM	1	1
MESQUITA	SIM	2	2
MIGUEL PEREIRA	SIM	1	XX
MIRACEMA	NÃO		
NATIVIDADE	SIM	1	1
NILÓPOLIS	SIM	1	2
NITERÓI	SIM	5	2
NOVA FRIBURGO	NÃO		
NOVA IGUAÇU	SIM	3	3
PATY DO ALFERES	SIM	1	1
PARACAMBI	SIM	15	15

PARAÍBA DO SUL	NÃO		
PARATY	NÃO		
PETRÓPOLIS	SIM	1	2
PINHEIRAL	NÃO		
PIRAÍ	NÃO		
PORCIÚNCULA	NÃO		
PORTO REAL	SIM	1	XX
QUATIS	SIM	1	XX
QUEIMADOS	SIM	4	4
QUISSAMÃ	NÃO		
RESENDE	SIM	1	1
RIO BONITO	SIM	1	2
RIO CLARO	NÃO		
RIO DAS FLORES	NÃO		
RIO DAS OSTRAS	SIM	1	1
RIO DE JANEIRO	SIM	24	67
SAQUAREMA	SIM	2	XX
SANTA MARIA MADALENA	NÃO		

SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA	SIM	1	1
SÃO FIDÉLIS	NÃO		
SÃO FRANCISCO DE ITABAPOANA	NÃO		
SÃO GONÇALO	SIM	4	5
SÃO JOAO DA BARRA	NÃO		
SÃO JOAO DE MERITI	SIM	2	3
SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO	NÃO		
SÃO PEDRO DA ALDEIA	SIM	1	1
SÃO SEBASTIÃO DO ALTO	NÃO		
SAPUCAIA	NÃO		
SEROPÉDICA	SIM	1	1
SILVA JARDIM	SIM	2	2
SUMIDOURO	NÃO		
TANGUÁ	SIM	1	1
TERESÓPOLIS	NÃO		
TRAJANO DE MORAIS	NÃO		
TRÊS RIOS	NÃO		

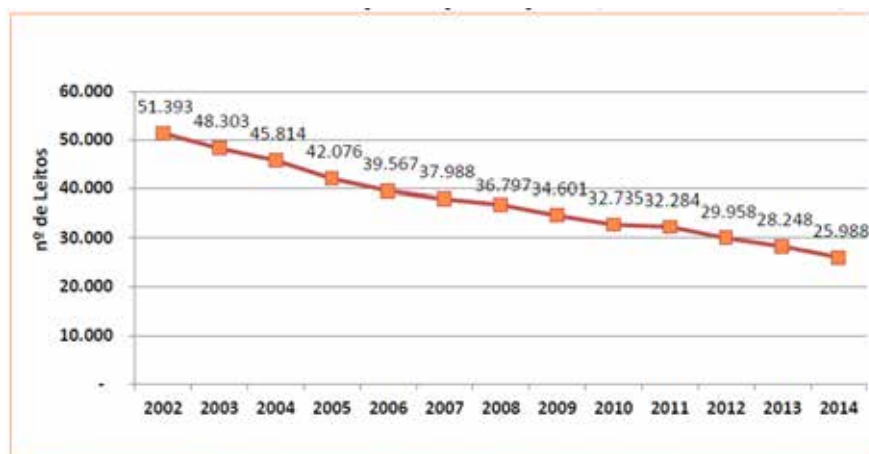
VALENÇA	SIM	1	XX
VASSOURAS	SIM	1	1
VOLTA REDONDA	SIM	4	4
TOTAL RTs ERJ		126	169

Fonte: a autora.

Esse número expressivo de Residências Terapêuticas, se comparado com o número ínfimo de Residências Inclusivas implantadas no Estado do Rio de Janeiro, deve ser compreendido dentro do contexto de fortalecimento da Rede de Saúde Mental no Brasil. Ou seja, deve-se essencialmente à lógica de financiamento e custeio aplicada e ao alto grau de comprometimento dos profissionais que atuam na área.

Os gráficos abaixo demonstram justamente esse cenário, apontando o investimento na Política de Saúde Mental nos últimos anos. O primeiro gráfico²⁴ indica que em 2002 o Brasil contava com Parque Manicomial de 51.393 leitos psiquiátricos do SUS, quantitativo que caiu para menos que a metade (25.988) em dezembro de 2014:

Gráfico 1 – Leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos por ano (Brasil, dez. 2012 a dez. 2014)

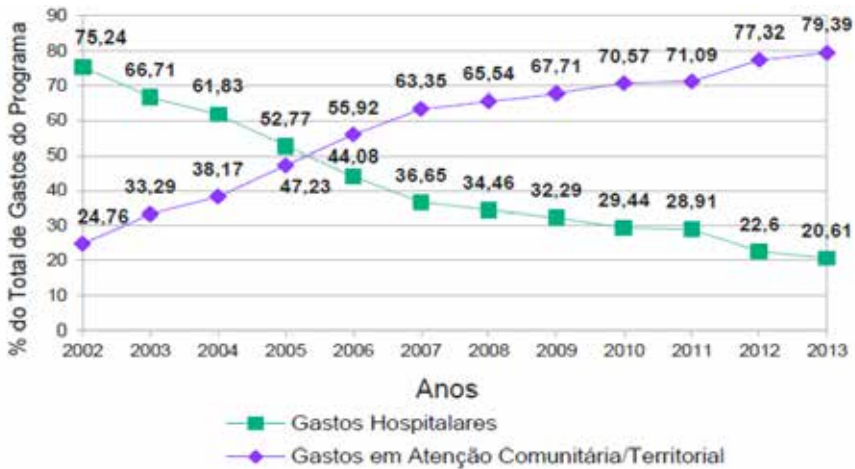


Fontes: Em 2002 e 2003: SIH/SUS, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Coordenações Estaduais; de 2004 a 2012: PRH/CNES e Coordenações Estaduais; a partir de 2013: PNASH, CNES e Coordenações Estaduais.

²⁴ Informações e gráficos extraídos do caderno do Ministério da Saúde “Saúde Mental em Dados 12” (BRASIL, 2015b).

O segundo gráfico indica justamente o fenômeno de inversão do financiamento nacional do hospital psiquiátrico para a rede extra-hospitalar, o que se deu no ano de 2005, com a reversão dos recursos. Em outras palavras, a partir do ano de 2005 os recursos financeiros da Saúde Mental passam a ter maior percentual investido em serviços de atenção comunitária/territorial e não em serviços hospitalares, o que fez toda a diferença no processo de desinstitucionalização.

Gráfico 2 – Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/territorial (Brasil, dez.2002 a dez. 2013)



Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/MS), DATASUS/MS e Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS

Com relação ao número total de Residências Terapêuticas, observa-se que ainda há muitos municípios de grande e médio porte sem sequer uma residência implantada. Esse fato, ao ser confrontado com o cenário de autossustentabilidade dessa política, demonstra existir alguma resistência ou barreira local a ser superada a fim de viabilizar a inclusão dos pacientes ainda institucionalizados, muitas vezes em Hospitais Psiquiátricos localizados em outras regiões.

10. Possíveis razões para resultados diferentes e desafios

Após a análise comparativa das Políticas Públicas de Moradia existentes para as Pessoas com Deficiência e Pessoas com Transtorno Mental egressas de internações de longa duração, percebe-se que a base legal, após o advento da CDPD e da LBI, em muito se assemelha.

Os objetivos de ambas as políticas e suas características essenciais, inclusive o número de moradores, também são muito parecidos.

A grande diferença, após a análise minuciosa das trajetórias e resultados alcançados, pode ser explicada por alguns fatores determinantes. A Política do Serviço Residencial Terapêutico está inserida na bem consolidada Rede de Saúde Mental, sendo apenas um ponto desta rede. Isso significa dizer que o processo de desinstitucionalização – complexo e multifacetado que é – conta com diversos pontos de apoio da rede, que se articulam e trabalham conjuntamente.

A política de Residência Inclusiva, de forma analógica, deveria estar vinculada a outros pontos estratégicos de apoio para o seu sucesso. Devemos citar, por exemplo, os Centros de Convivência para Pessoas com Deficiência, Centros de Habilitação e Reabilitação, entre outros, o que ainda não ocorre no Brasil.

Além desse pertencimento a uma rede maior, essencial ao processo de inclusão, um ponto fundamental para o sucesso da política de moradia é o seu financiamento. Conforme analisado no decorrer deste artigo, o processo de financiamento e custeio das Residências Terapêuticas foi muito bem estruturado, tornando esse serviço quase “autossustentável”. Por outro lado, o cofinanciamento para as Residências Inclusivas, além de ter sido criado sem o necessário planejamento prévio e estudo de custos, não considerou a real possibilidade de adesão pelos Estados e Municípios. Além disso, o cofinanciamento federal ocorreu por apenas uma oportunidade, sem qualquer previsão de retorno.

Como desafios, além da evidente necessidade de garantir e rever a política de financiamento para a implementação de Residências Inclusivas e garantir a manutenção do financiamento para a Política de Residências Terapêuticas, podemos citar a necessidade de constante trabalho e fiscalização para que haja de fato um processo de inclusão dos moradores nas comunidades locais, sem que essas moradias acabem se caracterizando como miniaturas de instituições totais.

Além disso, a integração e articulação com as outras Políticas, tais como educação, esporte, cultura, se faz essencial para o êxito desse processo de inclusão.

E mais. O objetivo dessas moradias – ainda que apenas para alguns acolhidos – é que sejam temporárias, evoluindo-se para moradias com apoio, a depender do processo individualizado de cada um. Nesse caso, destacamos a enorme importância do desenvolvimento de projetos e políticas de moradias com apoio, sejam eles vinculados à assistência ou à saúde, pois proporcionam mais autonomia ao indivíduo, maior inclusão e, por outro lado, menos investimento financeiro por parte dos entes públicos.

Importante, ainda, a reflexão sobre a criação de políticas de moradia que atendam os segmentos não contemplados pelas políticas ora analisadas, já que se percebe uma demanda crescente nesse sentido, como, por exemplo, pessoas com transtorno mental severo que tenham vínculos familiares rompidos, mas não tenham histórico de internação psiquiátrica de longa duração ou que estejam internadas em clínicas privadas sem que tenha sido por escolha própria.

11. Conclusão

Com o advento da Convenção da Pessoa com Deficiência, introduzida em nosso ordenamento jurídico com status de norma constitucional, e da Lei Brasileira de Inclusão, todas as pessoas com deficiência, sem distinção – incluindo aquelas com deficiência mental – têm o direito fundamental à moradia digna, inserida na comunidade, assegurado em tais diplomas.

Esse direito está intimamente relacionado ao princípio da dignidade da pessoa humana e a não discriminação das pessoas com deficiência, uma vez que ao serem institucionalizadas são banidas da sociedade. É inegável que o modelo da institucionalização sempre foi conveniente para muitos pela retirada da convivência social dos ditos “indesejáveis”.

Convém mencionar que ainda no século XXI essa temática se mostra atual, mesmo que de forma velada. Discussões sobre operações de recolhimento compulsório de população de rua, “internação compulsória para tratamento” em Comunidades Terapêuticas, internação em clínicas de cuidados prolongados, entre outros, são recorrentes na nossa sociedade.

Sendo assim, o direito à moradia e o esforço para desinstitucionalização e reordenamento da Rede devem ser contínuos.

As políticas públicas criadas para combater essa realidade de permitir a reinserção social desses pacientes e usuários, como visto, tiveram trajetórias diferenciadas – em especial em relação à cronologia – porém guardam em comum os seus pilares e fundamentos.

Os objetivos almejados pelas Residências Inclusivas e Serviços Residenciais Terapêuticos também se coadunam: devem se caracterizar como casas, inseridas na comunidade, e viabilizar a inclusão social.

Considerando as inúmeras semelhanças, entende-se como pertinente lançar luz aos motivos que tornaram a política da Residência Inclusiva inefetiva e, por outro lado, que explicam o sucesso dos Serviços Residências Terapêuticos.

Com essa visão ampliada sobre o tema, refletindo acerca da expansão de cada política no território fluminense através de mapeamento e levantamento de custos, espera-se que os gestores em todos os níveis, bem como os operadores do Direito, possam replicar os acertos do caminho trilhado pela Política dos Serviços Residenciais Terapêuticos à Política das Residências Inclusivas, corrigindo equívocos importantes e, por fim, permitindo a sua expansão.

É forçoso reconhecer, portanto, a necessidade dos Gestores das diferentes esferas, em especial em nível federal e estadual, repensarem e reformularem profundamente as estratégias utilizadas para a implementação da Política de Residências Inclusivas, utilizando-se como parâmetro a bem sucedida experiência na implementação da política do SRT.

Com relação à Política do Serviço Residencial Terapêutico, faz-se necessário manter o sistema de financiamento já construído, trabalhando-se, inclusive com apoio do Sistema de Justiça, os Municípios que até a presente data não se mobilizaram para a implantação das residências, que são praticamente autossustentáveis, especialmente após o COFI-RAPS. Há necessidade de especial atenção para eventual barreira atitudinal ou existência de interesses políticos subjacentes que estejam impedindo a expansão dessa rede.

À guisa de conclusão, cumpre reafirmar que a lógica da institucionalização desses segmentos populacionais não encontra respaldo no sistema jurídico brasileiro ou no ordenamento internacional, razão pela qual deve ser permanentemente combatida.

Referências bibliográficas

AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

BARBOZA, Heloisa Helena; ALMEIDA, Vitor. *Comentários ao Estatuto da Pessoa com Deficiência à Luz da Constituição da República*. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2018.

BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público. Recomendação nº 64, de 24 de janeiro de 2018. Brasília, DF: Conselho Nacional do Ministério Público, [2018]. Disponível em: <https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Normas/Recomendacoes/Recomendao-064.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2020.

_____. Conselho Nacional do Ministério Público. Relatório CNMP “Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional”. [S.l.]: Conselho Federal de Psicologia, 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/hospitais-psiquiatricos-no-brasil-relatorio-de-inspecao-nacional/>. Acesso em: 29 jul. 2020.

_____. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016a]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 11 abr. 2020.

_____. Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília, DF: Presidência da República, [2007]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 20 jul. 2020.

_____. Lei nº 8.080, de 18 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da

República, [2016b]. Disponível em: http://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 29 jul. 2020.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2016c]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 29 jul. 2020.

_____. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2016d]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 29 jul. 2020.

_____. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, [2016e]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 29 jul. 2020.

_____. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF: Presidência da República, [2016f]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 16 fev. 2020.

_____. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, [2015a]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 28 jul. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2016g]. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_106.htm. Acesso em: 16 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Saúde Mental em Dados, Brasília, a. 10, n. 12, out. 2015b. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Disponível em: www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acesso em: 09 ago. 2018.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 3, de 21 de setembro de 2012. Estabelece parceria entre SUS e SUAS na atenção às pessoas atendidas em Residências Inclusivas. Brasília, DF: Ministério da Cidadania (Rede SUAS), [2012a]. Disponível em: <http://blog.mds.gov.br/redesuas/portaria-interministerial-no-3-de-21-de-setembro-de-2012/>. Acesso em: 16 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental

e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2011]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 29 jul. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2004]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html. Acesso em: 29 jul. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM 2644, de 28 de outubro de 2009. Estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos e cria incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2009a]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-2644-28-OUTUBRO-2009.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM 3588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2017a]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 29 jul. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 03, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2017b]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 29 jul. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 06, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2017c]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em: 29 jul. 2020.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. Cartilha Viver sem limite. Brasília, DF: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, [2020]. Disponível em: <http://mdh.gov.br>. Acesso em: 18 jan. 2020.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. Resolução CNAS 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a tipificação nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 2009b. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_CNAS_N109_%202009.pdf. Acesso em: 29 jul. 2020.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. Resolução CNAS 33, de 12 de dezembro de 2012. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social NOB/SUAS. Brasília, DF: Ministério da Cidadania (Rede SUAS), [2012b]. Disponível em:

<http://blog.mds.gov.br/redesuas/resolucao-no-33-de-12-de-dezembro-de-2012/>. Acesso em: 29 jul. 2020.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. Resolução CNAS 39, de 09 de dezembro de 2010. Dispõe sobre o processo de reordenamento dos Benefícios Eventuais no âmbito da Política de Assistência Social em relação à Política de Saúde. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 2010. Disponível em: <https://setades.es.gov.br/Media/seadh/GBTR/RESOLU%C3%87%C3%83O%20N%C2%BA%2039%20DE%2009%20DE%20DEZEMBRO%20DE%202010.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2020.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. Caderno de Orientações Técnicas sobre Residências Inclusivas - perguntas e respostas. MDS/2014. Brasília, DF: SUAS, 2014. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/caderno_residencias_inclusivas_perguntas_respostas_mai2016.pdf. Acesso em: 16 jan. 2020.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução nº 6, 13 de março de 2013. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 22 de março de 2013. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-2013/resolucoes-cnas-2013/>. Acesso em: 16 jan. 2020.

CAMPO BELO. Departamento Municipal de Água e Esgoto. Portaria nº 478 de 03 de janeiro de 2018. Diário Oficial Eletrônico do Município de Campo Belo, Campo Belo, n. 477, p. 1-2, 3 jan. 2018. Disponível em: https://www.campobelo.mg.gov.br/uploads/24_edicao_n%C2%B0_477.pdf. Acesso em: 18 jan. 2020.

CAVALCANTI, M.T. *Casa ou Serviço?: o dilema das moradias assistidas e/ou serviços Residenciais Terapêuticos no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Cadernos IPUB, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, nº 22, p. 83-91, 2006.

COSTA, Ana Maria Machado. O reconhecimento da pessoa com transtorno mental severo como pessoa com deficiência: uma questão de justiça. *Inclusive: inclusão e cidadania*. [S.l.], 15 jul. 2011. Disponível em: <https://www.inclusive.org.br/arquivos/20021>. Acesso em: 20 jul. 2020.

CUNHA, Dani. *Residência inclusiva garante acessibilidade de deficientes físicos*. Prefeitura de Cuiabá, Cuiabá, 30 jan. 2015. Disponível em: <http://www.cuiaba.mt.gov.br/imprime.php?cid=10209&sid=26>. Acesso em: 17 jan. 2020.

DELGADO, P.G. Instituir a desinstitucionalização: o papel das residências terapêuticas na Reforma Brasileira. *Cadernos IPUB*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, n. 22, 2006.

DINIZ, Debora. *O que é deficiência*. São Paulo: Editora Brasiliense, 2007.

ESCOSSIA, Matheus Henrique dos Santos; ALVES, André Farah. Saúde Mental e Direitos Fundamentais: a análise da desinstitucionalização a partir dos indicadores e do monitoramento interno. *Revista da AJURIS*, Porto Alegre, v. 45, n. 144, jun. 2018.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: perspectiva, 1978.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

GUGEL, Maria Aparecida; SASSAKI, Romeu Kazumi et al. *Diálogos aprofundados sobre os direitos das pessoas com deficiência*. Belo Horizonte: Editora RTM. 2019.

_____.; MACIEIRA, Waldir; RIBEIRO, Lauro (Orgs.). *Deficiência no Brasil: uma abordagem integral dos direitos das pessoas com deficiência*. Florianópolis: Obra Jurídica, 2007.

HUMANS RIGHT WATCH. *Eles ficam até morrer: uma vida de isolamento e negligência em instituições para pessoas com deficiência no Brasil*. [S.l.]: [s.n.], 2018. ISBN: 978-1-6231-36086. Disponível em: https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/brazil0518port.pdf. Acesso em: 18 jan. 2020.

MAIOR, Izabel Loureiro. Quem são as pessoas com deficiência: o novo conceito trazido pela Convenção da ONU. *Revista Científica Virtual ESA OAB/SP*, São Paulo, a. 5, n. 20, p. 32-43, out. 2015. Disponível em: https://issuu.com/esa_oabsp/docs/revista_20_1. Acesso em: 28 jul. 2020.

MARTINS, Guilherme Magalhães; Houaiss, Livia Pitelli (Coords.). *Estatuto da Pessoa Com Deficiência: Comentários à Lei 13.146/2015*. São Paulo: Editora Foco, 2019.

MARTINS, Laercio Melo. *Saúde Mental: paradigmas e reformas legislativas*. Porto Alegre: Editora Fi, 2020.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. CAO Idoso e Pessoa com Deficiência. Grupo de Apoio Técnico Especializado - GATE. Roteiro de Atuação: fiscalização em unidades de acolhimento para pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <http://www.ampid.org.br/v1/wp-content/uploads/2020/03/Livro-completo.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2020.

_____. Grupo de Apoio Técnico Especializado do MPRJ. Informação Técnica n. 1316/2018. Política Nacional de Saúde Mental. Desinstitucionalização. Análise da implementação da Política de Desinstitucionalização. Elaboração de Diretriz Técnica. Diretriz Técnica para Fiscalização de Serviço Residencial Terapêutico (SRT). [S.l.]: [s.n.], 2018.

_____. Levantamento sobre unidades de acolhimento para pessoas com deficiência no Estado do Rio de Janeiro. [S.l.]: [s.n.], 2019. Disponível em: <https://public.tableau.com/cao.idoso.e.pessoa.com.defici.ncia#!/vizhome/AbrigosPessoascomDeficiências/PainelEntidades>. Acesso em: 29 jul. 2020.

MUNÓZ, Flávia Poppe de. *Moradias independentes para pessoas com deficiência: uma demanda ainda não atendida no Brasil*. Inc. Soc., Brasília, v. 10, n.2, p. 77-87, jan./jun. 2017.

OLIVER, Michael; BARNES, Colin. *Disabled People and Social Policy: from exclusion to inclusion*. London: Longman, 1998.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Paris: Assembleia Geral das Nações Unidas, 10 dez.

1948. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2020.

PACHECO, Kátia Monteiro de Benedetto; ALVES, Vera Lucia Rodrigues. A história da deficiência, da marginalização à inclusão social: uma mudança de paradigma. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 242-248, 2007. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102875/101168>. Acesso em: 17 jan. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. *O que é SUS*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2015.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Lei nº 3.400, de 17 de maio de 2002. Cria a bolsa de incentivo para assistência, acompanhamento e integração fora de unidade hospitalar de paciente portador de transtorno mental com história de longa permanência institucional em unidade hospitalar psiquiátrica. Rio de Janeiro: Câmara Municipal do Rio de Janeiro, [2002]. Disponível em: <https://cm-rio-de-janeiro.jusbrasil.com.br/legislacao/263380/lei-3400-02>. Acesso em: 29 jul. 2020.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde/RJ. Resolução SES 1911, de 23 de setembro de 2019. Institui o Programa de Cofinanciamento, Fomento e Inovação da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro (COFI-RAPS). [S.l.]: Brasilsus, [2019]. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/resolucao-ses-n-1911/>. Acesso em: 29 jul. 2020.

RIO DE JANEIRO (Estado). Lei Estadual nº 7.966, de 16 de maio de 2018. Dispõe sobre a política estadual de assistência social e sobre o Sistema Único de Assistência Social no Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. Rio de Janeiro: Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, [2018]. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/contlei.nsf/c8aa0900025feef6032564ec0060dfff/9566339b2a97c9db83258295005fc26b?OpenDocument#:~:text=LEI%20N%C2%BA%207966%20DE%2016,JANEIRO%20E%20D%C3%81%20OUTRAS%20PROVID%C3%84NCIAS>. Acesso em: 29 jul. 2020.

SASSAKI, Romeu. *Inclusão: construindo uma sociedade para todos*. 8ª ed. Rio de Janeiro: WVA, 2010a.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Resolução SEDS 26, de 25 de outubro de 2017. Diário Oficial do Estado de São Paulo. São Paulo: Centro de Documentação, 2017. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2017/iels.out.17/iels203/E_RS-SEDS-26_251017.pdf. Acesso em: 18 jan. 2020.

SMANIO, Gianpaolo Poggio et al. (Orgs.). *Políticas Públicas no Brasil: trajetória, conquistas e desafios*. Rio de Janeiro: Lumenjuris, 2016.

VIOLA, Ana Clara. *Longo caminho a percorrer na volta para a sociedade: o Ministério Público e a desinstitucionalização em saúde mental*. 135 f. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.