

O FUNCIONAMENTO DA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA (RT) NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

BRIÃO, Anelise¹
MARQUES, Maria Eduarda de Melo¹
RIBEIRO, Nicolas Fuga¹
NUNES, Samira Daneris Ritta¹
ROSA, Andréia Quadros²
DE OLIVEIRA, Dilce Helena Alves Aguzzi²

RESUMO: Com a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em 2011, diversos serviços foram instituídos, entre eles está o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), o qual busca servir como residência para pessoas em acompanhamento psiquiátrico, além de atuar no processo de desinstitucionalização. Esse processo ocorre por meio da reabilitação social, do resgate da autonomia e da retomada de direitos. Nesse sentido, esta pesquisa teve como objetivo compreender o funcionamento de uma Residência Terapêutica (RT), usando musicoterapia como facilitadora no desenvolvimento de rapport destacando-a como ferramenta eficaz para a promoção de um ambiente mais harmonioso e receptivo, fortalecendo o estímulo à comunicação clara entre os usuários e a melhora nos aspectos comportamentais e físicos por meio de impulsos sensoriais. Destaca-se, ainda, a relevância de um ambiente que favorece as condições de vida de pessoas em processo de desinstitucionalização. A metodologia envolveu o registro de atividades realizadas durante múltiplos encontros na residência, onde foram aplicadas atividades lúdicas, além de momentos de escuta e diálogo entre os discentes e quatro residentes que optaram por participar. Após a conclusão dos primeiros encontros, foi observada a situação precária do local e do tratamento dispensado aos usuários, que não dispunham de uma rotina estruturada. Também foi notada uma diferença significativa no comportamento dos residentes quando estimulados por atividades e música, contrastando com os comportamentos anteriores à execução das atividades. Conclui-se que é necessária a presença de uma gestão comprometida com o trabalho a ser realizado nas instituições da RAPS, bem como maior interação entre os diferentes serviços oferecidos pela rede.

Palavras-chave: Residência Terapêutica; Rede de Atenção Psicossocial; desinstitucionalização.

ABSTRACT: With the creation of the Psychosocial Care Network (RAPS) in 2011, various services were established, among them the Therapeutic Residential Service (SRT), which aims to serve as a residence for people undergoing psychiatric care, as well as to support the deinstitutionalization process. This process occurs through social rehabilitation, the restoration of autonomy, and the reclaiming of rights. In this context, the objective of this research was to understand the functioning of a Therapeutic Residence (RT), using music therapy as a facilitator in the development of rapport, highlighting it as an effective tool for promoting a more harmonious and welcoming environment. This approach strengthens clear communication among users and improves behavioral and physical aspects through sensory stimuli. Furthermore, the importance of an environment that fosters better living conditions for people in the process of deinstitutionalization is emphasized. The methodology involved recording activities conducted during multiple sessions at the residence, where playful activities were carried out, in addition to moments of listening and dialogue between the students and four residents who chose to participate. After the initial sessions, the precarious conditions of the facility and the treatment provided to users became evident, as they lacked a structured routine. A significant change was also observed in the residents' behavior when stimulated by activities and music, contrasting with their behavior prior to the sessions. It is concluded that the presence of committed management is essential for the work to be effectively carried out in RAPS institutions, as well as greater interaction among the various services offered by the network.

Keywords: Therapeutic Residence; Psychosocial Care Network; deinstitutionalization.

¹ Discentes do Curso de Psicologia, 1º semestres 01/2022- Faculdade IDEAU – Bagé/RS.

² Docentes do Curso de Psicologia – Faculdade IDEAU – Bagé/RS.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Em 2011, a partir da Portaria nº 3.088, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde mental no Brasil, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Para esse fim, a RAPS oferece diferentes modalidades de atendimento para diversas necessidades. Considerando as particularidades de cada situação, foram estabelecidos diversos serviços específicos, entre eles os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que buscam acolher e cuidar de pessoas com sofrimento psíquico grave, que passaram por internações psiquiátricas prolongadas e indivíduos que não possuem apoio familiar. (ACEBAL *et al.*, 2021)

Além de servir como residência para usuários, os SRTs agem na busca da desinstitucionalização por meio da reabilitação social, do resgate da autonomia e da retomada de direitos. O processo de reabilitação é feito através de Projetos Terapêuticos Singulares (PTSs) que são elaborados por equipes interdisciplinares, sempre com o protagonismo do usuário e respeitando a sua singularidade. Isso é essencial para um processo que visa não só promover a autonomia, mas também possibilitar o resgate de vínculos familiares e facilitar a continuidade do cuidado. (BARBOSA *et al.*, 2023)

Hoje em dia, houve progressos significativos no emprego de práticas integrativas e terapêuticas no tratamento de reabilitação da população, incluindo: hidroginástica, acupuntura, yoga, meditação, massagens e música. Tais práticas contribuem para a saúde do indivíduo. A música, como um recurso terapêutico, é uma das terapias complementares e integrativas mais utilizadas. Esta visa à qualidade de vida do sujeito em situações que promovam alterações físicas, mentais e sociais, repercutindo na recuperação e resposta ao tratamento de diversas enfermidades. É conhecido que, nas culturas ancestrais, a música era utilizada como um instrumento terapêutico para amenizar o sofrimento (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Esta pesquisa teve como objetivo compreender o funcionamento de uma Residência Terapêutica (RT), usando musicoterapia como facilitador no desenvolvimento de rapport destacando-as como ferramenta eficaz para a promoção de um ambiente mais harmonioso e receptivo, fortalecendo o estímulo à comunicação clara entre os usuários e a melhora nos aspectos comportamentais e físicos por meio de impulsos sensoriais.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Autores como Piccinini (2000) expressam que houve três importantes revoluções na história da psiquiatria. A primeira, representada pela figura de Philippe Pinel e o *tratamento moral da loucura*; a segunda, importante reforma advinda da influência de Sigmund Freud e a importância da psicanálise para o futuro das terapias atuais; e finalmente, a reforma psiquiátrica dos psicofármacos e o esvaziamento dos macro-hospitais e asilos psiquiátricos.

Desta forma, quando falamos de reforma psiquiátrica, considera-se de suma importância mencionar o nome de Philippe Pinel, médico-chefe do asilo para homens em Bicêtre, e mais tarde ocupante do mesmo posto no Hospital Lá Salpêtrière, para mulheres – local que se tornaria um dos mais conhecidos estabelecimentos neuropsiquiátricos do mundo sob sua direção. Autores como Álvares (2003) mencionam Pinel como aquele que elevou a categoria dos doentes mentais de criminosos e *endemoniados* para seres humanos portadores de doenças psíquicas advindas de exposição excessiva a estresses sociais e psicológicos, e até de certa forma hereditárias, e com direito a tratamento justo e moral. Já que, até então, não havia um derradeiro esforço para um tratamento para estas pessoas encarceradas como formas punitivas de contenção. Apenas sob a direção de Philippe Pinel, estes pacientes experimentaram a liberdade fora de suas celas, oferecendo-lhes um contato amigável e paciente, com programas de terapia ocupacional, digno e respeitoso como nunca visto antes até então. Assim, Pinel viria a se tornar quem consideramos atualmente como o pai da psiquiatria moderna.

Neto (2013) expressa de forma muito bem colocada em seu trabalho, o que chamou de os efeitos colaterais da psicanálise e a reforma psiquiátrica, a importância do trabalho de Freud para a nova forma de entender a psiquiatria (e ainda outras áreas de saúde mental), no que o autor chamou de subversão do mundo da consciência e do saber instituído. Freud elaborou suas teorias através de pacientes incompreendidos pelo saber psiquiátrico da época. Nas histórias de Charcot, Freud percebe que em suas loucuras apresentavam-se formas de seu inconsciente expressar-se, através de sintomas, atos falhos, lapsos, sonhos, mas no mais importante ato, no dar lugar à fala. Desta forma, complementando o processo que foi iniciado

por Pinel, observamos agora o conteúdo expressado pelo *louco* não mais como insensato e desnecessário, mas como rica fonte de compreensão de seu mundo interno e suas dores e riqueza mental.

Assim, quando falamos sobre a terceira grande mudança na psiquiatria moderna que levaria ao esvaziamento dos chamados asilos psiquiátricos e à forma de olharmos para o paciente psiquiátrico, devemos citar as diferentes experiências que modificam a psiquiatria arcaica no continente europeu e em parte da América após a Segunda Guerra Mundial. Como bem mencionado por Yasui (2011), transformações ocorreram no interior das instituições, propostas pela psicoterapia institucional de François Tosquelles e Jean Oury e pela comunidade terapêutica de Maxwell Jones. Mudanças no enfoque, de doença para saúde mental, propostas pela psiquiatria de setor na França e pela psiquiatria comunitária norte-americana; e, finalmente, as propostas mais radicais de mudança paradigmática, propostas pela antipsiquiatria de Ronald Laing e David Cooper e pela psiquiatria democrática de Franco Basaglia na Itália.

Amarante (2008) escreve sobre como, a partir das experiências e reflexões de Franco Basaglia em Gorizia e Trieste, ambas no norte da Itália, o que se entendia por Reforma Psiquiátrica sofreu uma radical transformação. Percebeu-se que não haveria mais razão para reformar os hospitais psiquiátricos, quando estes serviam apenas de espaço de reclusão, não cuidado ou terapêutica, de que estes espaços eram de zero trocas sociais, enfim, um lugar que deveria ser negado e superado. Neste momento, o autor observa que a psiquiatria haveria apenas criado objetos de alienação, degeneração e que advogou por uma incapacidade de juízo, de razão e participação social do dito louco, constrói então o ideal de uma sociedade sem manicômios, em que seria possível a construção de um lugar social para os portadores de sofrimento mental, os diferentes, os divergentes. Pregando assim uma sociedade de inclusão e solidariedade.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil é citada como tendo início nos anos 80, como estudado por Figueiredo (2019), veio acompanhada diretamente à reforma sanitária e a criação do SUS pela constituição de 1988. A autora aponta a Carta de Bauru de 1987 como o marco do movimento da reforma psiquiátrica no Brasil, e teve seu ponto alto na lei Paulo Delgado, ou lei 10.2016, promulgada em 6 de abril de 2001. Ainda dando destaque às Conferências Nacionais de Saúde Mental de 1992 e 2001 que avançaram propostas significativas na política de formação de recursos humanos, financiamento e controle social,

na perspectiva do desenvolvimento de serviços abertos de base territorial. Serviços estes que visavam ser substitutivos das instituições manicomiais com uma proposta de cuidado integral através do trabalho em equipe interdisciplinar, que Figueiredo menciona como um novo campo com proposta de ampliação e diversificação das práticas na saúde mental: o campo de Atenção Psicossocial.

Scarcelli (1998) menciona ainda o MTSM (Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental) como sendo o principal fator desencadeador do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil, no final da década de 70. Onde deste movimento fizeram parte entidades e instituições, tais como a Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP, a Federação Brasileira de Hospitais - FBH, as indústrias farmacêuticas, as universidades, e o Estado através de seus órgãos do setor saúde (Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social). Mas na verdade, foram os trabalhadores da saúde mental os verdadeiros protagonistas da organização enquanto movimento social.

Mas ainda falando de Scarcelli, é importante citar que a reforma sanitária no Brasil, conseqüentemente a psiquiátrica no âmbito de Estado já vinha sido pensado no Brasil desde 1955, mas a idealização do governo militar estava em imprimir um caráter autoritário e tecnicista a instituições, implementando a Reforma Universitária no ano de 1969, as faculdades de medicina criaram os departamentos de medicina preventiva, inspirados no modelo de saúde comunitária americana. O autor cita como o Ministério da Previdência e Assistência Social tinha como política a priorização de compras de serviços de hospitais privados, a partir de credenciamentos e convênios. E apesar dos discursos voltados para melhoria da assistência médica à população, produzia-se naquele momento excessos de atos médicos, alguns corretor e outros abusivos e fraudulentos, aos quais ocasionaram déficit nos cofres da Previdência. Além disso, contrariavam o modelo de saúde pública por priorizar ações puramente assistenciais desvinculadas das propostas de prevenção.

Scarcelli (1998) irá chamar atenção para como esta política facilitou a construção e ampliação de grandes números de hospitais psiquiátricos privados, fato que contrariava as recomendações da Organização Mundial da Saúde, que preconizava a concentração da assistência psiquiátrica no nível ambulatorial. Havia então no Brasil, no ano de 1961, 135 hospitais psiquiátricos; em 1971, 341; e em 1981, 430.

O estopim para a reforma psiquiátrica brasileira, segundo Scarcelli (1998), teria sido a "crise da DINSAM", no ano de 1978, desencadeada a partir de uma greve de estagiários e

profissionais que trabalhavam nos hospitais deste órgão do Ministério da Saúde, a qual foi seguida pela demissão de duzentos e sessenta grevistas. O autor cita as frequentes denúncias partidas destes trabalhadores, a respeito às condições precárias que eram submetidos tanto os pacientes internados quanto profissionais, como mortes não esclarecidas, estupros, agressões físicas e outras práticas abusivas que criavam um clima de ameaças e violências dentro destas instituições.

2.1.2 LUTA ANTIMANICOMIAL

Souza (et al, 2021) descreve o movimento antimanicomial no contexto nacional como um movimento político-social que implementa ações e serviços substitutivos, os quais são assegurados pela lei da Reforma Psiquiátrica 10.216/2001, de forma a integrar o indivíduo e sua família na sociedade por meio de trabalhos mediados por multiprofissionais para tornar possível uma melhor interação paciente/comunidade. A Declaração dos Direitos Humanos, o Pacto Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais, dentre outros documentos internacionais, asseguram o direito à saúde, documentos estes aos quais o Brasil é signatário, como destacado por Correia e Almeida (2017). Relembrando ainda que as configurações do modelo de atenção básica à saúde do Brasil presente na Constituição Federal, começaram a ser formuladas apenas no final dos anos setenta, pelo movimento da Reforma Sanitária.

Barbosa (et al, 2012) descreve o movimento da luta antimanicomial como compondo o cenário nacional de luta em prol dos direitos dos usuários e familiares a uma atenção digna dos serviços de saúde, através de ações que se multiplicam e pautam pela criatividade dos protagonistas, na busca para mudar o imaginário social sobre a loucura. Ainda, menciona que os movimentos sociais são gestados no cotidiano por um mosaico de pessoas e grupos que questionam a realidade social, mas que podem permanecer em estado de latência, onde sua visibilidade só ocorre em mobilizações coletivas - por meio de manifestações, encontros, eventos, protestos e conflitos.

Em contraposição ao antigo modelo vigente, o novo modelo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tem como objetivo práticas terapêuticas com respeito da humanização de seus pacientes, desconstruindo o conceito de tratamento biomédico, desta forma, o paciente torna-se autorresponsável pela sua dinâmica social, trazendo um modelo centrado na pessoa, priorizando a reabilitação e a reintegração psicossocial do portador de transtorno mental,

segundo os autores (Souza et al, 2021), através do acesso ao trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis e fortalecimento dos seus laços familiares.

2.1.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Em 1988, foi promulgada a Constituição Brasileira, e no artigo 196 está presente uma frase que resume o espírito do SUS: “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. (BRASIL, 1988) Assim, reconhecendo a saúde como direito e estabelecendo o Sistema Único de Saúde, este que começou a ser regulado com a Lei Orgânica de Saúde de 1990 (LOS) (Lei nº 8.080/90), segundo este modelo a saúde “[...] tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais [...]”. (BRASIL, 1990). Através desta definição, a saúde não é considerada apenas biológica, mas um conjunto de fatores sociais que expressam a situação social e econômica do país. (BLEICHER E BLEICHER, 2016).

Também presente na LOS está a afirmação de que o SUS deve ter por princípio a “capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência”. (BRASIL, 1990), não sendo obrigatório que todos os postos de saúde tenham a capacidade de tratar qualquer enfermidade, mas que, se necessário, realizam o encaminhamento para uma unidade mais especializada.

Bleicher e Bleicher (2016) afirmam que, com o objetivo de servir todos que necessitarem, o SUS estabelece um ordenamento comum, onde todos os serviços são submetidos a uma mesma lógica, com cada esfera de governo possuindo um mundo único, onde é determinado que o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde serão responsáveis, respectivamente, pela coordenação da saúde nos níveis federal, estadual e municipal.

No campo da saúde mental especificamente, após a promulgação da Lei Paulo Delgado, o Ministério da Saúde cria linhas específicas de financiamento para serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico, também sendo criados novos mecanismos para a fiscalização, gestão e redução de leitos psiquiátricos no país. A partir disso, ocorre uma expansão da rede de atenção diária à saúde mental, alcançando regiões de grande tradição

hospitalar. Isto acontece junto ao processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas. (BRASIL, 2005)

Também como consequência da Lei Paulo Delgado, que foi seguida por diferentes portarias e decretos ministeriais, a saúde mental no Brasil foi reformulada, legitimando serviços que devem trabalhar de forma integrada e com foco na assistência no território onde as pessoas vivem e trabalham. A partir desta mudança, em 2011, foi regulamentada a Portaria nº 3.080, que, com o objetivo de melhorar a qualidade e eficácia de serviços e estratégias, propõe a superação da fragmentação dos programas e das práticas clínicas centradas em ações curativas isoladas, promovendo o cuidado integral e contínuo, articulação e cooperação entre serviços. Com esses objetivos em mente, foram instituídas as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS). (LIMA e GUIMARÃES, 2019)

2.1.4 HUMANIZAÇÃO

Uma abordagem tradicional voltada à humanização das práticas em saúde é a psicossomática. Balint (1988) destaca que, quanto mais o médico enfatiza o órgão doente e não a pessoa, menos chance terá de entender os sintomas do paciente, justificando, assim, a necessidade de esse profissional ter uma adequada formação psicoterapêutica. No entanto, como aponta Martins (1996), ao priorizar a influência do aspecto “mental” sobre o processo saúde-doença, essa abordagem também se mostra “limitada”, pois não consegue dar conta da complexidade que a questão envolve.

A humanização da relação entre profissional de saúde e paciente, fundamentada no desenvolvimento de uma comunicação empática, acolhedora e participativa, configura-se como uma prioridade essencial para a qualidade do cuidado. De acordo com Traverso-Yépez e Moraes (2004), não basta nos preocuparmos com os procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde, se não mudamos o modo como os trabalhadores da saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho: a vida e o sofrimento dos usuários do serviço. Essa preocupação com a qualidade da relação profissional-usuário torna-se tanto um meio quanto um fim a ser alcançado. Na qualidade de “meio”, apresenta-se como uma prerrogativa indispensável no processo de efetivação da garantia dos direitos estabelecidos no plano legal pelo SUS.

Embora não se negue a importância das instâncias políticas de decisão em larga escala, destaca-se, neste contexto, o papel fundamental do profissional de saúde na definição do tipo de relação construída com o usuário seja nos consultórios, seja em qualquer outro espaço de atuação sanitária. A construção de uma relação humanizada e horizontal exerce um papel significativo na melhoria e na transformação do cenário atual, especialmente por reconhecer e valorizar sua potente dimensão educativa.

Percebe-se, portanto, que a humanização da atenção em saúde é uma questão ampla, fortemente vinculada às concepções e aos valores que cada profissional atribui à participação do paciente no próprio cuidado, bem como à sua responsabilidade enquanto agente comprometido com as transformações necessárias nesse campo. A humanização configura-se como uma política de saúde, cujo dispositivo central, o acolhimento, representa uma atitude vinculada ao componente ético do cuidado, manifestando-se ou não nas práticas cotidianas do campo da saúde. Trata-se, portanto, de uma postura que se expressa nas relações estabelecidas entre os serviços, os profissionais e os usuários, orientando as interações e intervenções com base no respeito, na escuta e na corresponsabilidade.

Todo esse processo demanda transformações significativas na formação dos profissionais de saúde, com a incorporação de uma nova visão sobre o cuidado, baseada na sensibilidade, na escuta e na compreensão ampliada do objeto de seu trabalho. No entanto, embora a ampliação e o aprofundamento da formação dos cuidadores representem um avanço relevante, é importante reconhecer que a intervenção exclusivamente no campo educacional não é suficiente. Para que um projeto de humanização da assistência seja efetivo, promovendo uma relação mais qualificada entre equipe e usuário, é indispensável que ele esteja articulado a mudanças nos aspectos gerenciais e organizacionais dos serviços de saúde, bem como na estrutura física das instituições. Essa articulação deve integrar o uso de tecnologias com práticas de acolhimento, melhores condições de trabalho e a promoção de processos comunicacionais mais eficazes. Acredita-se que esse é um espaço ainda em construção, que se consolida por meio da interseção de saberes entre usuários e profissionais, fundamentado na escuta ativa, no diálogo e no respeito mútuo.

Nesse sentido, a efetivação da Política de Humanização depende da capacidade de articular o "o que fazer" ao "como fazer", unindo teoria e prática, conhecimento e transformação da realidade de forma coerente e integrada. Transformar os modos de construção das políticas públicas de saúde requer o enfrentamento de um *modus operandi*

ainda pautado pela fragmentação, sustentado por uma lógica excessivamente especializada e pela falsa premissa de que a humanização se restringe a determinadas áreas ou contextos específicos do cuidado.

No processo de qualificação do SUS, a humanização não deve ser concebida como apenas mais um programa a ser implementado nos diversos serviços de saúde, mas sim como uma política transversal, que permeia toda a rede de atenção. Reduzi-la a um programa específico corre o risco de reforçar relações verticais, baseadas em normativas impostas de forma hierárquica, que muitas vezes resultam em práticas burocráticas, descontextualizadas e fragmentadas. Nessa lógica, as ações passam a ser orientadas por metas e indicadores quantitativos, frequentemente desvinculados da resolutividade e da qualidade real do cuidado oferecido.

A temática da humanização e da qualidade dos serviços de saúde ganhou maior visibilidade a partir da XI Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano 2000, sob o tema *Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social*. Desde então, diversos autores têm se dedicado à discussão do conceito de humanização, com destaque para as contribuições de Ayres (2005) e Deslandes (2004, 2006). Vale ressaltar que, já em 1996, a X Conferência Nacional de Saúde havia emitido parecer favorável à criação das ouvidorias no SUS, evidenciando um movimento crescente em direção ao fortalecimento da participação social e ao aprimoramento das relações entre usuários e serviços de saúde.

O estudo da humanização do atendimento em saúde revela-se de fundamental importância, pois a construção de um cuidado pautado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade e a participação social do usuário exige a revisão das práticas diárias, valorizando tanto a dignidade do profissional quanto a do usuário.

As instituições frequentemente não proporcionam um ambiente adequado, nem disponibilizam recursos humanos e materiais em quantidade e qualidade suficientes, o que acaba desmotivando os profissionais a promoverem mudanças em sua prática. É importante destacar que a humanização também requer investimentos no trabalhador, garantindo-lhe condições adequadas para oferecer um atendimento verdadeiramente humanizado. Discutir a humanização da assistência em saúde coletiva envolve refletir sobre a construção de serviços resolutivos e de qualidade, nos quais as necessidades de saúde dos usuários sejam assumidas

como responsabilidade compartilhada por todos os atores sociais envolvidos no processo de trabalho.

Diante da necessidade de promover mudanças no atendimento do SUS, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como Política de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no SUS (HumanizaSUS). A partir dessa iniciativa, a humanização deixou de ser tratada como um programa específico para passar a ser reconhecida como uma política transversal, que orienta os princípios e modos de atuação nas relações entre os diversos atores que compõem a rede SUS.

Observa-se que a Política Nacional de Humanização (PNH) ainda está fortemente concentrada no ambiente hospitalar. Essa constatação ressalta a urgência de ampliar a humanização do atendimento para todos os níveis de atenção à saúde da população.

2.1.5 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

A Rede de Atenção Psicossocial, conhecida como RAPS, é formada por uma rede coesa e conectada de diversos serviços que visam apoiar indivíduos enfrentando transtornos mentais e problemas relacionados ao uso inadequado de álcool e outras substâncias, dentro do sistema do SUS. Isso inclui o desenvolvimento de iniciativas que promovem a intersetorialidade para assegurar um cuidado completo. A promoção da saúde mental no Brasil abrange a ação do Governo Federal, além dos Estados e Municípios. Os atendimentos voltados para saúde mental ocorrem nos serviços de Atenção Primária à Saúde e nos Centros de Atenção Psicossocial, que estão disponíveis em diversas regiões do país, proporcionando assistência profissional diversificada e apoio terapêutico adaptado às circunstâncias individuais. Diversas modalidades desses serviços possibilitam também a oferta de abrigo noturno e/ou cuidados contínuos para casos mais complexos (GOV, 2025).

Ao integrar o respeito pelos direitos humanos, incentivando a autonomia e a liberdade de expressão, a justiça social, quebra do estigma, acesso a serviços de qualidade, cuidado holístico, humanização e abordagens de Redução de Danos, são princípios fundamentais na oferta de serviços de saúde mental. De acordo com o Ministério da Saúde (2025), as diretrizes principais do RAPS incluem a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Consultório na Rua, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidade de Acolhimento (UA), SAMU, Programa

de Volta para Casa (PVC), Centro de Convivências, Serviços de Residências Terapêuticas (SRT), Hospitais Gerais e a Atenção Primária à Saúde (APS).

Mesmo conquistando muitos avanços, a RAPS ainda possui dificuldade no alcance da desinstitucionalização. Em 2016, houve uma redução no financiamento e implantação de novos serviços, além disso, existem problemas que persistiram, como a fragilidade na articulação intra e intersetorial, o estigma com saúde mental e os obstáculos à reinserção social de pessoas que passaram por longos períodos de institucionalização. (SAMPAIO e JÚNIOR, 2021).

De acordo com a Portaria (2011), ressalta-se uma vasta lista de metas específicas da RAPS, destacando especialmente a relevância da coordenação entre as várias esferas de assistência à saúde. Dentro delas estão; (I) Promover assistência à saúde, especialmente para os grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e comunidades indígenas); (II) controlar o uso e a dependência de crack, álcool e outras substâncias; (III) minimizar os prejuízos causados pelo uso de crack, álcool e outras substâncias; (III) Promover a recuperação e a reinserção de indivíduos com distúrbios mentais e necessidades derivadas do consumo de crack, álcool e outras substâncias na sociedade, através do acesso ao trabalho, renda e habitação solidária; (V) Incentivar métodos de capacitação contínua para os profissionais de saúde; (VI) Adotar campanhas intersetoriais de prevenção e diminuição de danos em colaboração com entidades governamentais e da sociedade civil; (VII) gerar e disponibilizar informações acerca dos direitos humanos, estratégias de prevenção e assistência, bem como os serviços acessíveis na plataforma digital. (VIII) gerenciar e estruturar as necessidades e os fluxos de atendimento da Rede de Atenção Psicossocial (IX), acompanhar e avaliar a qualidade dos serviços através de indicadores de eficácia e resolutividade da assistência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

2.1.6 RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA

A residência terapêutica representa um modelo de atendimento voltado para pessoas com transtornos mentais severos, visando incentivar a autonomia e a reintegração social desses indivíduos. Consoante Brasil (2019), essa abordagem é organizada para criar um espaço de convivência compartilhada e voltada para a terapia, oferecendo aos residentes um

apoio constante em suas atividades cotidianas e na administração de suas condições de saúde mental.

A residência terapêutica se distingue dos hospitais psiquiátricos ao oferecer uma abordagem mais humanizada e integrada à realidade social. Conforme ressalta Silva et al. (2023), esse modelo de residência tem como objetivo diminuir o estigma relacionado aos transtornos mentais e promover a inclusão dos indivíduos na comunidade. Os autores indicam que a abordagem terapêutica nas residências desempenha um papel fundamental na recuperação e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

As Residências Terapêuticas Tipo 1 e Tipo 2 são modalidades de acolhimento para pessoas que enfrentam transtornos mentais severos, conforme estipulado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A Residência Tipo 1 é destinada a indivíduos que possuem um grau maior de autonomia, proporcionando um ambiente residencial com suporte terapêutico contínuo e incentivo à reintegração social. Em contrapartida, a Tipo 2 é voltada para aqueles que apresentam necessidades mais complexas, necessitando de um apoio mais constante e individualizado, que inclui acompanhamento diário intensivo e intervenções em situações de crise. Ambas as categorias têm como objetivo promover a inclusão social e melhorar a qualidade de vida, respeitando a individualidade e as particularidades de cada residente. Pesquisas recentes evidenciam a relevância dessas residências na diminuição de internações hospitalares e no fomento a uma vida comunitária mais estável e participativa (SANTOS, 2022).

A Residência Terapêutica (RT) tem um papel fundamental no auxílio à recuperação e reintegração de indivíduos com graves distúrbios mentais, oferecendo um ambiente que une o apoio profissional à independência pessoal. Estes locais proporcionam assistência constante e individualizada, simplificando a integração dos pacientes na vida em comunidade e diminuindo a demanda por internações prolongadas. Segundo Silva, Freitas e Moreira (2022), a residência terapêutica tem um papel crucial na inclusão social e na qualidade de vida dos pacientes, além de reduzir o estigma ligado aos distúrbios mentais. A efetividade deste método de assistência evidencia a relevância de políticas governamentais que promovam sua ampliação e melhoria.

2.1.7 OFICINA TERAPÊUTICA E MUSICOTERAPIA

O surgimento das oficinas terapêuticas, tal como são conhecidas atualmente no Brasil, remonta ao trabalho inovador de Nise da Silveira na década de 1940. Como psiquiatra, ela propôs uma abordagem revolucionária que destacava a importância terapêutica dessas oficinas, enquanto também promovia a conscientização sobre possíveis abusos dentro das instituições. O eixo central da metodologia de Nise era o conceito de convite, onde as pessoas eram encorajadas a participar, mas não forçadas, em oficinas que incluíam uma variedade de atividades, como trabalho manual (carpintaria, costura e confecção de calçados), artes expressivas (pintura, escultura, música e dança), atividades recreativas (excursões e festas) e envolvimento cultural (NUNES; et al., 2015).

As oficinas terapêuticas representam uma das estratégias de cuidado oferecidas pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tendo como foco principal a reabilitação e reintegração social de pessoas que convivem com transtornos mentais severos e duradouros. Esses espaços funcionam como ambientes de convivência, criação e expressão pessoal, organizando-se em três categorias principais. As oficinas expressivas estimulam a manifestação artística por diferentes meios, como pintura, escultura, desenho, dança, teatro, poesia, leitura, escrita, música e fotografia. Já as oficinas de geração de renda têm como proposta o desenvolvimento de competências práticas que possibilitam autonomia financeira, com atividades como culinária, costura e marcenaria. Por fim, as oficinas de alfabetização visam fortalecer ou construir habilidades básicas de leitura e escrita, essenciais para o exercício pleno da cidadania, especialmente entre aqueles que tiveram acesso limitado à escolarização formal (NUNES, et al; 2015).

Conforme aponta Rauter (2000), as oficinas terapêuticas buscam construir novas articulações entre elementos como o desejo, a atividade laboral e a expressão artística. Mais do que simplesmente adaptar-se às normas sociais vigentes, a proposta dessas oficinas é retomar a conexão entre o fazer artístico, o trabalho e os aspectos essenciais da existência, como a criatividade e o desejo. Esse processo abre espaço para a reinvenção da vida cotidiana, especialmente em um contexto em que os modos tradicionais de viver são constantemente fragmentados pelas dinâmicas do capitalismo. Nessa perspectiva, reinventar a vida torna-se um caminho para experimentar outras possibilidades de existência e criar formas alternativas de viver, o que pode ser entendido como um exercício de plasticidade.

Em relação a oficinas que utilizam música, Batistela *et al.* (2020, p.7) destacam que:

[...] além de se beneficiar nas trocas de saberes e espaço de aprendizado e de expressão, a música proporciona um rol de aprendizados e transformações

que impactam não somente no indivíduo durante a oficina, bem como em toda a sua rede pessoal e social. De tal forma, podemos inferir que a música tem a potencialidade de influenciar no processo de reinserção social, familiar e comunitário dos atendidos [...]

Batistela *et al.* (2020) também afirmam que as atividades devem ser moldadas a partir do interesse dos usuários e demais características do contexto em que vivem. Os autores concluem que é por meio da troca de vivências e de saber que a oficina de música fortalece o potencial de reinserção social, familiar e comunitária de usuários da RAPS.

A música transcende as barreiras físicas e desempenha um papel crucial no crescimento do indivíduo, sendo um fenômeno quase inerente ao funcionamento do cérebro e relevante para o progresso humano. O autor também menciona que a interação do ser humano com a música gera ativações e conexões que se traduzem em transformações notáveis, estabelecendo uma harmonia (VARGAS, 2012).

A música influencia o sistema nervoso autônomo, proporcionando momentos de alegria e relaxamento. Ela traz energia, tranquilidade, oferecendo conforto, estimulando o pensamento e a reflexão. Isso aumenta o bem-estar, promovendo melhorias nos aspectos emocionais, físicos, espirituais e mentais. Além disso, altera a respiração, oxigenação, digestão, circulação sanguínea e o ritmo nervoso e emocional. Ela aumenta a atenção, estimula a memória e a atividade motora, melhora o humor, diminui a irritabilidade, o estresse e a melancolia, aumenta a atenção, aumenta a memória e a atividade motora, aumenta a memória, reduz a raiva (FEITOSA, 2020).

2.2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de natureza explicativa, cujo objetivo é compreender o funcionamento de uma Residência Terapêutica (RT), assim como identificar os efeitos da musicoterapia no humor, no comportamento e na interação social de usuários da Residência localizada na região oeste do RS.

No dia 24 de março de 2025, foi realizado contato telefônico com a coordenadora do SRT. A partir desse contato, ficou acordado que os discentes compareceram ao local na quarta-feira, 26 de março. Os estudantes estiveram presentes na data e horário combinados, porém, a coordenadora não se encontrava no local.

Durante as tentativas de contato com a instituição, foi notável uma certa resistência por parte dos integrantes do local. Onde todas as circunstâncias de retorno os funcionários não sabiam informar se os alunos poderiam iniciar as atividades, assim como a demora da coordenadora em confirmar o projeto de pesquisa. Além disso, a equipe de gestão demonstrou-se frequentemente indisponível ou irresponsiva quando contatada.

Eventualmente com o sucesso do contato e planejamento da visita dos discentes, foi determinado que a prática iniciaria terça-feira, 13 de maio. Neste primeiro encontro a gestão foi questionada sobre possíveis demandas dos usuários, foram mencionados o processo de higienização dos residentes e possíveis atividades espirituais, que não necessariamente seriam cabíveis ao trabalho proposto. A partir deste encontro foi determinado que os discentes iriam comparecer nas terças e sexta-feiras entre o período das 14 horas até às 16 horas.

O primeiro encontro focado nos usuários da SRT foi feito na terça-feira seguinte, 20 de maio, este com a proposta de desenvolver um diário para o acompanhamento das intervenções futuras. Porém, foi observado um interesse em expressão musical por parte de alguns residentes, a partir disso foi alterado o plano de ação dos discentes, favorecendo uma intervenção mais focada na expressão musical. A partir do segundo encontro, que ocorreu sexta-feira, 23 de maio, ficou mais solidificado o processo de abordagem feito, sendo misturada a exploração musical com atividades lúdicas favorecidas pelos 11 residentes.

2.3 RESULTADOS

Observou-se que em diferentes momentos houve atos de resistência por parte dos gestores presentes, notável quanto a falta de interesse em manter contato com os discentes presentes, na demora a aceitação da proposta, ao responder as mensagens, e não mostrarem-se presentes durante os encontros. Assim que os discentes chegaram para o trabalho com os residentes, houve resistência da parte da equipe presente, uma imposição de que não haveria interesse dos residentes quanto às atividades desenvolvidas pelos discentes. Há de ressaltar que em várias ocasiões a própria equipe presente demonstrou-se incomodada com as atividades sendo desenvolvida com os residentes, ocasionalmente interrompendo as atividades e dificultando a concentração dos residentes quanto os trabalhos sendo desenvolvidos.

Mais tarde a coordenação viria a sugerir ainda atividades relacionadas à religião e/ou higiene pessoal. Tais posicionamentos contrastam com os princípios que norteiam o

funcionamento de uma Residência Terapêutica, cuja finalidade é oferecer suporte à recuperação e reintegração dos indivíduos, por meio de um ambiente que promova tanto o acolhimento profissional quanto a autonomia pessoal (SILVA et al. 2022), ao qual esperaria-se que os cuidados e suporte para autonomia pessoal quanto estes indivíduos seria um ponto de sumo importância nas diretrizes da Residência Terapêutica, mas não foi observado esta realidade, se ainda há dificuldades ao manter higiene. O que ainda preocupa neste caso, seria a imposição de imagens religiosas sem respeitar a individualidade religiosa de cada um. Enquanto a RAPS, como parte do SUS, tem como diretriz fundamental o respeito aos direitos humanos e a garantia da autonomia e liberdade das pessoas, o que inclui a liberdade religiosa.

É afirmado na Portaria Nº 3.088, de 2011, que um dos objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial é “garantir a articulação e integração das redes de saúde no território [...]” e a “garantia do acesso e da qualidade dos serviços [...]”. No entanto, a partir dos encontros realizados na RAPS, foi possível observar uma negligência do local que foi disponibilizado para pesquisa. O espaço apresentado era escuro, sujo e os pacientes não possuíam uma rotina de atividades e nem frequentavam outros CAPS para oficinas terapêuticas. Os pacientes que realizaram as dinâmicas não tinham um acompanhamento monitorado em relação às atividades de lazer, onde passavam extensa parte do turno da tarde dentro dos seus quartos sozinhos.

Durante o processo das interações, os pacientes relataram o prazer por música, onde sinalizaram que não possuíam disponibilidade para essas tarefas. Mas ao transcorrer da oficina de musicoterapia, foi notória a dedicação dos indivíduos em cada processo oferecido. Os integrantes cantavam, dançavam e relatavam lembranças dos seus familiares. Além de trabalharem a memória, sinalizavam prazer em realizar as demandas. Questionavam quando aconteceriam novos encontros, pediam para ficar com os materiais para ensaiar e praticar no tempo livre.

Em um dos momentos de contato com a direção foi relatado que apenas um dos residentes está presente a menos de dez anos no local, também foi observada uma falta de domínio dos diagnósticos dos pacientes e uma falta de comprometimento com seu bem estar através do perceptível descomprometimento com as medicações. Outra ocasião importante de relatar foi a reclamação de um dos residentes em relação ao frio, após esta reclamação nada foi feito para buscar a resolução do problema, enquanto a gestão permanecia em sua sala utilizando uma estufa.

Com o acompanhamento realizado na residência, observaram-se alguns aspectos positivos e outros alarmantes sinalizados pelos pacientes da instituição. Foram escolhidos alguns registros de atividades e feita uma comparação entre os aspectos negativos debatidos com os alunos, será mostrado no relato 01;

01 ACOMPANHAMENTO DA OFICINA DE ARTE/MUSICOTERAPIA



(Dados compilados pelos autores, 2025)

Com base nas representações das ilustrações, destaca-se a participação nas dinâmicas propostas durante os 6 encontros. Foi possível verificar o funcionamento da Residência Terapêutica através do desenvolvimento prático das propostas pelos alunos. Dentro desse ambiente, os pacientes relatam ter muita dificuldade em realizar os exercícios de lazer e que boa parte deles ficava sozinha nos seus quartos. Ao desenrolar a oficina, verificou a felicidade dos participantes e o aguardo dos mesmos antes dos alunos chegarem, onde já esperavam na sala com seus rádios e objetos pessoais para as propostas. O interesse demonstrado pelos residentes reforça a afirmação de Batista et al. (2020), de que as atividades devem ser moldadas a partir do interesse dos usuários e demais características do contexto em que vivem.

As diretrizes presentes na Portaria Nº 3.088, de 2011, que preveem a articulação, integração, parceria e co-responsabilidade da RAPS não demonstraram-se presentes na residência, pois através do acompanhamento feito pelos discentes foi perceptível uma falta de

comunicação entre a Residência Terapêutica e a RAPS, sendo relatado por diferentes residentes que não eram disponibilizadas as oficinas oferecidas pelo CAPS, e que as visitas aos serviços eram extremamente raras. Também foi observada uma falta de comunicação interna, comprovada pela falta de conhecimento da gestão em relação às patologias dos residentes e desconhecimento das comunicações feitas entre os discentes e diferentes membros da coordenação.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que os usuários da Residência Terapêutica não são tratados de forma humanizada, como previsto na portaria nº 3.088 de 2011. Destaca-se um retrocesso das conquistas feitas pela luta antimanicomial, porque não é aparente um cuidado com foco em reintrodução social ou desinstitucionalização. Assim como a falta de cuidado com o ambiente utilizado pelos residentes, também percebe-se um tratamento demasiado rígido em diferentes momentos.

Uma das dificuldades encontradas foi a comunicação com a direção, que demonstra-se frequentemente não responsiva e pouco interessada na realização de intervenções com os usuários. É da opinião dos discentes que estes retrocessos se dão em conta de uma falta de gestão e funcionários qualificados, assim como a falta de fiscalização do funcionamento dos serviços domiciliares.

Ao concluir este trabalho, afirma-se a importância de um ambiente que favorece o desenvolvimento de atividades diárias e de lazer para pessoas que estão no processo de reabilitação social, esclarecendo seus direitos e oferecendo um tratamento humanizado. Observou-se a precariedade do local e da vida diária dos integrantes da residência, que após a introdução da musicoterapia e da estimulação de atividades higiênicas, lúdicas e de alfabetização, notou-se o resgate de memórias afetivas e motivação para a prática de atividades físicas para uma rotina mais participativa e íntegra.

REFERÊNCIAS

ACEBAL, Júlia Souza et al. O habitar na reabilitação psicossocial: análise entre dois Serviços Residenciais Terapêuticos. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 127, p. 1120-1133, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012713>. Acesso em: 17 maio 2025

BARBOSA, Matheus Felipe dos Santos et al. Serviço Residencial Terapêutico, desinstitucionalização e autonomia dos usuários: revisão integrativa. **Revista Foco**, v. 16, n. 9, p. 1-22, 2023. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/1276>. Acesso em: 17 maio 2025

BARBOSA, Guilherme Correa; COSTA, Tatiana Garcia da; MORENO, Vânia. Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental / Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 4, n. 8, p. 45-50, 2012. DOI: 10.5007/cbsm.v4i8.68650. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68650>. Acesso em: 25 maio 2025

BATISTELA, Maria da Rocha; GARCIA, Andreia Sanches; OLIVEIRA, Daniela Emilena S. D. de. Oficinas Terapêuticas e a Música no CAPS: contribuições para a saúde mental brasileira. **Revista Intraciência**. v. 19, 2020. Disponível em: https://uniesp.edu.br/sites/guaruja/exibe_edicao.php?id_edicao=284# Acesso em: 23 maio 2025

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo?. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 389–394, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000200014>

BLEICHER, Lana; BLEICHER, Taís. Esse tal de SUS. In: BLEICHER, Lana; BLEICHER, Taís. **Saúde para todos, já!** 3ª ed. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 15-40

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Memória da loucura: apostila de monitoria**. Série I. História da Saúde no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria_loucura_apostila_monitoria.pdf

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 247, Seção 1, p. 230-232. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

CARVALHO, Denis Barros de; SANTANA, Janaína Macêdo; SANTANA, Vera Macêdo de. Humanização e controle social: o psicólogo como ouvidor hospitalar. **Psicologia: Ciência e**

Profissão, v. 29, n. 1, p. 172–183, 2009. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000100014>

FALK, Maria Lúcia Rodrigues; FALK, João Werner; OLIVEIRA, Francisco Arsego de; MOTTA, Marta Silvana da. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Revista APS**, V. 13, n. 1, p 4-9, 2010. Disponível em:
<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14277/7727>

FEITOSA, S. E. **Musicoterapia e psicologia: a música como instrumento terapêutico nos ambientes de cuidado**. Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Psicologia) – Universidade Federal de Alagoas, Instituto de Psicologia, 2020. Disponível em:
<https://www.repositorio.ufal.br/bitstream/123456789/10209/1/Musicoterapia%20e%20Psicologia%20a%20m%C3%BAtica%20como%20instrumento%20terap%C3%AAutico%20nos%20ambientes%20de%20cuidado.pdf>

FIGUEIREDO, Ana Cristina. Uma breve revisão da reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise e a psicologia. **Revista Psicologia Política**, v. 19, n. 44, p. 78-87, abr. 2019. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2019000100009&lng=pt&nrm=iso

GOVERNO FEDERAL. **Rede de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>

LIMA, Déborah Karollyne R. R.; GUIMARÃES, Jacileide. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 3, p. e290310, 2019. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290310>. Acesso em: 9 maio 2025

NETO, Oswaldo França. Os efeitos colaterais da psicanálise e a reforma psiquiátrica. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 5, n. 11, p. 1–13, 2013. Disponível em:
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68792>. Acesso em: 25 maio 2025

NUNES, V. S.; TORRES, M. A.; ZANOTTI, S. V. O psicólogo no CAPS: um estudo sobre oficinas terapêuticas. **ECOS: Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 5, n. 2, 2015. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1649/1200>

OLIVEIRA, M. F. et al. Musicoterapia como ferramenta terapêutica no setor da saúde: uma revisão sistemática. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 12, n. 2, p. e871-e878, 2014

PICCININI, Walmor J. Voando sobre a história da psiquiatria II. **Archives of General Psychiatry**, v. 5, n. 9, 2000. Disponível em: <https://www.polbr.med.br/ano00/wal0900.php#1>

RAUTER, C. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, P. (org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 267-277. Disponível em:
<https://books.scielo.org/id/htjgj/pdf/amarante-9788575413197-13.pdf>

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; JÚNIOR, José Patrício Bispo. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. e000042620, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>. Acesso em: 23 maio 2025

SANTOS, L. S. A eficácia das residências terapêuticas na reabilitação de pessoas com transtornos mentais. **Revista Brasileira de Saúde Mental**, v. 14, n. 1, p. 45-59, 2022

SCARCELLI, Ianni Régia. **O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo 1989-1992**. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998 Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-03112005-221529/>

SILVA, P. T.; FREITAS, L. M.; MOREIRA, V. G. Modelo de residência terapêutica e a reintegração social de pessoas com transtornos mentais. **Psicologia e Sociedade**, v. 30, n. 4, p. 201-215, 2022

SILVA, J. R.; OLIVEIRA, M. A.; PEREIRA, L. M. Residência Terapêutica: Impactos na Reintegração Social de Pessoas com Transtornos Mentais. **Revista Brasileira de Saúde Mental**, v. 27, n. 1, p. 85-98, 2023

SIMÕES, Ana Lúcia de Assis; RODRIGUES, Fernanda Resende; TAVARES, Darlene Mara dos Santos; RODRIGUES, Leiner Resende. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 439–444, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000300009>

SOUZA, A. B.; SILVA, I. E. R.; RAMOS, T. D. Luta antimanicomial e reforma psiquiátrica no SUS: ações desenvolvidas pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Porto Velho, Brasil. **Reunião Científica**, n. XI, 2019. Disponível em: <https://periodicos.saolucas.edu.br/index.php/reuniao/article/view/788>

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha; MORAIS, Normanda Araújo de. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 80–88, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000100022>

VARGAS, M. E. R. Influência da música no comportamento humano: explicações da neurociência e psicologia. In: **ANAIS DO CONGRESSO INTERNACIONAL DA FACULDADES EST**, v. 1, São Leopoldo: EST, 2012. Disponível em: <http://anais.est.edu.br/index.php/congresso/article/viewFile/141/66>

YASUI, Silvio. Conhecendo as origens da reforma psiquiátrica brasileira: as experiências francesa e italiana. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 18, n. 2, p. 585–589, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Ss6wDQf7mgr4zmdN6shzhBc/>