



**DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS AOS LARES ASSISTIDOS: A
IMPLANTAÇÃO DE RESIDÊNCIAS TERAPEUTICAS¹**
*OF THERAPEUTIC COMMUNITIES TO ATTENDED HOMES: IMPLANTATION OF
THERAPEUTIC HOMES*

Nancy Greca Carneiro
Mestrado em Antropologia Social - UFPR
Professora e Supervisora de Graduação no Curso de Psicologia - PUCPR
nancy.carneiro@pucpr.br

Karina Nalevaiko Rocha
Psicóloga, graduada - PUCPR
karina_rocha@guabi.com.br

RESUMO

Residências Terapêuticas constituem-se como alternativas de moradias localizadas no espaço urbano e se destinam a pessoas internadas há muitos anos em Hospitais Psiquiátricos. Este trabalho originou-se de uma pesquisa realizada na iniciação científica que mapeou os projetos de *Residência Terapêutica* na cidade de Curitiba e Região Metropolitana, descreveu suas estruturas básicas comuns e caracterizou seu funcionamento e estrutura. Tem a intenção de apresentar algumas considerações acerca da implantação de residências terapêuticas e oferecer subsídios analíticos para o acompanhamento e a necessária avaliação deste processo de desinstitucionalização de pacientes que foram objeto de internamento psiquiátrico de longa duração. Aponta como prioridade a presença constante da pesquisa sobre os serviços de saúde mental no Brasil e estabelece uma interlocução necessária com a universidade, na certeza de que saúde e educação devem ser direito de todo cidadão.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Residência terapêutica. Reforma psiquiátrica. Paciente asilar.

1 INTRODUÇÃO

Vive-se hoje no Brasil um dos mais singulares processos de transformação na Área da Saúde Mental em geral e no campo da Assistência Psiquiátrica em particular. Uma produção teórica intensa no sentido de oferecer recursos de capacitação de profissionais, a criação de novos operadores em saúde mental e na psiquiatria social, a emergência de um conjunto de leis e



resoluções de reforma psiquiátrica e a constituição de novas práticas assistenciais é a prova mais significativa desse processo, não apenas brasileiro, mas de muitos outros países¹.

Objeto de um longo e sistemático processo de exclusão promovido pelo internamento de longa duração do paciente mental, a desinstitucionalização do paciente psiquiátrico se apresenta no centro desse processo de mudança. No entanto, a deshospitalização não pode significar desassistência e abandono do paciente que necessita de cuidados na situação de crise ou de perigo e/ou de atenção constante.

Nestes casos o internamento é necessário e os serviços territoriais têm de responder às necessidades do paciente seja a de afastamento de seus familiares e de sua rede social, seja a de atendimento clínico ou psicossocial (BRASIL, 2001). Para tanto os serviços substitutivos em saúde mental, previstos pela Reforma Psiquiátrica², devem oferecer a possibilidade de leitos, não apenas em hospitais psiquiátricos ou em enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, mas também nos Centros de Saúde Mental ou em núcleos de atenção, que funcionem 24 horas, oferecendo vagas de hospitalidade diuturna. Um destes serviços é a criação de grupos/apartamentos ou repúblicas, isto é, residências de usuários do serviço de saúde mental. São muitos os pacientes crônicos e/ou asilares que, embora possuam condições clínicas de convivência e reabilitação, não possuem recursos financeiros ou familiares para recebê-los; outros, ainda jovens, que, por inúmeras razões, não possuem vínculos efetivos ou rede social de apoio. Enfim, são muitos os casos e as possibilidades de acolhimento que as Casas Lares ou Residências Terapêuticas podem oferecer e certamente representar uma alternativa fundamental na complexa rede de atenção à Saúde Mental no Brasil³.

¹ Este artigo é resultado de um projeto de pesquisa intitulado “Novas perspectivas de atendimento em Saúde Mental no Estado do Paraná” apresentado pela professora Nancy Greca de Oliveira Carneiro ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica. O subprojeto do aluno, intitulado “Das Comunidades Terapêuticas aos Lares Assistidos: Um Projeto de Implantação de Residências Terapêuticas” foi conduzido por Karina Nalevaiko.

² Desencadeado o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, inaugura-se um longo processo de desinstitucionalização da loucura que se dá com a sistemática implantação de novos serviços assistenciais alternativos, entre outros, o serviço ambulatorial, que evita o internamento compulsório e acompanha o paciente egresso após a alta, até o sistema de pensão protegida, em que o paciente mantém vínculo ocupacional e profissional fora da instituição ou o sistema de hospital-dia em que o paciente é mantido no convívio familiar e permanece na instituição durante o dia para atividades terapêuticas, ocupacionais ou recreativas. Acrescente-se a estas outras iniciativas institucionais como os Caps (Centros de Assistência Psicossocial) ou comunitárias como as Associações de Psicóticos, Amigos e Familiares.

³ Os Princípios e Diretrizes do SUS se definem nos seguintes princípios: universalização do acesso aos serviços, integralidade de atenção, equidade no atendimento, participação e controle social e descentralização da gestão, observada as necessidades peculiares e o perfil epidemiológico de cada localidade.

A Comunidade Terapêutica surge como uma dessas experiências assistenciais possíveis de serem conduzidas nos Hospitais Psiquiátricos e em Enfermarias Psiquiátricas inseridas em Hospitais Gerais, mas também capaz de estender seus princípios básicos para a construção de Residências Terapêuticas ou Lares Assistidos.

1.1 Das Comunidades Terapêuticas

Os primeiros modelos de Comunidades Terapêuticas se apresentam no centro dos movimentos da antipsiquiatria que em meados do séc. XX propôs rupturas com o modelo manicomial. De natureza político-institucional, a antipsiquiatria se inaugura como uma crítica e luta contra as instituições manicomiais, responsabilizadas pelos processos de segregação do doente mental e pelos altos índices de cronificação da doença e termina por estender a psiquiatria mental ao espaço público, com o objetivo de promover o atendimento comunitário e prevenir as doenças mentais na área da saúde em geral.

O primeiro período se inicia com as Comunidades Terapêuticas, liderado por jovens psiquiatras, em Londres, por Laing e Cooper (1968), nos EEUU, por Szass (1970) e na Itália, por Baságli; com a Psicoterapia Institucional, na França e atinge seu ápice com as Terapias de Família nos EEUU. O segundo período é marcado pelas experiências da Psiquiatria de Setor, na França, e pela Psiquiatria Comunitária e Preventiva, nos EEUU. (BIRMAN; COSTA, 1994, p.44).

Baseando-se em alguns princípios definidos como revolucionários pela perspectiva clássica da relação alienismo/alienado/manicômio, ou mesmo na perspectiva moderna da relação psiquiatria/doente mental/hospital psiquiátrico, em que se mantém a tradicional relação médico-paciente, a Comunidade Terapêutica se orienta na perspectiva de considerar a contribuição de todos (pessoal, técnicos e pacientes) e na crítica ao predomínio da relação dual médico-paciente, dando lugar à ação da equipe multidisciplinar e incorporando um caráter cooperativo e espontaneamente terapêutico.

Deve-se dizer que não existe um modelo de Comunidade Terapêutica, mas sim diversas modalidades de atuação que em seu contínuo avanço e desconstrução, é de difícil formulação esquemática. De acordo com Amarante (1994, p.13) as Comunidades Terapêuticas em suas diferentes ideologias mantêm algumas características comuns:

- 1) Liberdade de comunicação.
- 2) Análise de tudo aquilo que acontece na comunidade em termos de dinâmica individual e, especialmente, interpessoal.
- 3) Tendência à destruição da tradicional relação de autoridade.
- 4) Possibilidade de gozar de ocasiões de reaprendizagem social.
- 5) Presença de uma reunião (normalmente diária) de toda a Comunidade.

A idéia de comunidade terapêutica em que “todos curam” dá lugar à ação da equipe multidisciplinar, rompe com a exclusividade do modelo médico-psiquiátrico incorporando profissionais de diversas áreas (psicólogos, terapeutas ocupacionais, sociólogos enfermeiros, etc.) e inaugura o conceito de “trabalhador em Saúde Mental” (BASÁGLIA, 1978).

A comunidade terapêutica se orienta em torno da redução dos níveis hierárquicos, da aproximação da administração com os vários procedimentos terapêuticos, das intervenções medicamentosas e psicoterápicas ao atendimento sócio-ocupacional. A nova articulação de seus membros deve permitir que o plano terapêutico medicamentoso, as intervenções ocupacionais, a ação social integrada à família e aos recursos comunitários, os serviços de cuidados da enfermagem, o tratamento clínico do sujeito em sua singularidade, e outras dimensões inovadoras nos processos terapêuticos participem da construção de um plano terapêutico que responda a subjetividade do caso a caso. A presença da equipe multidisciplinar permite uma liderança múltipla em substituição à clássica liderança do modelo médico tradicional.

A experiência das comunidades terapêuticas instaladas no interior dos hospitais psiquiátricos, embora possa oferecer seus princípios a outros serviços, não poderá, no entanto, substituir as condições naturais da vida nas comunidades naturais ou suprir o sujeito impedido de estabelecer seus próprios laços sociais, pois não há comparação possível entre a vida fortemente organizada pela rotina institucional das instituições totais e o residir na

comunidade, com toda a sua complexidade e infinitas possibilidades de troca. (GOFFMAN, 1990).

1.2 Dos Group Homes

Outra experiência interessante e que traz conceitos da importância da vida em comunidade são os Group Homes. Trata-se de residências pequenas, situadas dentro de uma comunidade e projetadas para inserir crianças ou adultos com incapacidades crônicas na sociedade, sejam problemas mentais, intelectuais ou outros. São casas com seis ou menos ocupantes providas de cuidadores treinados 24 horas por dia. São casas padrões, uni familiares e adaptadas às necessidades dos residentes que surgem em resposta ao movimento de desinstitucionalização já em curso nos anos 60 e 70. As casas foram projetadas para fornecer cuidados em um ambiente menos restritivo e integrar os indivíduos na comunidade, reduzindo o estigma e melhorando a qualidade de vida e um dos principais objetivos é aumentar a independência dos residentes. A equipe treinada ensina os residentes a organizarem sua rotina diária e a serem auto-suficientes, fornecendo menos auxílio possível. A rotina diária inclui cuidados com a organização da casa como preparação das refeições, lavanderia, manutenção da limpeza, controle do dinheiro, e também cuidados de higiene pessoal, como banho, tomar a medicação corretamente, escovar os dentes, etc. (FRIEDRECH, 2001). No Brasil, algumas dessas casas são conhecidas como casas de apoio e, diferentemente das residências terapêuticas, administradas pelo poder público, são administradas de forma privada de iniciativa civil ou religiosa.

1.3 Das Residências Terapêuticas

A comunidade, na diversidade de seus grupos sociais e em seu imenso potencial terapêutico inerente à rede social deve ser considerada como o lugar de atuação da psiquiatria e dos serviços de saúde em geral, por agregar os recursos institucionais e humanos da comunidade

(familiares, médicos, educativos, assistenciais, culturais, religiosas, recreativos, etc.) aos recursos terapêuticos e preventivos da psiquiatria.

Em dezembro de 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental ressalta a importância estratégica da implementação dos “Lares Abrigados” para a reestruturação da assistência em saúde mental no País. Finalmente, em 11 de fevereiro de 2000, a portaria nº 106/2000-MS, considerando a necessidade de reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais no âmbito do SUS, a necessidade de garantia de assistência integral e eficaz para a reabilitação psicossocial e a implementação de políticas de melhoria visando à redução das internações em hospitais psiquiátricos resolve criar, então, os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Entre os dias 23 e 25 de setembro de 2004, foi realizado em Paracambi, no Rio de Janeiro, o Encontro Brasileiro sobre Residências Terapêuticas com o objetivo de partilhar experiências e as novas idéias sobre este dispositivo de mudança do modelo de atenção em saúde mental.

O processo de desinstitucionalização de egressos de longa duração e pacientes crônicos compreende hoje os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o Programa De Volta para Casa e o Programa de Reestruturação Hospitalar. “Por tratar-se de uma modalidade substitutiva ao Hospital Psiquiátrico, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para a Residência Terapêutica este deve reduzir o número de leitos disponíveis para novos internamentos.” (RAJÃO, 2004, p. 35)

As Residências Terapêuticas são de responsabilidade dos municípios e administradas por organizações não governamentais, em conjunto com o distrito sanitário da região em que está situada. A iniciativa privada pode comparecer no processo, através das Casas de Apoio e obedecendo aos princípios estabelecidos pela vigilância sanitária.

As Residências Terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Além disso, estas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contêm com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia. (BRASIL, 2004, p.2).

A Secretaria Municipal de Saúde deve repassar uma verba mensal, supervisionar a implantação e gerenciamento do SRT. Os Distritos devem acompanhar o processo de implantação e funcionamento da Residência Terapêutica, incluindo sugestões e indicações de atendimento ao usuário, visando à reinserção social. A Unidade de Saúde deve preparar a vizinhança e a comunidade para acolhimento dos novos moradores, acompanhar as rotinas diárias e realizar o acompanhamento clínico dos usuários. À ONG cabe realizar a manutenção da moradia: promover a autonomia progressiva, atender às necessidades diárias dos moradores, proporcionar projetos terapêuticos individuais, prover equipe de supervisão e administrar os recursos financeiros. A função principal do profissional de referência é potencializar habilidades e permitir que surjam novas necessidades que são prontamente atendidas ou são discutidas e atendidas de acordo com sua real importância. (YOSHIZUMI et al, 2003).

Os SRTs devem contar com suporte de caráter interdisciplinar, como o Caps e o ambulatório de referência especializado em saúde mental e/ou ainda de equipe de saúde da família com apoio matricial em saúde mental. Para além das estruturas básicas e comuns aos SRTs, já determinadas por resoluções a partir da lógica institucional, identificar as características básicas e comuns a estas residências implica procedimentos analíticos que considerem os agentes em questão: moradores, cuidadores, profissionais de referência e a própria comunidade em que se instalam as residências. Segundo Milton Santos “o território não é o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências sócio-culturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo.” (SANTOS apud DELGADO et al, 1997, p. 58-9)

Para estabelecermos este dispositivo dos SRTs, será necessário estender o conceito de CASA/MORADIA que incorpora a idéia que fazemos de LAR para além de seu sentido de Espaço físico habitável, e abrangê-lo em sua dimensão sócio antropológica.

Lar ou Casa, em oposição a um “lugar estranho”, é onde nos sentimos à vontade onde dominamos os códigos e criamos uma rede de referências para nossas vidas. Pode-se aplicar tanto à nossa residência quanto à nossa rua, ao bairro ou à nossa cidade. Este território onde “nos sentimos em casa” é uma construção subjetiva. Ou seja, construímos o lar na medida em que tecemos nosso cotidiano no ambiente em que moramos. (MILAGRES apud AMARANTE, 2003, p. 123)

Ao se mudarem para esta residência, existente *à priori* como dispositivo da rede de atenção, os indivíduos, ao mesmo tempo em que intervêm discursivamente no espaço a sua volta, modificando-o, iniciam um processo de construção e atualização de suas identidades apoiada em uma necessária releitura de suas histórias de vida. Assim, em cada residência terapêutica há tantas “casas” quanto há moradores e em cada um se faz necessário uma apropriação subjetiva deste espaço. “[...] inseridas plenamente no ambiente social, estas residências são construídas como entidades morais, esferas de ação social, províncias éticas dotadas de positividade, domínios culturais institucionalizados.” (DA MATTA, 2000, p. 15).

Os grupos de moradores destas residências não são minimamente homogêneos, na maior parte das vezes de procedência social, econômica e culturais diversas e experiências individuais distintas.

1.4 Uma história breve

A implantação destes serviços substitutivos exige: acompanhar a sistematização de novas legislações e nas salvaguardas legais dos usuários dos serviços psiquiátricos; analisar constantemente e avaliar a reestruturação de serviços e; mobilizar diferentes setores da sociedade civil, pois a implantação de uma rede alternativa de atenção envolve a todos.

Neste sentido, o desenvolvimento de metodologias de avaliação mais participativas, que envolvam um conhecimento amplo das atividades que caracterizam o cotidiano dos serviços substitutivos, talvez seja uma estratégia para distinguir as novas modalidades terapêuticas dos velhos dispositivos manicomiais, além de construir um instrumento analítico privilegiado, sem o qual se corre o risco de reproduzir hegemonias e novos enclausuramentos. (FIDELIS apud AMARANTE, 2003, p.92)⁴

Comprometido com o segundo eixo de ação, realizou-se no ano de 2002, uma pesquisa vinculada ao Programa de Iniciação Científica da PUCPR – PIBIC, que pretendeu localizar os

⁴ FIDELIS, P. O desafio da produção de indicadores para avaliação de indicadores de Serviços de Saúde Mental: um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa, RJ. In AMARANTE, P. **Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003.

projetos implantados e em implantação de Residências Terapêuticas na cidade de Curitiba e Região Metropolitana⁵ e estabelecer os princípios básicos de sua estruturação tais como: espaço físico, número de vagas, papel e constituição da equipe de apoio, estrutura administrativa e funcional da casa, entre outros. (CARNEIRO, N. G.; NALEVAIKO, K, 2005, p. 88- 89)

2 MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa se inicia com o contato dos pesquisadores com a Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, a Coordenação de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Curitiba e a Federação dos Hospitais do Paraná o que possibilitou o levantamento dos Projetos de Implantação de Residências Terapêuticas e o mapeamento destas residências, tanto das que estavam em funcionamento como daquelas em processo de implantação, estabelecendo-se a localização física e região de atendimento.

No período da investigação focalizada, foram analisados os projetos de implantação e as unidades de análise foram visitadas na intenção de selecionar as informações relevantes para a elaboração de instrumentos pré-estruturados da investigação, na forma de questionários e entrevistas semiabertas, entre outros. O projeto inicial da pesquisa pretendeu identificar os informantes, pessoas que, por suas características e/ou funções, tenham amplo conhecimento do contexto estudado; entrevistar os moradores; localizar e entrevistar a equipe técnica de apoio que presta serviços aos moradores e determinar a sua constituição e o seu papel na estrutura geral da instituição; e descrever suas estruturas dinâmicas em funcionamento. No entanto, uma série de dificuldades culminou com o literal impedimento da presença da pesquisadora no interior das residências. O principal motivo apontado pelo responsável por autorizar a pesquisa foi o de que “[...] as residências têm sido alvo de muita curiosidade, de estágios e de pesquisa no âmbito da saúde, gerando constantemente a presença de visitantes

⁵ Caderno de Resumos: PIBIC PUCPR/ Pontifícia Universidade Católica do Paraná. – n.1 (novembro 2005). Curitiba: Champagnhat, 2005. 12º Seminário de Iniciação Científica. 7ª Mostra de Pesquisa da PUC PR.

nas casas”.⁶ Pensou-se na possibilidade de realizar a pesquisa apenas junto aos técnicos de referência e cuidadores, entretanto, os profissionais afirmaram serem papéis em construção e após reflexão e discussão entre si, informaram não se sentirem preparados, para neste momento, ser alvos de pesquisa. Apesar dos esforços realizados pelos pesquisadores no sentido de substituir os informantes, inicialmente determinados como os moradores, pelos cuidadores e/ou técnicos de referência das casas, decidiu-se pela não autorização da pesquisa no interior das casas.

Ora, a pesquisa, principalmente nestes momentos de experiências piloto, deverá estar presente acompanhando diretamente cada ação, cada passo, avaliando de imediato os erros e os acertos, detectando e anunciando dificuldades, focalizando os pontos cegos da prática e sua formalização. A constatação destas dificuldades nos leva a um segundo fenômeno que se pode formular como: qual o papel da Universidade neste processo? ...os treinamentos continuados objetivam capacitar os profissionais para trabalharem na perspectiva de outro paradigma de cuidado. Em Saúde Mental este tipo de mecanismo também se faz necessário, uma vez que a formação universitária é insuficiente para abarcar as novas dimensões no trato com a diferença trazida pelo movimento da Reforma Psiquiátrica. (FIDELIS apud AMARANTE, 2003, p. 116)

Certamente a universidade pode e deve contribuir no desenvolvimento de metodologias de avaliação participativa, que envolvam todos os agentes sociais e esta pode vir a ser uma das vertentes para o estabelecimento de uma ponte entre as universidades e as instituições de saúde, pois sabemos da grande dificuldade encontrada nas avaliações de serviços em Saúde Mental, apontadas como especificidades neste campo. “Todos os aspectos objetivos e materiais, mais que em outras áreas, estão atravessados pela intersubjetividade das relações entre usuários, trabalhadores e instituições de saúde, aumentando as dificuldades já presumíveis nos processos de avaliar qualidade em serviços de saúde.” (PITTA et al., 1995, p. 448).

Embora a intenção inicial da pesquisa, de determinar o perfil dos moradores destas residências não tenha sido alcançada, no trabalho pode-se construir um percurso histórico do processo de implantação das SRTs na cidade de Curitiba.

⁶ Conforme citações do Memo. nº 199/05 – Carta enviada pela Coordenação de Saúde Mental para o Centro de Educação em Saúde em resposta a nossa demanda.

3. RESULTADOS E ANÁLISES

Em Curitiba, o processo de implantação das SRTs se inaugura com o Hospital Nossa Senhora da Luz, que, em 2002, pôde deshospitalizar cinco pacientes internos de longa duração, que foram encaminhados a Residência Terapêutica, através de uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e a Associação Arnaldo Gilberti. Na ocasião, num trabalho de pesquisa destinado a acompanhar o processo de deshospitalização do hospital, estabeleceram-se algumas considerações acerca deste paciente.

Desta forma, o conceito de paciente asilar, embora pensado como de natureza clínica na maioria das vezes, é estritamente um conceito de natureza social-institucional. Pode incluir tanto aquele paciente que se encontra no hospital em um estado crônico da doença, em que os sintomas negativos apontam para uma perda não reversível de algumas de suas funções psíquicas embora não esteja a manifestar sintomas positivos como a presença de delírios e/ou alucinações, quanto àquele que, mesmo na ausência de sintomas positivos ou negativos, permanece internado na instituição. O paciente asilar é aquele cujo sistema de trocas com a sociedade foi rompido e cuja vida relacional restringe-se às relações que ainda mantêm no interior da vida institucional. Em outras palavras, o paciente asilar é o morador de uma instituição total. (CARNEIRO; CARVALHO, 2004).

O paciente agudo caracteriza assim, a situação de crise que deverá ser acolhida nos Centros de Atenção, nos Caps, exigindo por vezes a internação em hospitais psiquiátricos e/ou em enfermarias psiquiátricas instaladas em hospitais gerais, enquanto o paciente crônico é aquele em que, devido a uma história de internamentos reincidentes motivados por crises persistentes que podem vir a determinar uma irreversibilidade no quadro clínico, estabilizam-se geralmente nos sintomas negativos do transtorno. “Este paciente poderá se tornar um paciente asilar, uma vez que suas altas e retornos à família cessem e sua existência seja limitada ao interior de uma instituição total.” (GOFFMAN, 1990 p. 30). O paciente asilar encontra-se, portanto, identificado a um terceiro grupo em que o critério de cronicidade é um critério desprovido de valor clínico e eminentemente de valor social.

Nos anos seguintes cinco novas Residências Terapêuticas se instalam e Curitiba e onze na região metropolitana, totalizando dezesseis SRTs instaladas no período de dois anos.

Residências Terapêuticas de Curitiba					
Curitiba	1ª Residência Terapêutica	2ª Residência Terapêutica	3ª Residência Terapêutica	4ª Residência Terapêutica	5ª Residência Terapêutica
Inauguração	07/09/2002	08/10/2003	15/09/2004	16/09/2004	12/2004
Localização	Bairro Tarumã	Bairro Alto Boqueirão	Bairro Jardim Gabinete	Bairro Tarumã	Bairro Pinheirinho
Moradores	2 homens 3 mulheres	3 homens 5 mulheres	3 homens 4 mulheres	2 homens 4 mulheres	3 homens 5 mulheres
Perfil	Pacientes egressos de Hospital Psiquiátrico entre 43 e 68 anos	Pacientes egressos de Hospital Psiquiátrico entre 43 e 70 anos	Pacientes egressos de Hospital Psiquiátrico entre 43 e 68 anos	Pacientes egressos de Hospital Psiquiátrico entre 43 e 71 anos	Pacientes egressos de Hospital Psiquiátrico entre 45 e 70 anos
Tempo médio de internamento	22 anos	20 anos	20 anos	20 anos	20 anos

Tabela 1 – Residências terapêuticas de Curitiba

Fonte: Caderno de Resumos: PUCPR/ Pontifícia Universidade Católica do Paraná. n.1 (novembro 2005)

Na região Metropolitana, foram instaladas em uma chácara estabelecida em Campina Grande do Sul, oito SRTs e na cidade de Quatro Barras três SRTs, respectivamente nos anos de 2002 e 2004.

Residências Terapêuticas Região Metropolitana		
Região Metropolitana	08 Residências Terapêuticas	03 Residências Terapêuticas
Inauguração	2002	2004
Localização	Campina Grande do Sul	Quatro Barras
Moradores	08 SRTs com 08 moradores cada uma, de ambos os sexos.	03 SRTs com 08 moradores cada, de ambos os sexos.
Perfil	Pacientes egressos do Manicômio Judiciário entre 45 e 80 anos	Pacientes egressos da Colônia Aduato Botelho entre 19 e 80 anos
Tempo médio de internamento	20 anos	22 anos

Tabela 2 – Residências terapêuticas Região Metropolitana

Fonte: Caderno de Resumos: PUCPR/ Pontifícia Universidade Católica do Paraná, n.1 (novembro 2005).

Essas residências foram fundadas pela Pastoral da Sobriedade da Igreja Católica cuja experiência anterior com dependentes químicos e sua reinserção social estava fundamentada nos princípios das Comunidades Terapêuticas. Por esse motivo, recebeu convite por parte da Secretaria de Saúde para trabalhar com uma clientela diferenciada: pacientes egressos do Manicômio Judiciário. Tratava-se de um trabalho inovador e pioneiro no país, levando-se em

conta que esta clientela é alvo de duas espécies de preconceito, um referente a sua saúde mental e outro referente ao delito. A rotina dessas residências assemelha-se com a descrição de outras Residências Terapêuticas, porém, de cunho particular, por tratar-se de uma chácara e os usuários dos serviços trabalharem na agricultura. Localizou-se ainda, na região de Quatro Barras, um grupo de Residências constituídas em torno de um dos grandes Hospitais Psiquiátricos da região metropolitana de Curitiba.

A estrutura básica comum a todas as residências de Curitiba e Região Metropolitana obedeceu aos critérios específicos de espaço físico conforme tabela abaixo.

SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL		
UNIDADE/AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO	
	QUANTIFICAÇÃO	DIMENSÃO (min.)
Sala de estar	1	-
Copa e cozinha	1	-
Quarto	Até 3	(4,5 m ² por cama)
Área de serviço	1	10,0m ²
Banheiro	1	3,6 m ² dim. min.: 1,7m
Quarto para repouso noturno do cuidador	1	4,5m ²

Tabela 3 – Serviços residenciais terapêuticos em Saúde Mental

Fonte: RAJÃO, A. **Residências terapêuticas:** o que são, para que servem? Disponível em <<http://pvc.datasus.gov.br/documentos.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2004.

As residências devem abrigar de um usuário a, no máximo, oito usuários acomodados em até três usuários por dormitório (com cama e armário) e oferecer três refeições diárias (no mínimo). A equipe técnica de apoio na estrutura geral da residência consiste em, no mínimo, um técnico da área de Saúde Mental, de nível superior e dois cuidadores de nível médio (RAJÃO, 2004). Atualmente, o Estado do Paraná conta com vinte e duas Residências Terapêuticas sendo cinco delas na cidade de Curitiba, oito em Campina Grande do Sul, três em Quatro Barras, cinco na cidade de Cascavel e uma em Maringá. Um dado novo é que as residências de Quatro Barras recebem hoje pacientes entre 19 e 80 anos, os mais jovens são pacientes da Colônia Aduino Botelho que não contam com suporte familiar.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do processo de implantação dos Serviços de Residências Terapêuticas em Curitiba e Região Metropolitana revela que, no período de dois anos, o projeto de implantação desencadeado em setembro do ano de 2002 instalou 16 residências terapêuticas. Considerando que a história institucional da loucura aponta para um dos campos mais reacionários e resistentes à modernização na história das Mentalidades e das Instituições Sociais, este período pôde ser interpretado como um movimento decidido em direção à reestruturação de serviços nesta área. No entanto, desde o ano de 2004, embora novas residências tenham sido implantadas no interior do estado, nenhuma nova residência se instalou na cidade de Curitiba e Região Metropolitana.

As primeiras residências terapêuticas de Curitiba obedeceram ao princípio de regionalização estabelecido pelo SUS, pois se localizam em bairros periféricos da cidade e estão plenamente inseridas no espaço urbano. O mesmo não aconteceu com a região metropolitana em que o processo esteve diretamente comprometido com o esvaziamento mais ou menos imediato dos hospitais locais e a conseqüente diminuição de leitos.

Os primeiros moradores dos SRTs, na cidade de Curitiba e Região Metropolitana, apresentam características comuns: são pacientes procedentes de um período de internamento não menor que vinte anos, de ambos os sexos, entre idades de quarenta a setenta anos. Estes sujeitos, para além de possíveis transtornos de ordem mental e/ou comportamental, podem ser considerados pacientes asilares, submetidos a um longo processo de desconstrução e deterioração de suas identidades, cujos padrões e hábitos de conduta se encontram firmemente estabilizados.

Os SRTs são uma das iniciativas de prioridade no processo de Reforma Psiquiátrica, cujo eixo é a desinstitucionalização da relação de tutela e segregação para uma relação cujo *locus* seja a vida nas comunidades. Conduzir o processo de implantação de residências terapêuticas tendo como moradores pacientes asilares não é livre de conseqüências, pois, se comprometido essencialmente com a deshospitalização, o paciente poderá não ser desinstitucionalizado, permanecendo sob tutela institucional. Neste sentido, ao receber recentemente, nestas

residências, pacientes jovens que não contam com suporte familiar, este Serviço revela estar atento ao seu fim de, além de abrigar pacientes advindos de um longo internamento, ser extensivo a outros pacientes tais como jovens e adultos com transtornos mentais, cuja autonomia e/ou suporte familiar sejam insuficientes para proporcionar o apoio de que necessitam.

A substituição do modelo de serviço mental apoiado integralmente no internamento e numa prática clínica constituída a partir da clínica privada – avaliada a partir de número de consultas, tipos de diagnósticos, critérios de internamento, remissão de sintomas entre outros – para o modelo psicossocial de atenção, exige a criação de novos instrumentos analíticos e novos indicadores para a avaliação destes serviços. Da mesma forma, o processo de capacitação para o trabalho em atenção psicossocial, em que a carência de diretrizes institucionalizadas na política de Saúde Mental deixa esta formação a cargo de iniciativas pessoais e diversas, exige uma formação apoiada em operadores qualificados em saúde mental e que possam participar ativamente na práxis destes Serviços.

Caberá à universidade contribuir ativamente com a formação profissional e o desenvolvimento de pesquisas de qualidade que possam subsidiar e produzir conhecimento, colocar-se em colaboração com os órgãos gestores na constante avaliação dos acertos e erros do processo e, finalmente, enquanto instituição membro da comunidade ser um interlocutor ativo no processo.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

AMARANTE, P. **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003.

BASÁGLIA, Franco. **A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Brasil Debates, 1978.

BIRMAN, J. & COSTA, J. F. Organização das instituições para uma reforma comunitária. In. P. Amarante (Org), **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 41-72.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Disponível em <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=219802>> Acesso em: 24 dez. 2010.

_____. Memo. nº. 199/05 – Carta enviada pela Coordenação de Saúde Mental para o Centro de Educação em Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem?** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16p.

CARNEIRO, N. G.; CARVALHO, LUCIANA. O processo de deshospitalização de Pacientes Asilares de uma Instituição Psiquiátrica da Cidade de Curitiba. In **Psicologia, ciência e profissão**, Curitiba, Ano 24, n.3, 2004.

CARNEIRO, N. G.; NALEVAIKO, K. Das Comunidades Terapêuticas aos Lares Assistidos: Um Projeto de Implantação de Residências Terapêuticas. In: SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 12, 2005, Curitiba. Caderno de Resumos. Curitiba: Champagnhat, 2005 p. 88-89.

DA MATTA, ROBERTO. **A Casa e a Rua, espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. 6. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

DELGADO, P. G. et al. **Rede, território e atenção psicossocial – informações demográficas e socioeconômicas sobre as regiões atendidas pelos CAPS de Campo Grande e Santa Cruz – Relatório preliminar I**. Rio de Janeiro: IFB/IMASJM, 1997.

FIDELIS, P. O desafio da produção de indicadores para avaliação de indicadores de Serviços de Saúde Mental: um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa, RJ. In AMARANTE, P. **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003.

FRIEDRECH, L.S. **Group Homes**. Disponível em <www.minddesorders.com/grouphomes> Acesso em: 10 mar. 2009.

GOFFMAN, I. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1990.

MILAGRES, A. L. M. Eu moro, tu moras, ele mora: cinco histórias diferentes em serviços residenciais terapêuticos em saúde mental. In AMARANTE, P. (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Ed., 2003. p. 121-147.

NETO, F.K. Reforma Psiquiátrica e conceito de esclarecimentos: Reflexões e Críticas. In **Mental: Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC**, Minas Gerais, dezembro/2003, nº 1, p. 71-82.

PITTA, A. *et al.* (1995) Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros - Estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 45, p. 441-442, 1995.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Disponível em <www.curitiba.or.gov.br/noticia> Acesso em: 15 set. 2004.

RAJÃO, A. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem?** Disponível em <<http://pvc.datasus.gov.br/documentos.pdf>> Acesso em: 25 out. 2004.

YOSHIZUMI, A.T. et al. Do hospital psiquiátrico à residência terapêutica. In: **Saúde Mental em Curitiba**. Rio de Janeiro: CEBES, 2003, p. 157-163.

Abstract

Therapeutic Residences are constituted of housing alternatives located in the urban space and are destined to people who have been interned in Psychiatric Hospitals for many years. This work resulted from a research produced in a scientific initiation study which mapped the Therapeutic Residence projects in the city of Curitiba and its Metropolitan Region, described their common basic structures and characterized its functioning and structure. It intends to present some reflections concerning the implantation of therapeutic residences in order to offer analytic subsidies to the follow-up and to the necessary evaluation of this process of deinstitutionalization of patients who live in hospitals. It points out the presence of the constant research about the Mental Health services in Brazil as a priority and establishes a necessary interlocution with the University convinced that health and education must be rights of all citizens.

Keywords: Deinstitutionalization. Therapeutic residence. Psychiatric reform. Patients who live in a hospital.

Originais recebidos em: 26/09/2009

Aceite para publicação em: 27 /12/2010