



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

Aione Santos de Oliveira

SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS.

Um novo paradigma de cuidado para a reinserção social e promoção da qualidade de vida das
pessoas com transtorno mental.

Rio de Janeiro

2015

Aione Santos de Oliveira

SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS.

Um novo paradigma de cuidado para a reinserção social e promoção da qualidade de vida das pessoas com transtorno mental.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientador: Erimaldo Matias Nicácio

Rio de Janeiro

2015

Dedicatória

Á minha avó. Que apesar de tudo permanece serena.

Á minha mãe por todo seu esforço.

Agradecimentos

Ao professor Erimaldo, por ter aceitado me orientar.

Á minha mãe pelo apoio para que eu pudesse terminar os estudos.

Ás professoras Mariléia Inoue e Miriam Guindani por participar da banca examinadora deste trabalho.

Á minha prima Aline, minha irmã Aiala, pelo incentivo.

Aos queridos amigos Rodrigo, Camilla e Sara sempre presentes em minha vida.

Á Joel, com quem tive um encontro especial nesta vida e que muito me ajudou para a realização deste trabalho.

Aos amigos que fiz na faculdade, principalmente, Alexandra, André, Margarete, Célia, Luiza, Pâmela, Magda, Quécia, Flávia e Rose.

Á minha supervisora Michele Lessa, uma profissional sensível e comprometida com o seu trabalho. Um exemplo para mim.

Aos pacientes com transtorno mental com os quais desde 2011 tenho tido convivência. A partir de então aprendi a ser um ser humano mais completo, pois passei a aceitar o que parece ser diferente.

Aos professores da Escola de Serviço Social, principalmente os professores Rogerio Lustosa, Magdala, José Augusto, Leilah Landim, Erimaldo Matias, Luiz Eduardo Acosta e Marildo Menegat pela forma como ensinam, pelo conhecimento que me passaram.

Aos profissionais dos CAPS ad Raul Seixas e Centa Rio. Foi devido o ótimo trabalho desenvolvido por esses que me interessei em trabalhar na área.

... se o 'social' não adentra no coração das disciplinas, o psiquiatra se fecha novamente e se defende na nova e velha técnica. O psicólogo tende a imitar o modelo médico e o assistente social se dirige a uma psicologização dos problemas, repondo, de diversos modos, as especializações separadas nas quais cada um é proprietário no próprio setor, de forma que não consente verificações externas.

Franca Ongaro Basaglia, 1996.

OLIVEIRA, Aione Santos de. *Serviços residenciais terapêuticos. Um novo paradigma de cuidado para a reinserção social e promoção da qualidade de vida das pessoas com transtorno mental*. Rio de Janeiro, 2015. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

Resumo

Este estudo monográfico tem por objetivo desenvolver uma revisão bibliográfica sobre o trabalho realizado nos serviços residenciais terapêuticos implantados nas últimas décadas no campo da saúde mental. O trabalho está dividido em quatro capítulos. No primeiro foi abordada a compreensão da loucura como doença e os diversos modelos de tratamento desenvolvidos, no segundo o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, no terceiro uma revisão da Portaria de criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos e das discussões da área, no quarto uma revisão bibliográfica de livros e textos, principalmente da base SciELO sobre experiências atuais das residências. O trabalho busca demonstrar a importância dos Serviços Residenciais Terapêuticos, as dificuldades e avanços deste serviço, e adota para tanto a perspectiva do paradigma da Reforma Psiquiátrica em oposição ao modelo de tratamento tradicional, centrado no hospital.

Lista de Siglas

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
BPC	Benefício por prestação continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
MPAS	Ministério de Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MLA	Movimento da luta Antimanicomial
PDI	Movimento Psiquiatria Democrática- PDI
SRTs	Serviços Residenciais Terapêuticos

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
CAPÍTULO 1 - A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	11
1.1 Breve história da loucura e sua institucionalização	11
1.2 Reforma psiquiátrica contemporânea	13
1.2.1 Modelos de tratamento centrado no hospital	14
1.2.2 Modelos de tratamento centrado na comunidade	18
1.2.3 Modelos de tratamento em que houve experiências de ruptura com a Psiquiatria	20
CAPÍTULO 2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	25
2.1 Trajetória da reforma psiquiátrica brasileira	25
2.2 A criação de novos serviços sob a perspectiva da Reforma Psiquiátrica	30
2.3 Os avanços realizados no âmbito da legislação	31
2.4 Desinstitucionalização, um processo complexo	33
CAPÍTULO 3 SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS	38
3.1 Os serviços residenciais terapêuticos	38
3.2 O que são os serviços residenciais terapêuticos	41
3.3 O trabalho conjunto entre as residências terapêuticas e os CAPS	43
3.4 A ida para a residência terapêutica	45
3.5 Sobre o financiamento das residências terapêuticas	46
CAPÍTULO 4 ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA DE EXPERIÊNCIAS DE SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS	48

4.1 Metodologia	48
4.2 Análise dos textos da base SciELO referente aos Serviços Residenciais Terapêuticos	49
4.3 Recomendações	60
CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	63

INTRODUÇÃO

Nos dias atuais muitas pessoas com transtorno mental ainda se encontram institucionalizadas em hospitais psiquiátricos. Assim o interesse na realização deste trabalho surgiu a partir de minha experiência de estágio no hospital psiquiátrico, onde foi observado que muitos pacientes apesar de estarem em condição de alta, permanecem internados, pois não possuem vínculos sociais que garantam seu suporte e condições de sobrevivência fora do hospital.

Dessa forma este estudo monográfico tem por objetivo desenvolver uma revisão bibliográfica sobre o trabalho realizado nos serviços residenciais terapêuticos, implantados nas últimas décadas no campo da saúde mental.

Primeiramente o trabalho faz uma breve abordagem sobre a loucura e os loucos, como se iniciou as formas de tratamento e sua institucionalização. Pintel foi o primeiro teórico a propor o tratamento para a loucura e após ele muitos outros teóricos e muitas outras experiências foram realizadas, entre as quais a Comunidade Terapêutica, a Psicoterapia Institucional, a Psiquiatria de Setor, a Antipsiquiatria, entre outras, até finalmente chegar a Psiquiatria Democrática Italiana.

A partir de então o que era somente doença mental se transformou em saúde mental e o tratamento deixou de ser realizado no ambiente asilar para ser feito em serviços abertos e no modelo de atenção psicossocial. Dessa forma no segundo capítulo se aborda como tais ideias influenciaram a saúde psiquiátrica do Brasil, precisamente na segunda metade da década de 70, quando iniciou o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

No terceiro capítulo se fala sobre o Serviço Residencial Terapêutico, criado no contexto de mudanças desenvolvidas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Busca explicar o que é as residências terapêuticas, como se dá o seu funcionamento e trabalho conjunto com os demais serviços da rede extra-hospitalar, sua finalidade, usando para isto documentos como a Portaria nº 106/2000 que regulamenta a criação das residências, e demais legislações que também fala sobre o tema. Além disso também se fez estudo a partir da literatura da área de forma a apreender o que pensam os autores sobre o assunto.

Já no quarto e último capítulo se busca através da literatura mais recente a respeito das residências conhecer os seus desafios atuais, quais as dificuldades encontradas pelos novos moradores da comunidade e profissionais na implantação e funcionamento do dispositivo, os avanços – como está se dando o trabalho dos técnicos, está havendo a reinserção social, promoção da qualidade de vida dos moradores.

CAPÍTULO 1 - A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

1.1 Breve história da loucura e sua institucionalização

Nem sempre existiram instituições voltadas para o tratamento da loucura como doença mental. Nas sociedades pré-capitalistas, o louco e a loucura eram questões administradas no âmbito familiar e somente quando havia inexistência da família ou impossibilidade desta solucionar o problema do louco, é que esse se tornava uma questão pública, resolvida pela justiça ou pelo rei. (CASTEL 1978, *apud* ROSA, 2011, p.41)

Assim o louco e a loucura possuíam múltiplos significados que variavam desde demônios a endeusados, comédia e tragédia, erro e verdade. Múltiplos e plurais eram também os seus lugares e espaços: ruas e guetos, asilos e prisões, igrejas e hospitais. O hospital aqui mencionado, se diferencia do que conhecemos hoje como hospital, pois, não era uma instituição médica. Foi criado inicialmente na Idade Média como uma instituição de caridade. A denominação hospital se deu, pois em latim essa expressão significa hospedagem, hospedaria. Sendo o seu objetivo oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes, isto é, também aos loucos que viviam naquele contexto. (AMARANTE, 2007).

No entanto a partir de 1656 o hospital irá se modificar, nesta data o Rei da França criou o Hospital Geral, que teria outros objetivos além de fazer caridade e assistência religiosa, possuiria também função repressora e de controle social para conter a pobreza que passou a ser vista como um perigo a ordem.

Amarante (2007) diz que para o filósofo Michel Foucault a criação do Hospital Geral foi determinante na definição do lugar da loucura na sociedade ocidental, pois tal

instituição tinha a prática sistemática e generalizada de isolar e segregar vários segmentos sociais, entre os quais, o louco.

O Hospital Geral significou um poder estabelecido pelo rei entre a polícia e a justiça, uma estrutura da ordem monárquica e burguesa, acatada pela Igreja para agir junto ao mundo da miséria. (FRAYSE-PEREIRA, 1982).

No entanto, os ideais iluministas da Revolução Francesa que defendiam o humanismo, a razão, contribuíram positivamente para mudanças no cuidado daqueles que estavam no Hospital Geral, entre os quais, o louco. A partir de então passou a existir interesse em melhorar as condições dos hospitalizados.

É em tal contexto que o profissional médico passou a prestar assistência de forma mais regular no Hospital Geral, o que acabou ocasionando a apropriação do hospital por este, transformando-o numa instituição médica.

Amarante, 2007 explica que o Hospital Geral passou a não ser mais local de segregação para a população, mas de cuidado. A partir daí começou a ser realizado o tratamento para a loucura, alienista foi a primeira nomenclatura usada para o que hoje se conhece como médico psiquiátrico e este ver no hospital ambiente propício para a assistência, mais precisamente Pinel protagonizou tal fato, para ele lá seria o lugar de intervenção ideal, poderia observar o alienado, estudar a doença, conhecê-la.

Tenório (2002), sobre a experiência de Pinel no hospital de Bicêtre:

Reza a lenda que, em 1793, Couthon (uma das três maiores autoridades da revolução francesa, ao lado de Robespierre e Saint-Just) teria inspecionado pessoalmente o hospital de Bicêtre, recém-assumido por Pinel. Após os primeiros contatos com os loucos, Couthon teria dado por encerrada a inspeção, dizendo ao responsável: "Ah!, cidadão, você também é louco de querer desacorrentar tais animais? ... Faça o que quiser. Eu os abandono a você. Mas temo que você seja vítima de sua própria presunção." Ao que Pinel

teria respondido: "Tenho a convicção de que estes alienados só são tão intratáveis porque os privamos de ar e liberdade, e eu ousou esperar muito de meios completamente diferentes. (P. 26)

A forma de tratamento idealizada por Pinel seria realizada baseando-se no aspecto moral, qual: “consistia na soma de princípios e medidas que, impostos aos alienados, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade.” (AMARANTE, 2007, p.33).

Surgiu desta maneira a ciência do alienismo ancorada num modelo de isolamento do doente, no hospital, a instituição terapêutica. Contudo, alguns contemporâneos de Pinel também inspirados nas concepções da Revolução Francesa criticaram a sua teoria, afirmando que o isolamento seria irracional e desumano. Porém, Pinel realmente acreditava que havia eficácia no seu método, de acordo com suas palavras:

Em geral é tão agradável para um doente estar no seio da família e aí receber os cuidados e as consolações de uma amizade terna e indulgente, que anuncio, penosamente, uma verdade triste, mas constatada pela experimentação repetida, qual seja, a absoluta necessidade de confiar os alienados a mãos de terceiros e de isolá-los de seus parentes. As ideias confusas e tumultuosas (...) exigem um conjunto de medidas adaptadas ao caráter particular desta enfermidade, que só podem ser reunidas num estabelecimento que lhes sejam consagrados. (PINEL *apud* AMARANTE, 2007, p,32).

1.2 Reforma psiquiátrica contemporânea

A Reforma psiquiátrica foi desenvolvida em diversos países por teóricos e profissionais que queriam mudar a forma de tratamento que existia, ou seja, o modelo que Pinel desenvolveu, o qual foi criado para ser terapêutico, mas no entanto o cuidado no hospital foi se degradando e acabou se tornando mais prejudicial aos pacientes, provocou a exclusão e segregação desses. Por esses motivos tal modelo foi questionado

e substituído no período pós - II Guerra Mundial, numa época em que estava ocorrendo muitas mudanças econômicas, políticas e culturais.

Assim as novas teorias terão o objetivo de reformar e também abolir o hospital. Contudo o próprio modelo de Pinel é visto como um processo de Reforma, ele na sua época transformou o hospital, que era espaço de assistência e controle social em um lugar terapêutico.

Os modelos de cuidado do século XX possibilitaram que o louco começasse a ser visto e cuidado de forma mais humana, os profissionais passaram a entendê-lo em sua amplitude, tirando o foco somente da doença, os novos teóricos introduziram conceitos e paradigmas para a área antes inexistente, o tratamento passou a ser realizado de forma coletiva por profissionais com diferentes saberes, com protagonismo dos usuários, aproximação dos familiares e inserção dos usuários na sociedade.

Amarante 1998 caracteriza o processo de Reforma em três momentos, sendo centrado no hospital, desenvolvido a partir da Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional; centrado na comunidade cujas experiências de tratamento foram a Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva; e o de ruptura com a Psiquiatria, realizado pela Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática.

1.2.1 Modelos de tratamento centrado no hospital:

A Comunidade Terapêutica e a Psiquiatria institucional foram experiências que surgiram na Europa, no pós-II guerra Mundial, neste período os hospitais estavam em condições limitadas de funcionamento, sendo um agente de agravamento da doença em vez de prover a assistência, além disso, também aumentou o número de pessoas

adoecidas mentalmente por causa da guerra, isto é, os soldados, o que afetou a quantidade de mão de obra, e a população que estava impactada devido o horror da guerra também se sensibilizou com as condições dos pacientes nos manicômios.

Devido essas dificuldades e com o objetivo de melhorar as condições de assistência para os pacientes se realizou mudanças dentro do manicômio almejando recuperar seu potencial terapêutico.

O termo Comunidade Terapêutica surgiu a partir dos trabalhos que T. H. Main, Bion e Reichman estavam desenvolvendo no Monthfield Hospital em Birmingham no ano de 1946. Entretanto foi Maxwell Jones baseado nos trabalhos realizados por Simon, Sullivan, Menninger, Bion e Reichman que solidificou a experiência da Comunidade Terapêutica¹.

Experiências que influenciaram o trabalho de Maxwell Jones: Hermann Simon na década de 20 devido à necessidade de mão de obra para construção de um hospital desenvolveu a terapêutica ativa ou terapia ocupacional que foi a utilização de pacientes na construção de um hospital, assim Hermann observou que trouxe benefícios para os pacientes aquela ocupação. Sullivan no seu serviço para pacientes psicóticos em 1929-1930 passa a tratar os pacientes não mais de forma individual e sim a partir de grupos. Na década de 40 Menninger também usa a técnica de grupo, através de grupos pequenos trabalha com os pacientes resocializando os problemas e a solução desses.

É em 1959 na Inglaterra que Maxwell Jones começa seu trabalho no hospital Psiquiátrico e tem como forma de organização o envolvimento de todos no processo

¹ Atualmente o termo comunidade terapêutica tem sido usado para designar (de forma inadequada) instituições religiosas de tratamento de usuários de droga. Portanto este termo foi usurpado da história da Psiquiatria.

terapêutico, não só o técnico, mas os próprios pacientes, familiares e a comunidade, para isso usa o método dos grupos com os pacientes, faz reuniões diárias e assembleias para que todos possam se apropriar do funcionamento do hospital.

Segundo Jones (1972), a ideia de comunidade terapêutica pauta-se na tentativa de “tratar grupos de pacientes como se fossem um único organismo psicológico”. Mais que isso, através da concepção de comunidade, procura se desarticular a estrutura hospitalar considerada segregadora e cronificadora: o hospital deve ser constituído de pessoas, doentes e funcionários, que executem de modo igualitário as tarefas pertinentes ao funcionamento da instituição. Uma comunidade é vista como terapêutica porque é entendida como contendo princípios que levam a uma atitude comum, não se limitando somente ao poder hierárquico da instituição. (apud Amarante, 1998:29)

E ainda:

Os tipos de atitudes que contribuem para uma cultura terapêutica são, resumidamente, a ênfase na reabilitação ativa, contra a ‘custódia’ e a ‘segregação’; a ‘democratização’, em contraste com as velhas hierarquias e formalidades na diferenciação de status; a ‘permissividade’, como preferência às costumeiras ideias limitadas do que se deve dizer ou fazer; e o ‘comunalismo’ em oposição à ênfase no papel terapêutico especializado e original do médico. (Amarante, 1998:30)

A expressão psicossocial surgiu neste período a partir da experiência da Comunidade Terapêutica. Há críticas em relação a esse modelo de tratamento, pois os teóricos que introduziram estas novas ações não queriam acabar com o hospício e nem o viam como uma instituição que excluía, isolava, acreditavam que a partir das mudanças implantadas, a psiquiatria e o hospital poderiam efetivamente ser agentes de cuidado. Essas mesmas críticas são feitas em relação a psicoterapia institucional.

Assim como a Comunidade Terapêutica, a Psicoterapia Institucional também teve como objetivo melhorar as condições dos pacientes dentro do hospício, realizada na França pós II Guerra Mundial num momento de dificuldade social e econômica, que afetou os hospitais. Foi François Tosquelles quem desenvolveu esse modelo de

tratamento a partir de mudanças no hospital Saint- Alban, para Tosquelles o seu trabalho se caracterizava como um coletivo terapêutico, entretanto sua experiência ficou conhecida como Psicoterapia Institucional, termo dado por Daumezon e Koechlin, em 1952.

A nomenclatura psicoterapia institucional caracterizou melhor sua prática já que ele introduziu o conceito da instituição adoecida que precisava ser tratada através de reformas administrativas para só após isso cuidar dos pacientes. Tosquelles usou o método da terapêutica ativa assim como a Comunidade Terapêutica, outras ações foram a crítica ao poder do médico e à verticalidade das relações no hospital, “o objeto da psicoterapia institucional refere-se ao ‘coletivo’ dos pacientes e técnicos, de todas as categorias, em oposição ao modelo tradicional da hierarquia e da verticalidade” (AMARANTE, 1998, p.33).

Nesta experiência foi desenvolvido o Clube terapêutico no hospital de Saint-Alban, onde pacientes e técnicos realizavam diversos tipos de atividades como “... encontros, festas, passeios, feiras de produtos dos internos etc.” (Amarante, 2007:44). Essas ações são consequência do conceito de transversalidade proposto por Guattari, isto é, fazer uso terapêutico de novas práticas. Nesse período também é importante a influência da Psicanálise.

Para Fleming (1976:45), a explosão psicanalítica, ocorrida logo após a guerra, leva a psicoterapia institucional a ser uma “tentativa de conciliação da psiquiatria com a psicanálise”, principalmente a da tradição lacaniana, na medida em que passa a existir um forte movimento para a introdução da psicanálise nas instituições psiquiátricas (apud Amarante, 1998:33).

1.2.2 Modelos de tratamento centrado na comunidade:

A Psiquiatria de setor surgiu na França, no pós-guerra e teve como teóricos Bonnafé e um grupo de psiquiatras progressistas que a partir da crítica ao isolamento que era submetido os pacientes no hospício, desenvolveram novas práticas de cuidado. O objetivo de suas ações era um tratamento no hospital de curto prazo para que o atendimento acontecesse preferencialmente em serviços na comunidade. “Pela primeira vez na história da assistência psiquiátrica se falou em regionalização.” (AMARANTE, 2007, p.46).

A regionalização consistia em implantar os serviços recém criados, isto é, os Centros de Saúde Mental (CSM) de acordo com a distribuição populacional das regiões. Porém anterior a este processo o existia era ambulatorios, de forma eventual, sem nenhuma correspondência com a população do território. A psiquiatria de setor buscava realizar o cuidado na comunidade de forma a evitar reinternações e internações de novos casos.

Dessa forma a implantação da política de setor consistiu em dividir geograficamente a comunidade em áreas correspondentes a espaços no hospital, esta combinação possibilitava a convivência de pacientes com a mesma referência cultural, mesma localidade de moradia, outra característica foi a atuação dos mesmos profissionais no hospital e no seu respectivo serviço de referência na comunidade.

Esse modelo de cuidado foi primeiramente implantado nos locais com véis mais progressista e crítico, só na década de 60 se tornou política oficial na França, sua incorporação aconteceu devido os altos gastos do hospital psiquiátrico e a necessidade de novo modelo de assistência que fosse ao encontro das características da sociedade da

época. No entanto a psiquiatria de setor não teve o êxito esperado, pois sofreu críticas tanto de setores conservadores que viam com maus olhos o tratamento da loucura no espaço aberto, como de intelectuais que acreditavam estar havendo um aumento de poder da psiquiatria na sociedade, além de que a diversificação dos serviços abertos na comunidade para o tratamento, prevenção e pós-cura se tornou mais custoso.

A crítica que se fez em relação a esse modelo foi que ele não conseguiu superar a hegemonia do modelo asilar, passando a funcionar de forma complementar a este.

A Psiquiatria Preventiva também conhecida como Saúde Mental Comunitária tem origem nos Estados Unidos, na década de 60 e foi adotada pela área de saúde mental devido a precariedade que estava na assistência psiquiátrica, além disso buscou através do preventivismo solucionar os problemas sociais do país, no período ocorria a Guerra do Vietnã e também problemas como aumento do uso de drogas pelos jovens, surgimento de gangues e o movimento beatnik.

Na Psiquiatria Preventiva a doença mental é entendida também como consequência de causas sociais, não é algo somente do âmbito biológico, Gerald Caplan, teórico deste movimento incorpora conceitos da sociologia “O conceito-chave que permite a possibilidade de uma intervenção preventiva é o de crise, estabelecido a partir dos conceitos de ‘adaptação’ e ‘desadaptação social’, provenientes da sociologia” (AMARANTE, 1998, p.38)

Para Caplan os sujeitos a partir de uma adaptação ou desadaptação as varias situações a que todos estão suscetíveis, podem desencadear crises. Birman & Costa (1994, p.57-58) caracterizam o conceito de crise em Caplan como:

“ Crises Evolutivas geradas pelos processos ‘normais’ de desenvolvimento físico, emocional ou social. Na passagem de uma fase a outra do processo evolutivo... Crises Acidentais, imprevistas, precipitadas por uma grande ameaça de perda ou por uma perda, que , por sua capacidade de perturbação emocional, teria a capacidade de poder levar futuramente à doença.” (BIRMAN & COSTA, 1994 Apud AMARANTE, 1998, p.39)

A intervenção nas crises de acordo com a intervenção Caplaniana deveria se basear no trabalho comunitário com equipes de saúde que iriam fornecer normas e padrões de valor ético a serem seguidos pela população e além disso também deveria se usar a técnica de screening que pode significar seleção, programa de triagem ou procurar de suspeitos.

A crítica que se faz a esse modelo de tratamento é de que passou a existir um controle moralizante dos sujeitos determinando como deveriam se comportar. “... Para alguns autores, a Psiquiatria Preventiva representou um novo projeto de medicalização da ordem social, isto é, uma maior expansão dos preceitos médico- psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais.” (AMARANTE, 2007, p.51).

Foi a partir da Psiquiatria Preventiva que se desenvolveu os conceitos de promoção da saúde mental que significava mais que prevenção, mais a descoberta das causas da doença mental e também o conceito de desinstitucionalização com o significado de desospitalização. O preventivismo acreditava haver cura para a doença mental.

1.2.3 Modelos de tratamento nos quais houve experiências de ruptura com a Psiquiatria:

A Antipsiquiatria surgiu na Inglaterra, na década de 60, e teve como uma de suas influencias os movimentos *underground* da contracultura (psicodelismo, pacifismo, movimento hippie). Seus teóricos foram os psiquiatras Aaron Esterson, David Cooper e

Ronald Laing, dentre outros.

A antipsiquiatria se constituiu a partir da negação da psiquiatria, acreditava-se que a psiquiatria não era capaz de entender a loucura e que sua forma de tratamento era equivocada. Os psiquiatras da antipsiquiatria não viam a loucura como uma doença, mais apenas como uma forma diferenciada de ser, o problema na verdade estaria na sociedade que era alienante e tinha como objetivo uniformizar os sujeitos “... não existiria, enfim, a doença mental enquanto objeto natural como considera a psiquiatria, e sim uma determinada experiência do sujeito em sua relação com o ambiente social.” (AMARANTE, 2007, p. 53).

Muitos dos psiquiatras que desenvolveram essa nova forma de entender a loucura tinham trabalhado por longo tempo com a psiquiatria clínica e psicanálise, no entanto após o surgimento da esquizofrenia a crítica desses à psiquiatria passou a ser mais contundente devido à pouca eficácia do tratamento e também porque havia maior tutela e interpretação de incapaz em relação aos pacientes que tinham essa doença.

A partir das novas ideias se construiu experiência de assistência numa ala do hospital psiquiátrico público de Shenley entre os anos de 1962 a 1966 em Londres com pacientes de 15 a 30 anos que ainda não haviam recebido tratamento anterior. A metodologia utilizada baseia-se na perspectiva da comunidade terapêutica, mas com modificações, o objetivo é deslegitimar o saber e poder do médico em relação ao campo das doenças mentais, não é usada a contenção biológica ou física para com os pacientes, não há uma supressão da crise, se valoriza a fala, o trabalho se dar através da escuta:

Promovem-se reuniões que buscam subverter a hierarquia e a disciplina hospitalar, detectando os preconceitos dos médicos e enfermeiros em relação aos pacientes e procurando quebrar suas resistências à mudança. Esta proposta de combate as estruturas hospitalares – que cristalizam o paciente no papel de doente mental, dependente e invalido – é uma experiência que

permite a Cooper verificar que a percentagem de recaídas diminui de forma bastante expressiva em comparação aos métodos tradicionais. (AMARANTE, 1998, p.43)

Outras experiências nesta perspectiva aconteceram na Inglaterra e também nos Estados Unidos. Foi publicado o livro *Counter Culture* sobre a ideologia underground anglo-americana. A antipsiquiatria contribuiu para a desconstrução do hospital psiquiátrico e para o processo de desinstitucionalização.

A Psiquiatria Democrática foi outro modelo em que houve rompimento com a psiquiatria tradicional, teve como principal referência teórica o psiquiatra Franco Basaglia que rompeu com o paradigma de exclusão, tutela e visão de periculosidade do louco, ademais rompeu também com as práticas das psiquiatrias reformadas: Comunidade Terapêutica, Psiquiatria de setor.

A experiência deste psiquiátrico se iniciou na década de 60 no manicômio de Gorizia. Primeiramente ele usou como referência de tratamento o modelo da Comunidade Terapêutica, porém observou que apesar da humanização do ambiente proporcionado na experiência, as relações de poder do médico para com o paciente se mantinham. Além disso o manicômio “produzia um mundo ainda à parte das relações sociais complexas, ainda promovia uma redução da loucura a objeto de intervenção e visibilidade exclusiva.” (AMARANTE, 1998, p.47). É a partir daí que ele rompe com todos os modelos existentes de tratamento da loucura:

A tradição basagliana vem matizada com cores múltiplas; traz em seu interior a necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento e a diferença. É, antes de tudo, um movimento ‘político’: traz a polis e a organização das relações econômicas e sociais ao lugar de centralidade e atribui aos movimentos sociais um lugar nuclear, como atores sociais concretos, no confronto com o cenário institucional que, simplesmente, perpetua/consome ou questiona /reinventa. (AMARANTE, 1998, p. 47)

Após ficar distante da Itália Basaglia volta ao país, e em outubro de 1971 realiza uma nova experiência na cidade de Trieste.

Basaglia:

...dá início a uma operação de deslocamento fundamental na estratégia de reinversão da assistência: supera-se o modelo de comunidade terapêutica, instituinte de uma relação artificial dentro/fora. Torna-se necessário superar o modelo de humanização institucional, a fim de inventar uma prática que tem na comunidade e nas relações que esta estabelece com o louco – através do trabalho, amizade, e vizinhança -, matéria- prima para desconstrução do dispositivo psiquiátrico de tutela, exclusão e periculosidade, produzidos e consumido pelo imaginário social. Torna-se preciso desmontar as relações de racionalidade/ irracionalidade que restringem o louco a um lugar de desvalorização e desautorização a falar sobre si. Da mesma forma que é preciso desmontar o discurso/prática competente que fundamentam a diferenciação entre aquele que trata e o que é tratado. Neste momento, a reinvenção das práticas precisa confrontar-se no espaço da comunidade e na relação que os técnicos estabelecem com a loucura, com a solidariedade e o desejo da produção da diferença plural. (AMARANTE, 1998, p.48)

Suas ações almejavam a desinstitucionalização que não é a simples desospitalização, mas uma mudança profunda no modo como a sociedade vai passar a lidar com a loucura, dessa forma Basaglia percebeu que medidas de outra ordem deveriam ser realizadas, teve início o período de negação da psiquiatria enquanto ideologia. Passou a se formular um pensamento e uma prática institucional absolutamente originais com o objetivo de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana. (AMARANTE, 2007).

Desta forma o manicômio foi suprimido em Trieste e uma rede de serviços foi criada, construiu sete centros de saúde mental abrangendo toda a cidade com capacidade de atender de 20 a 40 mil habitantes, atendendo 24 horas por dia em todos os dias da

semana. Desenvolveu-se grupos- apartamentos em mais de trinta lugares para residência dos pacientes que podiam morar sozinhos ou acompanhados por profissionais ou pessoas voluntarias. Para suprir a necessidade de mercado de trabalho foram criadas cooperativas de trabalho que passaram a ser também local de prática artística, intelectual e disponibilização de serviços. Desenvolveu também o Serviço de Diagnose e Cura- para atender emergências, o qual deveria possuir quinze leitos de acordo com a Lei 180, no entanto só possuiu oito leitos, dividido entre os sexos masculino e feminino, funcionando no horário diurno apoiando os demais serviços. Todos os serviços elencados funcionam integrados.

Foi constituído em 1973 o Movimento Psiquiatria Democrática- PDI o qual buscava implantar uma reforma psiquiátrica na Itália de acordo com os ideais de Basaglia, esse movimento procurou ter o apoio de toda a sociedade e não só dos técnicos da área, pois para o movimento a mudança na assistência psiquiátrica passava pelas questões de cidadania, das leis criadas pelo poder judiciário.

Essas experiências de Reforma Psiquiátrica mostram que a assistência à pessoa com transtorno mental deixou de se pautar em apenas uma teoria, o alienismo, e também em um único profissional, o alienista ou médico psiquiátrico. Se desenvolveu um campo complexo de intervenção com base em diversas teorias e junção de diferentes profissionais, o cuidado se transformou numa atenção psicossocial e o que era visto apenas como doença mental se ampliou para saúde mental.

CAPÍTULO 2 - A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

2.1 Trajetória da reforma psiquiátrica brasileira

No ano de 1978 aconteceu às primeiras ações que contribuíram para o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Tais ações foram desencadeadas devido às péssimas condições de assistência que era dada aos pacientes nos hospitais psiquiátricos, especificamente, o estopim ocorreu no Hospital público Pedro II, no Rio de Janeiro, onde médicos residentes denunciaram casos de violências em relação aos profissionais e pacientes: Morte de pacientes, estupros.

Além dos episódios de violência mencionados, havia também má condição de trabalho para os técnicos, pois os hospitais não possuíam equipe suficiente para atender toda a demanda que chegava aos serviços. Tal situação também obrigava estudantes bolsistas suprir a escassez de trabalhadores. Os profissionais ademais reivindicavam aumento dos salários e realização de programas de qualificação.

A conjuntura daquele momento vai desencadear:

“a “Crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental. Os profissionais das quatro unidades da DINSAM, todas no Rio de Janeiro (Centro Psiquiátrico Pedro II – CPPII; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira – CJM; e manicômio Judiciário Heitor Carrilho), deflagram uma greve, em abril de 1978, seguida da demissão de 260 estagiários e profissionais”. (AMARANTE, 1998, p.51)

Os episódios descritos acima de péssimas condições de trabalho, má assistência aos usuários e greve proporcionou que houvesse união entre os profissionais, estes passaram a fazer denúncias e exigir mudanças para a área. É a partir daí que vai surgir o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM).

“Assim nasce o MTSM, cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *lócus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade.” (AMARANTE, 1998, p.52)

Amarante (1998) explica que o MTSM buscava principalmente o fim da assistência baseada no modelo manicomial; estatização dos serviços de saúde que nesta época era predominantemente realizado no setor privado. A área da saúde era administrada pelo Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS) que comprava serviços do Ministério da Saúde (MS) e de instituições da saúde privada.

O modelo que era desenvolvido na saúde psiquiátrica só se modificou através das reivindicações do MTSM, assim o MPAS ao invés de comprar os serviços do MS, passou a patrocinar os gastos deste ministério e trabalhar em conjunto com ele, criando uma nova lógica para o setor, fortaleceu a saúde pública em detrimento da privada. Essa ação ficou conhecida como Cogestão, que significou uma parceria entre os ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social.

As instituições com que o MTSM teve mais divergências foram:

- A Federação Brasileira de Hospitais (FBH) que detinha grande parte do recurso público, o qual era pago de acordo com a quantidade de serviços prestados pela FBH, que atuava através de leitos para internação psiquiátrica;
- Grupos defensores do modelo da psiquiatria tradicional, presentes em instituições como Ministério da Saúde, Associação Brasileira de Psiquiatria e Universidades;

A Reforma psiquiátrica brasileira recebeu influência de teóricos das Reformas psiquiátricas internacionais, muitos desses teóricos vieram ao Brasil participar de eventos como o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, que foi realizado de 19 a 22 de outubro, no Rio de Janeiro, em 1978:

A realização deste Congresso possibilita a vinda ao Brasil dos principais mentores da Rede de Alternativas a Psiquiatria, do movimento Psiquiatria Democrática Italiana, da Antipsiquiatria, enfim, das correntes de pensamento crítico em saúde mental, dentre eles Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Erving Goffman, dentre outros. Passando a ser conhecido posteriormente como 'Feira da Psicanálise (AMARANTE,1998, p.55)

O teórico italiano Franco Basaglia foi quem mais influenciou a Reforma Psiquiátrica Brasileira, para Amarante (1998:55) “sua influencia na conformação do pensamento crítico do MTSM passa a ser fundamental.” A partir do congresso citado ele realizou várias conferências em universidades, sindicatos e associações.

Basaglia a partir das experiências realizadas na Itália defendia a construção de uma Reforma Psiquiátrica que não fosse realizada de forma elitizada, mas que tivesse a participação dos usuários, da população em geral e a substituição dos manicômios por serviços abertos na comunidade.

No entanto partir de 1985, principalmente, houve incorporação de vários integrantes do MTSM em órgãos públicos, os quais foram aos poucos ganhando espaço e ocupando cargos importantes na área, de modo a realizar significativas mudanças institucionais. Porém essa situação acabou gerando preocupação por parte de alguns componentes do MTSM que defendiam um movimento autônomo em relação ao governo, tais divergências motivaram que na I Conferencia Nacional de Saúde Mental se articulasse a realização do II Congresso Nacional de trabalhadores em Saúde Mental

em 1987, este congresso buscou criar uma nova forma de atuação para os trabalhadores da saúde mental, mais popular.

Dessa forma o II Congresso Nacional de trabalhadores em saúde mental foi realizado na cidade de Bauru - São Paulo. Estavam presentes lideranças municipais, técnicos, usuários, familiares, estudantes, entre outros.

No evento os participantes elaboraram um manifesto denominado O manifesto de Bauru, onde se pedia o fim dos manicômios. Ao final do congresso foi realizada uma passeata pelas ruas da cidade, distribuindo o manifesto para a população e gritando palavras que exigia o fim daquela forma de tratamento.

Também na ocasião instituiu o dia 18 de maio como o dia da luta Antimanicomial. O posicionamento dos integrantes do MTSM era de não aceitar as condições em que vivia e era tratado o louco no manicômio, buscava-se a construção de cuidados que ultrapassassem o modelo médico racional.

Para Yasui (2010),

Tratava-se de produzir uma utopia norteadora das propostas assistenciais; resgatar a discussão sobre segregação e a violência institucional; repensar as práticas e inventar possibilidades para ampliar o campo de atuação. Tratava-se, também, de uma profunda e radical ruptura com o modelo hegemônico médico-centrado de produção de um saber técnico, de uma Razão instrumental, sobre a loucura.” (P.45).

Apesar de no ano de 1987 ter se instituído a data de 18 de Maio como da Luta Antimanicomial, o Movimento da luta Antimanicomial (MLA) começou em Salvador no ano de 1993, data do seu primeiro encontro onde houve a participação não só dos trabalhadores da área, mas também dos usuários e seus familiares. O MLA permanece vivo nos dias atuais, infelizmente ainda com muitos objetivos por se concretizar, abaixo

esta transcrita parte da mensagem de divulgação do movimento para o encontro de 2014, que ocorreu nos dias 29, 30,31 de maio e 1 de junho:

“Por uma sociedade Sem Manicômios é o lema que afirmamos desde a década de 1980 quando lutamos pelo fim das instituições que encarceram desejos, corpos e mentes”. Não queríamos a humanização desses espaços, mas a sua extinção, pois era sabido que tínhamos que acabar com os preconceitos, medos e estigmas que elas carregam. E assim lutamos até hoje.

Ao longo desses anos tivemos avanços importantes, que reconhecemos mesmo quando afirmamos que ainda não são o suficiente diante do que defendemos. Avanços que, mesmo parciais, hoje são duramente ameaçados por novas ofensivas conservadoras e políticas privatizantes que só visam o lucro, reatualizando velhos modos de encarceramento disfarçados e repaginados. Políticas voltadas para as ruas e não para as pessoas que vivem nelas, em nome de “cuidado”.

Através desse trecho percebe-se a vitalidade do movimento, como também os desafios para a área, principalmente porquê à conjuntura que vem desde a década de 90 é de implantação de medidas neoliberais que prever pouco investimento nas políticas sociais, entre as quais, a política de saúde.

Amarante (1998) aborda que foi devido à existência do MTSM que a Reforma Psiquiátrica pode ocorrer, pois a partir do pensamento e ações de seus integrantes a psiquiatria tradicional foi questionada, foram elaborados novos serviços, já que começou a se incorporar experiências de reformas psiquiátricas internacionais. Propôs novo paradigma de assistência no Brasil, o que antes era visto como doença mental se ampliou para saúde mental.

O movimento do setor saúde mental como parte da própria Reforma Sanitária ajudou a universalizar o direito à saúde, tornou um direito do cidadão e dever do Estado; Fortaleceu e qualificou os serviços e os profissionais da área; Possibilitou a incorporação de familiares e usuários como protagonistas.

2.2 A criação de novos serviços sob a perspectiva da Reforma Psiquiátrica

Novos serviços foram implementados no estado de São Paulo. Em 1987 no município de São Paulo foi criado o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luis da Rocha Cerqueira, e em 1989 no município de Santos se desenvolveu uma rede de serviços abertos na comunidade, Santos na época estava sob um governo progressista.

Serviços desenvolvidos em Santos

A experiência dos novos serviços ocorreu após denúncias de péssimas condições de assistência aos usuários (até mesmo casos de morte) no hospital psiquiátrico particular Casa de Saúde Anchieta, assim o funcionamento do hospital foi interrompido por ordem da Secretaria Municipal de Saúde.

No local foi construída uma rede de serviços de acordo com o paradigma de cuidado em Saúde mental.

De acordo com Yasui (2010) foi implantada uma rede territorial constituída por Naps, unidade de cuidado, regionalizados, funcionando 24 horas por dia e sete dias na semana e que respondiam à demanda de saúde mental em sua área de abrangência; Pronto –Socorro Psiquiátrico Municipal, o qual tinha como objetivo atuar no sistema da atenção à crise e urgência/emergência, principalmente no período noturno; a Unidade de Reabilitação Psicossocial, que coordenava e desenvolvia os empreendimentos de trabalho; o Centro de convivência Tam-Tam, iniciado a partir da rádio Tam-Tam, que desenvolvia projetos culturais e atividades artesanais; o Lar Abrigado República Manoel

da Silva Neto para moradia e espaço de atenção aos usuários gravemente institucionalizados, com debilidades clínicas e físicas importantes.

2.3 Os avanços realizados no âmbito da legislação

Como resultado da criação dos novos serviços e em consequência dos avanços realizados na área da saúde mental desde finais da década de 70, em 1989 o deputado Paulo Delgado PT-MG apresentou o projeto de lei n° 3.657/89 no Congresso Nacional. O projeto tinha o propósito de regulamentar os direitos da pessoa com transtorno mental, e acabar progressivamente com os hospitais psiquiátricos, no entanto tal proposta foi rejeitada naquele momento.

O projeto de lei n° 3.657/89 foi o primeiro a ter conteúdo identificado com os ideais da Reforma Psiquiátrica e mesmo com a sua rejeição na época, este foi importante, pois, influenciou a aprovação de leis progressistas em vários estados brasileiros, de acordo com Tenório (2002) “a discussão sobre o projeto suscitou a elaboração e aprovação, em oito unidades da federação, de leis estaduais que, no limite da competência dos estados, regulamentavam a assistência na perspectiva da substituição asilar”. (p.36)

A Lei criada pelo deputado Paulo Delgado foi aprovada somente em 6 de abril de 2001, doze anos depois, conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica ou lei Paulo Delgado n° 10.216. No entanto o texto aprovado teve suprimida a parte referente ao fim dos manicômios, o que consta é a indicação para que o cuidado seja realizado preferencialmente em serviços abertos na comunidade, e, principalmente enfatizar que deve haver melhora no ambiente das instituições e no tratamento, devendo prover o acesso dos pacientes e seus familiares a informações sobre as formas de cuidado, a

doença em si. Disponibilizar meios de comunicação aos pacientes durante o tratamento, ou seja, medidas para que desfaça o tratamento baseado na exclusão.

A lei nº10.216 chama atenção também para a responsabilidade do Estado na condução das ações da política de saúde mental, além de incentivar a participação da família e da sociedade. O objetivo final do tratamento passa a ser a reinserção do usuário em seu meio social. Ademais há uma maior rigidez para a realização das internações, caracterizando-as em voluntária, involuntária e compulsória², sendo que a internação involuntária deve ser comunicada ao Ministério público estadual no prazo de setenta e duas horas. A Lei 10.216 dispõe principalmente a respeito do gerenciamento do ambiente e pratica hospitalar, por esse motivo é criticada por autores como Yasui (2010): “a lei aprovada mantém a estrutura hospitalar existente, regulando as internações psiquiátricas, e apenas aponta para uma proposta de mudança do modelo assistencial.” (P.63).

No entanto, apesar de todas as críticas que se possa fazer aos limites da Lei da Reforma Psiquiátrica, a publicação do Ministério da Saúde (2005) aponta que foi após sua promulgação que houve maior avanço na implementação da rede de cuidados em saúde mental de base comunitária, pois, linhas de financiamento foram criadas pelo Ministério da Saúde com este fim, passou a haver também acompanhamento dos hospitais psiquiátricos com o objetivo de redução dos leitos, criação de CAPS em locais onde predominava a oferta do modelo hospitalar, entre outras medidas. Dessa maneira

² Lei 10.216

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

os preceitos da Reforma Psiquiátrica são transformados em política oficial do governo federal.

2.4 Desinstitucionalização, um processo complexo

A desinstitucionalização significa a saída da pessoa com transtorno mental do hospital psiquiátrico e, para, além disso, abrange também sua reinserção na sociedade, por isso o processo de desinstitucionalização é complexo, para que ocorra é necessário à realização de várias ações, dessa forma tal medida se diferencia da desospitalização.

No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde (2005), a integração de pacientes oriundos do sistema hospitalocentrico, na comunidade, teve concretude a partir de 2002, quando foi maior a redução dos leitos dos grandes hospitais psiquiátricos. E neste contexto que se desenvolveu e foi ampliados programas e serviços para melhorar a assistência oferecida a aqueles que durante muitos anos viveu em ambientes asilares.

As medidas desenvolvidas foram:

Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria)

Instituído em 2002, avalia a qualidade da assistência oferecida nos hospitais e ademais tem como prerrogativa descredenciar hospitais que apresentam baixa qualidade no atendimento, assim através desse programa há redução de leitos e também melhora da assistência.

Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH)

Aprovado no ano de 2004, tem como finalidade a redução planejada de leitos dos macro-hospitais, o objetivo é que passe a existir apenas hospitais com no máximo 160 leitos. O recurso dos leitos reduzidos será transferido para investimento em serviços extra-hospitalares.

Criação de programas pecuniários

Além dos serviços para atendimento e moradia, criaram-se também benefícios financeiros para amparar as pessoas com transtorno mental:

Programa de Volta para casa

Regulamentado pela lei federal 10.708 de 31/07/2003 tem como gestor o Ministério da Saúde. Sua finalidade é ser um incentivo financeiro para a reabilitação psicossocial de pacientes que saíram dos hospitais psiquiátricos, e que além disto, tenham estado internados por um período mínimo de dois anos. O valor do benefício na época de sua criação foi de R\$240,00 reais e atualmente o valor é de R\$412,00 reais. Ao se cadastrar o usuário passa a receber a ajuda financeira durante um ano de forma interrupta e após passar esse período pode ser renovado.

Bolsa de incentivo

Conhecida como Bolsa Rio é um programa do âmbito do governo municipal do Rio de Janeiro, é regulamentada pela Lei nº3400 de 17 de maio de 2002. Busca a reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental que estava institucionalizado, no entanto diferente do Programa de Volta para casa, para acessar esse benefício o

usuário tem que ter no mínimo três anos de internação ininterrupta. O benefício tem os valores de um salário mínimo para o paciente que após a saída do hospital for para uma residência terapêutica e de dois salários mínimos para aquele que for acolhido por seu familiar ou família acolhedora.

Benefício por prestação continuada (BPC), um caso à parte

O BPC não é um benefício do âmbito da política de saúde, é integrante da Política de Assistência Social, “instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Lei nº 8.742, de 7/12/1993.” (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME, 2014).

Não é destinado somente para pessoas que possuam transtorno mental. São possíveis beneficiários as pessoas idosas, ou seja, com idade a partir dos 65 anos e pessoas com deficiência mental ou física de qualquer idade.

O valor do referido benefício é de um salário mínimo vigente e para recebê-lo o requerente deve estar impossibilitado para o trabalho e também ter renda familiar inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo por pessoa, o BPC não é vitalício.

Um número grande de pessoas com problemas psiquiátricos é cadastrado para receber o BPC devido às dificuldades de prover o próprio sustento de maneira contínua e também porque, além disso, muitas vezes essas pessoas não possuem nenhum tipo de apoio. “O BPC é um aliado da Reforma Psiquiátrica Brasileira, especialmente quando esse direito é conquistado por pessoas mais fragilizadas do ponto de vista econômico e social.” (LIMA e BRASIL, 2012, p.80)

Ampliação dos serviços de base comunitária para atendimento e também para moradia dos pacientes

Um desses serviços é o CAPS, o qual tem extrema importância, Tenório (2005) diz que o CAPS é o agenciador do território onde o serviço se localiza e também é o responsável por organizar a própria rede.

Desde a década de 80 os CAPS vêm sendo implantado no Brasil, todavia foi a partir do ano de 2002 que Ministério da Saúde passou a financiá-los de maneira sistemática.

Os CAPS são:

...serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.27)

Juntamente com os CAPS compõe a rede de atenção à saúde mental serviços de emergência, leitos para internações de curta permanência, Centros de convivência, Projetos de Geração Cultura, Trabalho, e locais para moradia que hoje são chamados de serviços residências terapêuticas. A residência terapêutica é o principal objeto de estudo deste trabalho, assim esse tema será aprofundado no capítulo 3.

A criação desses novos serviços e programas deslocou o tratamento para a comunidade, assim as famílias também foram chamadas a cuidar de seus parentes, porem muitos são os entraves nessa relação, de ordem financeira, psíquica, ou

simplesmente o familiar não quer receber o parente com transtorno mental. Melman fala sobre estudo referente à sobrecarga familiar:

“Em geral, os pacientes psiquiátricos apresentam grandes obstáculos para produzir economicamente, o que implica uma situação de dependência da família. São altos os custos com medicação, tratamento, alimentação, vestuário, transporte, mesmo quando fazem uso do serviço público de saúde. Frequentemente, um familiar precisa ficar cuidando da pessoa doente, o que impossibilita seu acesso ao trabalho, obrigando-o a ampliar sua jornada produtiva para fazer frente às novas necessidades financeiras geradas pela situação.

Do ponto de vista emocional, o estresse, as vivências de instabilidade e segurança, os conflitos frequentes nas relações fazem parte do cotidiano dessas pessoas.

Nas relações sociais, motivados pela vergonha, cansaço ou frustração, é comum observar os familiares se distanciarem das atividades sociais, deixando de comparecer a festas e eventos culturais, restringindo visitas a casa de amigos próximos e parentes (MELMAN, 2001, p. 79 e 80).”

Contudo, o próprio Melman através de sua experiência nos serviços amplia a nossa possibilidade de visão em relação ao suporte social para os pacientes. O autor esclarece que nem sempre virá da família consanguínea o apoio, que há uma idealização da família e que novas relações estão se estabelecendo: “... relações não parentais têm se mostrado muito mais leais, responsáveis e solidárias do que os vínculos familiares consanguíneos.” (MELMAN, 2001, p.120).

Pessoas com transtorno mental ainda são muito estigmatizadas em nossa sociedade, alguns familiares de pacientes psiquiátricos também possuem preconceito, talvez por isto o apoio surja daqueles iguais ou de quem já teve ou têm vivência na área da saúde mental.

Muitas teorias também culpabilizam a família pela doença, além de interpretá-las como patológica. Dessa maneira alguns modelos irão ver não só o portador de transtorno mental como doente, mas todo o conjunto familiar.

CAPITULO 3 - SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

3.1 Os serviços residenciais terapêuticos (SRTs)³

Com a desinstitucionalização dos pacientes que a longo tempo estavam em hospitais psiquiátricos, e também devido à falta de suporte social apresentada por esses, isto é, sem amparo da família, inexistência da família e de outras formas de laço social, foi necessário criar serviços para moradia, os serviços residenciais terapêuticos. Dessa forma os SRTs são casas inseridas na comunidade que tem por finalidade ser a moradia de pacientes egressos de hospitais psiquiátricos que tenham ficado internados por um período mínimo de dois anos. Um serviço oriundo da nova lógica de tratamento que passou a se pautar na inserção ou reinserção da pessoa com transtorno mental na comunidade, e não mais no isolamento, o que era característico dos hospícios.

Os SRTs foram construídos na sociedade brasileira devido às reivindicações do Movimento da Luta Antimanicomial, no entanto tais serviços já existiam em outros países.

A “II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992, ressaltou a importância estratégica da implementação dos então chamados "lares abrigados" para a reestruturação da assistência em saúde mental no País”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.6).

Na década de 90 já existiam serviços para moradia em cidades como Campinas (SP), Ribeirão Preto (SP), Santos (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Porto Alegre (RS). Foi a partir dessas experiências que no ano 2000 as residências terapêuticas se tornaram uma

³ Estes serviços também serão designados pela expressão residências Terapêuticas (RTs) e Residência Terapêutica (RT).

política do âmbito do SUS através da portaria nº106/2000: “Art. 1.º Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.”.

Delgado (2006) explica que foi tardia a implantação dos SRTs no Brasil e que isso trouxe consequências ruins para o nosso processo de desinstitucionalização, pois, os SRTs são um dispositivo importante, seguro, para a redução dos leitos de hospitais psiquiátricos, pois, as residências foram essenciais no processo de Reforma Psiquiátrica da Inglaterra. No Brasil, a pouca experiência com as residências na década de 90 e sua quase ausência em períodos anteriores, ocasionou que fosse urgente à criação desse serviço no século XXI. Ademais tornou urgente a construção de conhecimento sobre as residências, e a qualificação dos profissionais.

Delgado (2006) ainda faz um resgate histórico sobre o processo de implantação das residências no Brasil:

Residências terapêuticas na rede pública de saúde no Brasil – Diacronia

Anos 1970

- raras “pensões protegidas” privadas
- não há residências na rede pública

Anos 1980

- projetos de moradia como esforço de humanização intra-asilar
- (módulos residenciais no Hospital Colônia de Barbacena e lares abrigados do Juquery são exemplos)

Anos 1990

- residências terapêuticas como recurso da rede de atenção psicossocial
- experiência de Campinas

de 2000 a 2005

- regulamentação dos serviços residenciais terapêuticos financiamento público assegurado
- disseminação da experiência de residências para mais de oitenta municípios

(Pág.20)

Conforme consta na portaria de sua criação nº106/2000 os SRTs são destinados a pacientes que estiveram internados por longo tempo em hospitais psiquiátricos, ou seja,

pelo período de no mínimo dois anos, e que, além disso, também não possuam laços familiares e sociais que possibilitem sua inserção social, no entanto autores como Vasconcellos e Delgado demonstram a necessidade de que estas moradias beneficiem todos os usuários que precisam desse suporte e não só os egressos de hospitais. O relatório final da III Conferencia de Saúde Mental, que aconteceu nos dias 11 a 15 de dezembro de 2001 em Brasília aborda o assunto no seu subitem 5.3 Residências Terapêuticas, e propõe:

106. Criar Serviços Residenciais Terapêuticos para acolher todos os portadores de sofrimento mental, deficientes mentais, autistas, que requeiram este tipo de dispositivo como, por exemplo, aqueles que vivem nas ruas, os egressos dos manicômios judiciários e de outras instituições penais, bem como os egressos de demais estruturas asilares.

107. Suprimir a expressão “egressos de internação psiquiátrica de longa permanência” do texto da Portaria/GM n.º 106/00, visando possibilitar a criação de residências terapêuticas para pessoas com perfil adequado aos critérios estabelecidos pela Portaria, mas que não são oriundos de internação de longa permanência.

A Carta de Paracambi realizada a partir do Encontro Brasileiro de Residências Terapêuticas em Paracambi, Rio de Janeiro nos dias 23 a 25 de setembro de 2004 também converge igualmente na posição da III Conferencia de Saúde Mental.

Na lei nº10. 216 da Reforma Psiquiátrica é ressaltada a necessidade de criação dos dispositivos de moradia e a efetivação de cuidados para aqueles que necessitam:

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

As pesquisas bibliográficas realizadas para a escrita desta monografia mostraram que vários serviços e ações desenvolvidos no campo da saúde mental surgiram a partir

dos trabalhadores da área, da população. E somente depois se tornarem objeto de lei e medida realizada pelo Estado, sendo os serviços residências terapêuticos um exemplo.

3.2 O que são os Serviços Residências Terapêuticos

As residências terapêuticas são casas construídas preferencialmente na comunidade, de modo a reinserir seus moradores na sociedade. A Portaria nº106/2000 de sua homologação chama atenção para que as residências sejam construídas longe dos limites das unidades hospitalares gerais ou especializadas (psiquiátrica), de modo a realmente romper com o processo de institucionalização em que estavam os pacientes.

O objetivo das residências é ser o lar dos pacientes, e o cuidado especificamente dos transtornos mentais é feito nos demais dispositivos que compõe a rede de atenção psicossocial, ou seja, em CAPS (nas suas diversas modalidades), hospitais - dia e leitos em hospitais gerais, daí a distinção das residenciais em relação ao hospital psiquiátrico (instituição que acabou se tornando totalizante por ser ao mesmo tempo lugar de moradia e assistência à saúde), por esse motivo é fundamental salientar que nos SRTs: “É preciso ter sempre em mente que a questão central é a moradia, o morar, o viver na cidade. Assim, tais residências não são precisamente serviços de saúde, mas espaços de morar, de viver, articulados à rede de atenção psicossocial de cada município”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.7).

A importância que tem a casa é descrita em Silveira (2011):

...as filosofias do habitar consideram que a essência do homem é totalmente determinada a partir do habitar. Como afirma Bachelard (2008), o homem habita a sua casa antes de habitar o mundo. Para o filósofo, a casa é educativa: ela é paterna, é o berço da educação. Isto quer dizer que a casa, além de dispensar interiormente calor, comodidade, repouso, tranquilidade, afeto, serenidade e acolhimento, dá ao homem, na sua relação com o mundo exterior, firmeza e força para prevalecer contra o mundo. A casa ajuda a dizer: serei um habitante do mundo, a despeito do mundo.(P. 25)

Boherer e Cabistani (2009) explicam a importância da moradia ao proporcionar acesso a demais direitos:

O direito de moradia encontra-se na base da maioria dos demais direitos fundamentais sociais assegurados pela Constituição Federal. Em outras palavras, pode-se dizer (sem risco de analogias eventualmente positivistas) que se trata da base material, física, a partir da qual vários outros direitos fundamentais podem ser exigidos utilmente pelos cidadãos (...). Partindo da afirmação de que a moradia é direito fundamental que empresta substrato físico à maioria dos direitos fundamentais sociais assegurados pela Constituição Federal, na medida em que constitui a base material a partir da qual vários outros direitos fundamentais podem ser exigidos utilmente pelos cidadãos, sendo de central importância para a ordem jurídico-urbanística a delimitação do conceito de moradia. (Apud SILVEIRA, 2011, p.31)

Tais esclarecimentos sobre a importância que tem em si a moradia como também o acesso aos demais direitos que ocorre a partir do lar, faz com que possamos refletir sobre o quanto as pessoas que se encontraram ou ainda estão institucionalizadas em hospícios tem seus direitos violados, sem possibilidade de poder usufruir de suas vidas, sem condição de ter desejos ou realizar ações.

Dessa maneira, comparada a triste realidade por que passavam estas pessoas, nas residências elas podem voltar a viver, pois não vão estar mais enclausuradas e em muitos momentos sob efeito de medicamentos, situações que anulam seus referenciais, não permite nem mesmo saber quem são, e conseqüentemente as impossibilita de realizar vínculos sociais, existir.

Felizmente nas residências cada morador deve ter respeitada a sua singularidade, a equipe que trabalha nos SRTs deve observar as características de cada um e incentivá-los a serem autônomos, esse dispositivo é para os pacientes a possibilidade de ter, diferente da experiência do manicômio, uma vivência com maior liberdade, sem a rigidez das ações presentes no hospital, como também um meio para interagir junto à comunidade.

Algumas características das residências terapêuticas:

O espaço físico da residência deve contemplar sala, cozinha, copa, quartos, ter eletrodomésticos como geladeira, fogão e móveis como cama, guarda-roupa e demais mobiliários necessários para o conforto e que também possibilitem aos usuários exercer todas as atividades do cotidiano de uma casa.

Existem duas modalidades de residências terapêuticas conforme consta na portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. A finalidade da implantação de tipos diferentes de residência é atender a necessidades específicas dos pacientes, principalmente em consequência do estado de dependência psíquica e também comprometimento físico que requer maior cuidado.

Dessa maneira foi instituído o SRT tipo 1 destinado a pacientes que não possui comprometimento físico, podendo abrigar até oito moradores, esse serviço tem cuidador para dar suporte aos moradores. E SRT tipo 2 para pacientes com maior nível de dependência e que possui comprometimento físico, esse tipo de residência pode abrigar até dez moradores e deve possuir profissionais como cuidador e técnico de enfermagem diariamente para atender as necessidades dos moradores. O SRT 2 tem que oferecer infraestrutura adequada as dificuldades físicas dos moradores.

3.3 O trabalho conjunto das residências terapêuticas e os CAPS

De acordo com a cartilha As Residências Terapêuticas no Município do Rio de Janeiro: habitando a casa, a cidade e a vida, a equipe de profissionais que trabalham nas residências é formada por cuidador em saúde mental, função que não exige nível superior, sendo principalmente importante o aspecto humano para o trabalho de

convivência com os moradores; Coordenador técnico, profissional de nível superior que gerencia as ações e dar suporte aos demais profissionais; Acompanhantes terapêuticos, também com nível superior atuando com os moradores através de práticas que os integre a sociedade, a comunidade, e desfaça os estigmas. O coordenador técnico e os acompanhantes terapêuticos são profissionais que também trabalham no CAPS. Já os cuidadores são profissionais que trabalham somente nas residências.

Desta maneira os CAPS são responsáveis por gerir as residências que estão em seu território, conforme consta na portaria nº 3.090/2011 ANEXO I: ” Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial.”.

Outro aspecto em que o CAPS tem extrema importância para as residências terapêuticas é que nesse serviço os pacientes recebem tratamento contínuo para seus transtornos mentais através de atendimento com médicos, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais, num trabalho multiprofissional. O CAPS também realiza muitas atividades para integração dos pacientes na comunidade.

Os serviços que compõem a rede de atenção psicossocial realizam trabalho conjunto, interagem entre si, se articulam no território em que estão, e, além disso, buscam parcerias com a comunidade. Para Vasconcelos, 2006,

Dispositivos residenciais de boa qualidade acoplados a serviços e dispositivos de atenção psicossocial adequados constituem elemento-chave na substituição dos leitos asilares e de enfermarias psiquiátricas

convencionais, evitando a transinstitucionalização⁴, a simples desospitalização ou mesmo a negligência social.” (P.53).

3.4 A ida para a residência terapêutica

Durante a experiência de estágio no hospital psiquiátrico, a autora deste trabalho presenciou a preparação da ida de uma paciente para a RT.

Foi observado que a própria ida da paciente que estava no hospital psiquiátrico para à residência terapêutica já era uma ação de reinserção social. A partir do momento que se decide pela mudança para uma residência há a necessidade de realizar medidas que busca a integração como a retirada de documentos, o que irá proporcionar, por exemplo, inscrição no programa de volta para casa, o paciente também faz visitas ao seu futuro lar, compra moveis para seu uso, conhece as demais pessoas que morarão na casa, vai ao serviço (CAPS) onde terá continuidade o seu tratamento.

Nesse novo cenário:

Os restos de objetos apropriados no hospício, que eram escondidos sob o colchão para que não sumissem, já não precisam ser mais escondidos; o que se adquire, nesse novo momento marcado pela ruptura, deve ser exibido, para se tenha certeza de que a existência não é apenas imaginária. A aquisição de objetos no mundo de consumo reforça a identidade de quem os possui, mas a busca por esses bens tem sido também a procura por algo que faça sentido, que possibilite a criação de um elo na construção de um canto: quadros na parede que traduzem valores; máquina fotográfica que registra os momentos que devem permanecer na memória; a caixinha que aconchega os pertences pessoais que vão se tornando mais significativos; (SCARCELLI, 2006, p.78)

Esses novos moradores da cidade encontrarão uma sociedade de consumo, uma sociedade onde também é comum que as pessoas trabalhem. Entretanto a inclusão das

⁴ Entende-se por transinstitucionalização “o deslocamento da clientela psiquiátrica para instituições similares de outro tipo, como delegacias, penitenciárias, asilos de idosos, casas de enfermagem e reformatórios.” (Vasconcellos,2006).

peças com transtorno mental na comunidade deve respeitar as possibilidades destas, por esse motivo existem os benefícios pecuniários, já que nem sempre essas pessoas apresentam condições para trabalhar, ou até trabalham, mas não de forma contínua.

O texto de criação dos serviços residências terapêuticas portaria nº106/00, especificamente o Art. 4º discorre sobre ações a ser feitas, as quais visam à inserção social e qualidade de vida dos pacientes:

Art. 4º Estabelecer que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental deverão ter um Projeto Terapêutico baseado nos seguintes princípios e diretrizes:

- a. ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social;
- b. ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários.
- c. respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.

3.5 Sobre o financiamento das residências terapêuticas

As residências terapêuticas são serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, assim deve haver a redução do leito quando o paciente sai do hospital e vai para a RT, e, além disso, o valor que era destinado ao leito no hospital: o recurso financeiro da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) passa a ser disponibilizado ao município ou estado que vai receber o paciente desinstitucionalizado.

Desta forma as residências terapêuticas são financiadas com o recurso que era investido no antigo leito, porém este recurso não é investido somente nas residências, pode também financiar os demais serviços de base comunitária, assim a rede de serviços

de saúde mental e atenção psicossocial é implantada. Essa medida foi criada para que a verba do campo da saúde mental permaneça na área após a extinção dos grandes hospitais psiquiátricos. (Tenorio,2002, p.52) comenta que “não se trata de 'fechar leitos' ou eliminar recursos, mas de substituí-los por outros dispositivos, melhores; não se trata de diminuir o cuidado, mas de melhorá-lo.”

CAPÍTULO 4 ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA DE EXPERIÊNCIAS DE SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

4.1 Metodologia

Para a elaboração deste capítulo foi realizada revisão bibliográfica de textos do tipo secundário, especificamente, textos da base SciELO e livros.

A pesquisa na base SciELO usou a expressão “residências terapêuticas”. Na escolha dos textos levou-se em consideração os trabalhos com data mais recente e oriundos de diferentes regiões brasileiras de forma a ter contato com experiências distintas.

O objetivo do estudo foi pesquisar nos textos como se dá a reinserção social e também como está a promoção da qualidade de vida das pessoas com transtorno mental moradoras das residências terapêuticas. Vários dados foram analisados para se chegar a tais resultados. De acordo com Marconi e Lakatos (2009) a análise dos dados é a tentativa de evidenciar as relações existentes entre o fenômeno que se estudou e outros fatores.

Dessa maneira a melhor forma encontrada para o desenvolvimento deste trabalho foi relatar as experiências de RTs apresentadas nos textos da base SciELO, relacionando-as com textos e documentos da área. O intuito foi fazer com que o leitor deste trabalho possa se sensibilizar e entender as dificuldades encontradas pelos moradores das residências, recém saídos de uma vida de isolamento. Entender também os obstáculos encontrados pelos profissionais.

Não foi uma prioridade selecionar textos escritos por uma determinada categoria profissional, isto é, apenas da área do serviço social, pois foi levado em consideração o que aponta Franca (1996) para ocorrer o cuidado em saúde mental é preciso enxergar os pacientes de uma forma global. Os profissionais não podem se isolar nas suas especialidades. Devem fazer uma ruptura com a ideia de somente procurar a doença, sendo necessário o resgate da história dos pacientes, dos vínculos, de suas relações. A conquista por seus direitos perdidos ou nunca garantidos.

Os textos falam de pesquisas realizadas em residências terapêuticas das cidades de Salvador- Bahia, Volta Redonda- Rio de Janeiro, Campina Grande- Paraíba e Porto Alegre.

4.2 Análise dos textos da base SciELO referente aos Serviços Residenciais Terapêuticos

A análise das pesquisas fez com que se observasse várias situações que dificulta a implementação ou funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos, impossibilitando a reinserção social e promoção da qualidade de vida dos seus moradores. Todavia foi observado também ótimas experiências que demonstraram ser possível a pessoa com transtorno mental viver na comunidade.

Estigma da sociedade em relação as pessoas com transtorno mental

Martins et al (2013) apontam que na implementação dos serviços residenciais terapêuticos na cidade de Volta Redonda, sul do Estado do Rio de Janeiro, houve dificuldade de estabelecer relações sociais no município. Os novos moradores da comunidade, ex-pacientes do hospital psiquiátrico Casa de Saúde Volta Redonda juntamente

com os profissionais de saúde, sofreram com o estigma da população da cidade em relação as pessoas com transtorno mental.

Dessa forma os principais obstáculos a implementação das residências, surgiram logo no início deste processo, a partir da necessidade de locação das casas, os donos de imobiliárias e os proprietários das casas se negavam a alugar os imóveis. E após essa etapa, os vizinhos das residências terapêuticas é quem não queriam a presença dos novos moradores. Além do estigma em relação a pessoa com transtorno mental as imobiliárias também não desejam alugar as casas para o poder público, por medo desse não realizar os pagamentos da locação.

Diferente da experiência da cidade de Volta Redonda – RJ, na cidade de Campina Grande – Paraíba a pesquisa realizada por Santos Junior, Silveira e Oliveira (2009) não argumentou questões referente a estigma por parte da população com as pessoas com transtorno mental, porem no caso desta cidade as residências foram criadas em 2005 e as entrevistas realizadas em 2007, ou seja, há dois anos os novos moradores já residiam na comunidade, de modo a já serem aceitos no bairro.

Já em Volta Redonda as entrevistas foram realizadas no momento de implementação das residências, então a RT era algo novo para a vizinhança, ainda estavam num processo de aceitar as pessoas com transtorno mental na comunidade.

Na análise da pesquisa realizada em Salvador, Lima e Brasil (2009), é possível observar que os moradores das residências são principalmente rejeitados não pela comunidade, mas por seus familiares. Dos doze moradores das residências, uma moradora visita a família regularmente, e um morador, a família tem dificuldade de recebê-lo definitivamente em casa. Os outros moradores não têm contato com a família ou seus familiares não visita-os.

A população (sociedade) tem dificuldade de aceitar essa nova situação, conviver com pessoas com transtorno mental, na comunidade, devido à visão depreciativa e estigma que se tem em relação a estes. (MARTINS ET AL, 2013). O referencial teórico usado no estudo das residências de Volta Redonda foi do autor Erving Goffman.

A solução encontrada pelos profissionais para diminuir o estigma na cidade de Volta Redonda, foi fazer reuniões com os donos das imobiliárias, com os proprietários das casas para locação, e vizinhanças das RTs. Esclareciam que as pessoas com transtorno mental possuí condições de ter uma moradia em meio urbano, além de ser um direito desses exercer sua cidadania.

A rede de Saúde Mental e Atenção Psicossocial implantada nas cidades onde se desenvolveu as pesquisas

Foi nos municípios que apresentaram uma rede de serviço mais completa que se observou melhor reinserção social e promoção da qualidade de vida dos moradores das RTs, como também nestes municípios os profissionais demonstraram uma maior satisfação com seu trabalho. O objetivo deste tópico é conhecer os serviços das cidades estudadas, saber como foi realizada a implantação das RTs e demais serviços extra-hospitalar, conhecer como está se dando o processo de desinstitucionalização e quais são os dispositivos que os pacientes podem acessar nas determinadas cidades.

Assim a cidade pesquisada que indicou a melhor rede de atendimento foi Campina Grande, que fica no Estado da Paraíba, nesta após diagnóstico aprofundado do hospital psiquiátrico, foi elaborada uma proposta de desinstitucionalização, construída com a participação da equipe interventora (indicada pelo Ministério da Saúde), representantes da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande e a Coordenação

Estadual de Saúde Mental da Paraíba, ou seja, todos que estavam envolvidos no processo de intervenção que ocorreu no hospital.

Nesse contexto o município foi habilitado no Programa de Volta para Casa e começou a receber recursos financeiros do Ministério da Saúde para a implantação de Centros de Apoio Psicossocial e Residências Terapêuticas. No período de um ano a cidade modificou seu modelo de atenção à saúde mental, do manicomial e hospitalocêntrico para atenção psicossocial, com serviços abertos na comunidade.

Foi construído 01 CAPS II, 01 CAPS III, 02 CAPSi (infantil), 01 CAPSad (álcool e outras drogas), 01 Unidade de Emergência Psiquiátrica, 01 Centro de Cultura e Lazer, 09 Mini-equipes de saúde mental nas Unidades Básicas da Estratégia Saúde da Família (ESF), 06 Residências Terapêuticas e 41 usuários credenciados no Programa de Volta para Casa. A pesquisa nessa cidade foi realizada em 2007.

No entanto em Salvador infelizmente as autoras da pesquisa abordam que existe número insuficiente de CAPS e demais dispositivos que compõe a rede de saúde mental, apesar de a cidade ter quase três milhões de habitantes. Não tem serviços como CAPS III, tem apenas dois CAPS i. Faltam Centros de Convivência e Equipes de Consultório na Rua. Só há 17% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família ainda são incipientes. Além disso há apenas 108 beneficiários do Programa de Volta para casa em todo Estado da Bahia, sendo que 24 desses cadastrados em Salvador. (LIMA E BRASIL, 2014)

De acordo com a página da base SciELO a referida pesquisa realizada em Salvador foi recebida em 29/11/2012. Ou seja, os dados sobre os serviços são recentes e demonstra que estes estão aquém do necessário.

A pesquisa realizada em Porto Alegre fala que houve uma intervenção no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) que criou o projeto Morada São Pedro, o qual consiste em duas áreas do hospital conhecidas como Vila São Pedro e Vila Salvador França, que são áreas para residência dos ex moradores do hospital.

O projeto Morada São Pedro busca a integralidade das ações, visando não somente a assistência à saúde, mas trabalhando de forma articulada, envolvendo as áreas da habitação, educação e trabalho. As casas dos moradores são construídas com toda infraestrutura adequada, calçamento, água potável, luz, esgoto cloacal e pluvial. Somente essas informações tem no texto, referente a rede de serviços. A página SciELO recebeu a pesquisa em 2006.

Martins et al (2009) diz que as três residências terapêuticas foram construídas na cidade de Volta Redonda, Rio de Janeiro após o fechamento do hospital psiquiátrico particular Casa de Saúde Volta Redonda que estava sob intervenção do município.

Foi a justiça quem determinou o fechamento da Casa de Saúde Volta Redonda. As autoras chamam atenção que só foi possível a implantação das residências por que já havia dispositivos de atenção extra-hospitalar em funcionamento. Essa pesquisa foi realizada em 2009, durante o processo de implantação das residências.

Qualificação dos profissionais para o trabalho

Infelizmente nos textos foi observado não apenas estigma por parte da comunidade e dos familiares em relação as pessoas com transtorno mental, mas também por parte de alguns profissionais que trabalharam na lógica do antigo modelo de tratamento, ou seja o modelo manicomial onde as pessoas ficavam isoladas, presas.

No entanto a pesquisa realizada em Volta Redonda demonstrou que o município teve a preocupação de qualificar os profissionais baseando-se no novo paradigma de saúde mental e atenção psicossocial, e de acordo com o texto a qualificação deu resultados, tais profissionais reconheceram que a qualificação e a nova prática de trabalho é boa para eles e também para as pessoas com transtorno mental.

Assim a coordenação de Saúde Mental do município deu suporte, supervisão, orientação aos técnicos de enfermagem das residências, através dos enfermeiros dos CAPS e da Estratégia de Saúde da família (ESF) para que pudessem entender o novo modelo de tratamento.

Lima e Brasil (2014) também dizem que em Salvador muitos cuidadores que vão trabalhar nas residências são ex - funcionários de antigos hospitais psiquiátricos e que precisam de qualificação para trabalhar de acordo com a nova lógica de cuidado.

Precarização do trabalho em saúde mental

Os textos lidos abordam situações em alguns municípios que evidencia precarização na implantação e funcionamento dos SRTs:

Beline e Irdes (2006) descrevem que a RT do município de Porto Alegre fica no território do hospital psiquiátrico. E várias ações necessárias na residência são feitas pelo hospital, sendo estas: limpeza, consertos. Também é dito que os moradores podem apanhar comida pronta no hospital. Sendo que muitos dos pacientes preferem pegar os alimentos crus e os próprios cozinham.

Já na implantação das residências de Volta Redonda, várias medidas tomadas também são opostas as normas da Portaria nº 106/2000:

Não foi contratado cuidadores, no lugar deste profissional foi selecionado técnicos de enfermagem para as três residências que eram do tipo I e II, pois, no município não era regulamentada a função de cuidador.

Assim, apesar de ter sido realizada qualificação para os técnicos de enfermagem desempenharem a função de cuidador, tal situação a princípio gerou crise de identidade profissional para esses trabalhadores que não queriam ser contratados como cuidador.

Essa situação fez com que houvesse acúmulo de função para o técnico de enfermagem que também passou a desempenhar o trabalho do cuidador. Porém a interpretação que a Coordenação de Saúde Mental do município dá em relação ao fato, é que houve uma maior qualificação do profissional de enfermagem ao desempenhar duas funções.

Na mesma experiência de RTs de Volta Redonda, também se desenvolveu menos residências do que era necessário para a quantidade de moradores desinstitucionalizados, havia 29 pacientes no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Volta Redonda que foi fechado e se criou apenas três RTs. Assim a superlotação das casas impossibilitou fazer o credenciamento no Ministério da Saúde, pois, é preciso que os serviços estejam funcionando de acordo com as normas estabelecidas, e como essa não era a realidade, as residências passaram a ser financiadas pelo município.

Um outro exemplo de sucateamento do Estado nos textos estudados se dá através da resistência de donos de imobiliária em alugar casas para o poder público, com receio de não haver o pagamento dos alugueis.

As experiências de RT de Salvador e Paraíba demonstram maior cumprimento da Portaria nº 106/2000.

Tais exemplos de sucateamento dos serviços acontecem principalmente devido as medidas Neoliberais, as quais promovem uma diminuição de investimento do Estado nas políticas sociais, para Vasconcellos (2012) há limites estruturais no contexto histórico atual para uma expansão adequada e em escala desejável de criação dos serviços psicossociais, ou seja, devido aos limites impostos pelo sistema, há uma precarização na implantação dos serviços, ou mesmo não investimento para a criação destes serviços, além de precarização na contratação dos trabalhadores. Contudo o autor também chama atenção que as políticas sociais são realizadas em âmbito municipal, estadual, de forma descentralizada e que estes diferentes contextos podem possibilitar a implantação e criação de novas experiências importantes. Além dos obstáculos que as políticas neoliberais provocam, os serviços também podem ser implantados e funcionar de acordo com as características dos gestores locais que os administra.

Sobre os cuidadores

Lima e Brasil (2014) dizem que o cuidador deveria ser um acompanhante do morador de forma a propiciar sua autonomia, no entanto esse profissional se vê sobrecarregado de tarefas, é responsável por administrar a casa, cuidar da limpeza, fazer compras. E, além disso, foi constatado que seu vínculo de trabalho é precário, o salário é baixo e há atrasos em seu pagamento. Há também uma desvalorização do profissional cuidador no processo de desinstitucionalização de Salvador, muitas das pessoas que trabalham nesta função são ex funcionários dos antigos hospícios, que não receberam qualificação e reproduzem as antigas praticas nas RTs. Os cuidadores precisam de cuidado e investimento.

Beline e Irdes (2006) em sua pesquisa teve como objetivo identificar a partir dos

profissionais vinculados a residência, como se dá o processo de desinstitucionalização da loucura, de forma a construir um referencial teórico/prático sobre residências terapêuticas. Entretanto as autoras do trabalho optaram por entrevistar somente profissionais com ensino superior, em nenhum momento no estudo falam sobre os cuidadores.

No caso das residências criadas em Volta Redonda, os responsáveis pela implantação destas se autorizaram a não contratar cuidadores: Como as residenciais não foram cadastradas no Ministério da Saúde, se contratou todos os profissionais para trabalhar nestas como técnico de enfermagem. (MARTINS ET AL, 2013)

Como se dá a reinserção social e conseqüentemente promoção da qualidade de vida dos moradores das Residências Terapêuticas

Por reinserção social dos moradores das residências terapêuticas se entende a integração destes na sociedade. A partir do momento que estas pessoas vão morar nas RTs deve ser proporcionada a elas meios para viver em sociedade, sendo que, de acordo com seus desejos e possibilidades. No Artigo 3º da Portaria 106/2000 de criação dos serviços residenciais terapêuticos diz: Cabe a RT promover a reinserção dos moradores a vida comunitária. Assim o morador passa a ter acesso a passear, estudar, trabalhar, praticar esporte, dentre outras atividades

Além disso, a reinserção social dessas pessoas na comunidade possibilita promoção de qualidade de vida. As residências promovem as pessoas com transtorno mental o direito à vida. É local de criação de possibilidades concretas e subjetividades, neste novo contexto a pessoa com transtorno mental pode ser cidadão, possuir direitos, consumidor, produtor, sujeito. (SANTOS JUNIOR, SILVEIRA e OLIVEIRA, 2009).

Essa nova realidade se diferencia muito do tratamento asilar feito nos hospitais psiquiátricos onde os pacientes ficam no ambiente fechado, cumprindo normas pré-estabelecidas, ou seja, é um ambiente que não promove qualidade de vida. De acordo com Beline e Hirdes (2006) a internação “têm a finalidade de subtrair as trocas e manter apenas relações de dependência social.” (P.564).

Todas as pesquisas estudadas demonstraram que está havendo reinserção social dos moradores das residências na comunidade. Sendo que em algumas experiências a qualidade dessa reinserção é melhor, pois, os moradores têm mais apoio dos profissionais que os acompanha e dessa forma a um melhor desenvolvimento de suas capacidades.

O estudo que indicou melhor integração dos moradores na sociedade e também com os profissionais, além de maior satisfação dos profissionais com o seu trabalho, foi a experiência de Campina Grande, na Paraíba. Ademais esta cidade foi a que apresentou a rede mais completa de serviços abertos na comunidade. Os moradores da RTs frequentam o CAPS duas vezes por semana onde participam de oficinas, interagem com outros usuários, desenvolvem trabalhos artísticos e fazem atividades físicas. Também frequentam o Centro de convivência que é aberto ao público onde podem ter contato com demais moradores da cidade. Alguns moradores também já frequentam a cidade de forma mais autônoma, vão à escola, a igreja.

A RT de Porto Alegre fica no território do hospital psiquiátrico, precisamente foram criadas duas vilas para moradia dos pacientes. Então de acordo com as informações da pesquisa, inicialmente é neste contexto do hospital, e no bairro que acontece a reinserção social dos moradores, eles participam de cooperativas e de atividades como reciclagem e reabilitação.

Na residência terapêutica de Salvador os moradores estão conseguindo se reinserir na comunidade, alguns fazem atividades fora da RT e vão sozinhos. Outros que ainda não fazem atividade exterior a RT têm o desejo de fazer. E também há aqueles que só desejam estar na casa, contudo são pessoas idosas.

A atividade externa mais praticada é ir à escola e também é a mais almejada pelos demais moradores. Também vão à padaria, academia de ginástica, praia que é próxima a RT e fazem passeios. Mesmo aqueles que gostam somente de ficar em casa tem possibilidade de fazer algo que desejam como ouvir música, arrumar a casa.

Porém, Lima e Brasil (2014) chamam atenção que há uma dificuldade dos cuidadores em inserir os pacientes na comunidade. Pois não realizam ações como andar de ônibus com os pacientes, os cuidadores falaram que alugam um carro quando vão fazer passeios. Outra situação do mesmo tipo é que os moradores desejam ir a uma pizzaria, mas os cuidadores pedem a pizza para ser entregue na RT.

Conclui que a qualidade da reinserção social da RT de Salvador apresenta dificuldades devido aos poucos serviços na rede de saúde mental e também a má condição de trabalho para os cuidadores. Há uma sobrecarga de trabalho para os profissionais do CAPS e estes não conseguem acompanhar os pacientes das RTs de forma adequada, além de também não dá o suporte necessário aos cuidadores. É sabido que não tem como ter um bom atendimento se não há serviços e profissionais qualificados e remunerados. A própria história da Reforma Psiquiátrica brasileira comprova isto.

No caso da cidade de Volta Redonda a reinserção social dos moradores se deu a partir de ações feitas pelos profissionais para diminuir o estigma da comunidade em

relação a pessoa com transtorno mental. Foram realizadas reuniões para desmistificar a visão tradicional.

4.3 Recomendações

O estudo evidenciou ser necessário realizar pesquisas sobre a rede de serviços de Saúde Mental e Atenção Psicossocial das cidades, sobre as dificuldades dos municípios na implantação e funcionamento das Residências Terapêuticas, sobre o cumprimento da Portaria n°106/2000 pelos gestores.

CONCLUSÃO

Primeiramente buscou-se entender o que é a loucura, como era tratado os loucos outrora. De forma a entender o contexto atual.

Se estudou também as formas de tratamento desenvolvidas pelos vários teóricos que através de suas experiências, desejavam proporcionar uma vida melhor para as pessoas com transtorno mental.

Assim o que era visto somente como doença mental a partir desses teóricos se transformou em saúde mental e o tratamento realizado antes de forma asilar passou a ser feito em serviços abertos, baseados na atenção psicossocial.

A partir daí o considerado diferente e que vivia isolado nos asilos hoje pode ser visto como uma pessoa com transtorno mental e que tem o direito de viver em sociedade, no entanto está interpretação ainda está pouco difundida. Porém foi a partir do fato de haver o cuidado na comunidade que se desenvolveu este trabalho, tendo como principal objetivo conhecer melhor os Serviços Residenciais Terapêuticos, um dispositivo que busca a desinstitucionalização.

O estudo mostrou que as residências terapêuticas promovem a reinserção social das pessoas com transtorno mental, e que elas também proporcionam um ambiente para promoção da qualidade de vida, diferente do hospitalocêntrico, pois, a residência terapêutica não é um serviço com regras e padrões a seguir, mais uma casa para os novos moradores da comunidade.

No entanto o estudo também mostrou que é preciso mais serviços da rede extra-hospitalar em algumas cidades pesquisadas, melhor remuneração, valorização e

qualificação, principalmente para o profissional cuidador, mais esclarecimento para a sociedade de forma a diminuir o estigma ainda existente em relação as pessoas com transtorno mental. Desta forma para além dos avanços já realizado pelas residências terapêuticas, tais medidas vão proporcionar também melhora da qualidade dos serviços e do trabalho dos profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida*. 2ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 4ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

AMARANTE, Paulo; CRUZ, Leandra Brasil da (org.). *Saúde Mental, formação e crítica*. 1ed. Rio de Janeiro: LAPS, 2008. p.09-36.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *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. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.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, novembro de 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15 anos Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15%20anos%20Caracas.pdf)

Conselho Federal de Psicologia. *Benefício de prestação continuada: não abra mão de sua cidadania*. Disponível em: [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2007/06/cartilha banalizacao.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2007/06/cartilha_banalizacao.pdf)

BELINI, M. G. e HIRDES, A. *Projeto morada São Pedro: da institucionalização à desinstitucionalização em saúde mental*. Texto contexto – enfermagem. [Online]. 2006, vol.15, n.4, pp. 562-569. Disponível em: <http://search.scielo.org/?q=residencias%20terapeuticas&where=ORG>. Acesso 11 de jan. 2015.

Cartilha: *As Residências Terapêuticas no Município do Rio de Janeiro: habitando a casa, a cidade e a vida*. Disponível em: <https://www.dropbox.com/s/itiac6hakyamtg3/sa%C3%BAde%20mental%20cartilha%20sobre%20residencias%20terapeuticas.pdf>

CADERNOS IPUB, nº 22. *Desinstitucionalização. A Experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2006.

FRAYZE, Pereira, João. *O que é loucura*. São Paulo: Editora Brasiliense, 2002. (Coleção Primeiros Passos; 73)

LEI 10.216, de 06 de Abril de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 2014.

LIMA, S. S. e BRASIL, S. A. *Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização*. Physis [online]. 2014, vol.24, n.1, pp. 67-88. Disponível em:

<http://search.scielo.org/?q=residencias%20terapeuticas&where=ORG>. Acesso em 10 de jan. 2015.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. *Técnicas de pesquisa*. 7ed. São Paulo: Atlas, 2009. p. 18 -25 e 220-255.

MELMAN, Jonas. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. 3ed. São Paulo: Escrituras Editora, 2001. (Coleção Ensaios Transversais)

MINAYO, M.C.S. (org.). *Pesquisa social – Teoria, método e criatividade*. 31 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

NICACIO, Erimaldo Matias . *Rupturas e encontros. Desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011 (RESENHA). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000300023&script=sci_arttext

Relatório final da III Conferencia Nacional de Saúde Mental. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf

ROSA, Lúcia C. S. *Transtorno mental e o cuidado na família*. 3. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2011. p.13-83.

SANTOS JUNIOR, H. P. de O.; SILVEIRA, M. de F. de A. e OLIVEIRA, C. C. *Além dos muros manicomiais: conhecendo a dinâmica das residências terapêuticas*. Rev. bras. enferm. [online]. 2009, vol.62, n.2, pp. 187-193. Disponível em: <http://search.scielo.org/?q=residencias%20terapeuticas&where=ORG>. Acesso em 08 de jan. 2015.

TENÓRIO, F. 'A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito'. História, Ciências, saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1): 25-59, jan.-abr. 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>. Acesso em 14 de jan. 2015.

TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Coleção Bacamarte. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001b. p.18-54.

VASCONCELLOS, Eduardo Mourão. *Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa*. Petrópolis: Editora Vozes, 2009. p. 131-139; 314-332.

VASCONCELLOS, Eduardo Mourão. *Cenário econômico, social e psicossocial no Brasil recente, e a crescente difusão do crack: balanço e perspectivas de ação*. In: O social em questão, Rio de Janeiro, PUC, 2012 p. 149- 186. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/8artigo.pdf>. Acesso em 02 de jan. 2015.

YASSUI, Silvio. *Rupturas e encontros. Desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. P. 09-112.

SILVEIRA, M.F.A. e SANTOS JUNIOR, H.P.O.S. orgs. *Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 11-47 Disponível em: <http://search.scielo.org/?q=residencias%20terapeuticas&where=ORG>. Acesso em 12 de jan. 2015.