

ARTIGO

**As residências terapêuticas e as políticas públicas de saúde
mental The therapeutic residences and public mental health policies**

**Flávio Aparecido de Almeida
Adieliton Tavares Cezar**

RESUMO

O serviço de Residência Terapêutica surge no Brasil visando à atenção integral ao indivíduo com transtorno mental priorizando a inserção social desses indivíduos. O presente artigo busca investigar de que forma as Residências Terapêuticas contribuem para a inserção dos indivíduos com transtornos mentais no contexto comunitário a que pertencem. Através do aporte teórico de autores tais como: Barcelar (2006) Scarcelli (2002), Alves (2005) dentre outros que abordam a temática é possível afirmar que as parcerias são fundamentais para o êxito do processo de reabilitação psicossocial realizado a partir das Residências Terapêuticas. A integração de práticas e conhecimentos é fundamental ao desenvolvimento e a qualidade de vida dos moradores.

Palavra-chave: residência terapêutica; inserção social;

integração. **ABSTRACT**

The Therapeutic Residence service arises in Brazil aimed at comprehensive care to individuals with mental disorders prioritizing social inclusion of these individuals. This paper investigates how the Therapeutic Residences contribute to the integration of individuals with mental disorders in the community context to which they belong. Through the theoretical contribution of authors such as: Barcelar (2006) Scarcelli (2002), Alves (2005) and others that address the theme it can be said that partnerships are critical to the success of psychosocial rehabilitation process carried out from the Therapeutic Residences . The integration of practice and knowledge is critical to the development and quality of life of residents.

Keywords: therapeutic residence; social inclusion; integration.

O Serviço Residencial Terapêutico, mais conhecido como Residência Terapêutica faz parte da Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde que tem como premissa básica a implantação e consolidação de um modelo de atenção à saúde mental voltado para a inserção social dos portadores de transtornos mentais na comunidade.

Trata-se de uma política pública de atenção integral ao portador de transtorno mental, que vai ao encontro das prerrogativas da nova política de saúde mental do Ministério da Saúde, a partir da década de 1990, que redireciona paulatinamente os recursos da assistência psiquiátrica hospitalar para um modelo substitutivo, baseado em serviços de base comunitária e territorial. Uma política que se consolida e ganha impulso com a promulgação da Lei Federal 10.216, de 06 de abril 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e reestrutura o modelo assistencial em saúde mental no Brasil.

Assim, as Residências Terapêuticas surgem neste contexto, conhecido como Reforma Psiquiátrica, a partir da Portaria 106/2000 do Ministério da Saúde. Um contexto marcado por um conjunto de transformações nos conhecimentos teóricos, nas estratégias de intervenção, nos valores culturais e sociais que se materializam no processo interventivo dos serviços de atenção a saúde mental no Brasil, como a Residência Terapêutica.

Diante deste contexto o objetivo desta pesquisa é investigar de que forma as Residências Terapêuticas contribuem para a inserção dos indivíduos com transtornos mentais no contexto comunitário a que pertencem.

Através da pesquisa bibliográfica acredita-se que as Residências Terapêuticas podem contribuir significativamente para a inserção dos indivíduos com transtornos mentais no seio da comunidade, resgatando sua identidade, além de proporcionar um atendimento mais humanizado.

As Residências Terapêuticas

As Residências Terapêuticas são moradias inseridas na comunidade, destinadas a pessoas que em algum momento de suas vidas foram alcunhadas de “loucas” e se tornaram dependentes do chamado manicômio, privadas do convívio social e do seu direito de ir e vir. Deste modo, caracteriza-se como um serviço substitutivo, que visa o atendimento dos portadores de transtornos mentais egressos de longo período de internação psiquiátrica e que não possuem vínculo familiar e/ou suporte social. O processo de desinstitucionalização não deve ser compreendido como sinônimo de desospitalização, uma vez que se trata de um processo complexo, que demanda a implantação de uma rede de atenção comunitária à saúde mental sólida e integrada.

“A Residência Terapêutica se constitui como dispositivo no processo de desinstitucionalização das pessoas acometidas de transtorno mental, com o intuito de promover a construção da sua inserção na comunidade. As residências se constituem como espaços de habitação e de reconstrução de laços sociais e afetivos para as pessoas que se encontravam confinadas nos hospitais psiquiátricos. No ambiente residencial não são mais considerados pacientes e sim moradores” (CAVALCANTI, 2005, p. 32)

O Ministério da Saúde, ao criar as Residências Terapêuticas, a partir da Portaria 106/2000, estabeleceu as características necessárias à criação e ao funcionamento deste serviço, e dentre elas destaca-se: as características físicas e funcionais das Residências Terapêuticas, recursos financeiros para implantação do serviço, a equipe que irá atuar na assistência aos portadores de transtornos mentais, os princípios e as diretrizes do Projeto Terapêutico que deverá ser desenvolvido (BRASIL, 2004).

Em relação às características físicas e funcionais das Residências Terapêuticas, cada casa deve estar inserida em bairros da cidade, ou seja, em contato com a comunidade. Nela deverá morar um número de pacientes que pode variar de uma pessoa até no máximo um pequeno grupo de oito.

A casa precisa ser mobiliada com equipamentos necessários à realização das atividades domésticas (higiene pessoal, preparo de alimentos, lavagem de roupas, entre outros), possuir até três dormitórios e oferecer o mínimo de três refeições. Para a manutenção desta estrutura (aluguel da casa, mobiliário, eletrodomésticos, telefone, água, luz etc.), bem como para o pagamento dos profissionais que formarão a equipe de assistência, os recursos financeiros são provenientes da realocação dos recursos da Autorização de Internação Hospitalar para o recurso orçamentário do município que irá implantar o serviço. Assim, conforme preconiza a legislação nacional, o Sistema Único de Saúde realiza o descredenciamento dos leitos hospitalares para a desospitalização dos pacientes para as Residências Terapêuticas.

Segundo a Portaria 175/2001, que altera o artigo 7º da Portaria 106/2000, a Residência Terapêutica deverá estar vinculada aos serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial e contar com uma equipe mínima responsável pelo acompanhamento dos moradores, composta por um profissional médico e dois profissionais com formação em ensino médio e capacitação ou experiência em reabilitação psicossocial (BRASIL, 2001).

De acordo com Scarcelli (2002) esta equipe será responsável por desenvolver um projeto terapêutico que tenha como objetivo promover a construção progressiva da autonomia dos moradores, necessária à realização de atividades sociais e cotidianas, integrando-os ao ambiente comunitário.

Para tanto, deverá desenvolver intervenções voltadas à inserção em atividades de trabalho, atividades escolares, atividades domésticas da própria casa, lazer e cultura, entre outras. Em outro momento deste texto serão tratadas com mais detalhes as diretrizes e princípios do projeto terapêutico, bem como as características de uma equipe responsável pela implantação de uma Residência Terapêutica.

Como parte da reestruturação da política de saúde mental no Brasil foi criado também o programa “De volta para Casa”. Este programa foi criado pelo Ministério da Saúde a partir da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que atualmente destina uma bolsa-auxílio reabilitação psicossocial no valor de R\$ 412,00¹ para o portador de transtorno mental que ficou internado por um período de dois anos ou mais em instituição psiquiátrica. Trata-se de um benefício muito importante no

acompanhamento dos moradores nas Residências Terapêuticas, uma vez que possibilita o acesso do morador a bens de consumo pessoal (roupas, produtos de higiene pessoal), a atividades de lazer e cultura (teatro, dança, cinema, viagens), a eletrodomésticos (som, secador de cabelo, máquina fotográfica), ao transporte (coletivo, taxi, moto-taxi), entre outras possibilidades que favorecem o exercício de sua cidadania.

Um programa que funciona como um importante parceiro das Residências Terapêuticas na construção progressiva da autonomia dos moradores, contribuindo de forma efetiva para sua inserção na comunidade e para a garantia dos direitos civis do cidadão. Em 2003, ano de criação do “De Volta para Casa” foram beneficiados 206 portadores de transtorno mental em todo o Brasil e em 2010 o programa já contava com 3.754 beneficiários. Segundo o Relatório de Gestão do Ministério da Saúde (2010) trata-se de um número muito pequeno de beneficiários.

Apesar dos avanços, Cavalcanti (2005) afirma que apenas 1/3 do número estimado de pessoas com transtorno mental que poderiam receber este benefício o recebem. Esta realidade pode ser atribuída a alguns fatores que dificultam o processo de desinstitucionalização como: problemas de documentação dos pacientes, número insuficiente de residências terapêuticas e também grande dificuldade para a desinstitucionalização das pessoas com um tempo muito de longo de internação psiquiátrica devido à idade avançada, a comorbidades que demandam uma estrutura adaptada das Residências Terapêuticas, profissionais capacitados e em maior número, consequentemente um custo maior para a sua manutenção.

Diante desta realidade há a perspectiva de criação do Serviço Residencial Terapêutico de Cuidados Intensivos, que irá possibilitar o aumento significativo de beneficiários do programa. É importante destacar que, de acordo com o relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010), faz-se necessário ampliar e garantir o acesso do programa De Volta para Casa não apenas ao portador de transtorno mental egresso de longo período de internação psiquiátrica, mas também aos usuários de saúde mental egressos do sistema penitenciário, aos moradores de rua e/ou andarilhos, devido ao histórico de exclusão social e vulnerabilidade destas pessoas.

Para tanto, afirma Alves (2005, p. 16):

“É imprescindível que haja uma reformulação da legislação existente, ou seja, uma revisão da Lei 10.708/2003, no sentido de rever os critérios de acesso e concessão do programa. Ainda segundo o referido relatório é necessário também estabelecer um critério de reajuste anual da bolsa auxílio baseado no salário mínimo”.

¹ Valor atual segundo dados da Caixa Econômica Federal para o ano de 2016.

Assistência em saúde mental realizada no Brasil é marcada durante o século XX por uma assistência predominantemente manicomial. Apesar das críticas iniciadas na década de 1970 ao modelo manicomial, das estratégias e mudanças propostas pela reforma psiquiátrica, no sentido de humanizar e melhorar a qualidade da assistência em saúde mental, havia no Brasil, ao final do ano 2000, 60.868 leitos em hospitais psiquiátricos e 40 Residências Terapêuticas.

No ano seguinte, 2001, o cenário da política de saúde mental de base territorial não estava muito diferente. O Ministério da Saúde destinava 79,54% dos recursos do Sistema Único de Saúde aos hospitais psiquiátricos e apenas 20,46% aos serviços de saúde mental extra-hospitalares. Atualmente, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde da área técnica da saúde mental (BRASIL, 2010), no Brasil há 32.735 leitos psiquiátricos e 570 Residências Terapêuticas. Apesar da redução significativa dos leitos e o aumento considerável no número de residências terapêuticas, trata-se ainda de um número muito baixo.

Tal realidade pode ser atribuída às dificuldades técnicas e políticas e a realocação dos recursos financeiros nos níveis federal, estadual e municipal, que se constitui como um principal obstáculo à expansão deste serviço.

Essas dificuldades podem ser superadas segundo algumas deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que propõem uma revisão da Portaria 106/2000, criando novas formas de financiamento para a Residência Terapêutica, em parceria com segmentos da intersetorialidade que resulte em alocação de recursos para além daqueles provenientes da Autorização de Internação Psiquiátrica. E também ampliação do direito à Residência Terapêutica aos usuários de saúde mental sem referência familiar que não sejam egressos de hospital psiquiátrico. Há também um estudo do Ministério da Saúde, para a criação de Residência Terapêutica de Cuidados Intensivos, voltada para pessoas com grave dependência institucional que demandem cuidado intensivo (por exemplo: pessoas acamadas, idosas, com problemas de saúde física).

Para Alves (2005) o processo de intervenção realizado por uma equipe de saúde mental a partir das Residências Terapêuticas inicia-se com a desospitalização dos portadores de transtornos mentais de longa permanência nos hospitais psiquiátricos. Uma etapa muito importante em que os pacientes devem ser acompanhados nos hospitais pela equipe da Residência Terapêutica com vistas à preparação para a desospitalização.

De acordo com Bacelar (2006) trata-se de um processo de adaptação do paciente psiquiátrico, para a nova vida em comunidade, como morador de Residência Terapêutica. Um acompanhamento que deve ser marcado pelo respeito às diferenças e ao ritmo de adaptação de cada pessoa.

O processo de intervenção que ocorre a partir da desospitalização pode ser facilitado por meio de discussões em grupo com a finalidade de possibilitar ao portador de transtorno mental a expressão dos sentimentos que permeiam o processo de mudar para uma Residência Terapêutica como: o medo, a insegurança, as dúvidas sobre as rotinas de uma casa, o sair pela cidade, considerando sempre as suas características e preferências pessoais. Pode-se afirmar que a

desospitalização faz parte do processo de desinstitucionalização do portador de transtorno mental. Um processo amplo, que requer uma atuação interdisciplinar.

Neste sentido, Medeiros e Guimarães (2002, p. 22) apontam:

“É necessário que a equipe da Residência Terapêutica (enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, cuidadores) atue em parceria com a equipe do Centro de Atenção Psicossocial e de outros parceiros desse processo de ressocialização dos pacientes e inserção social das pessoas usuárias do serviço de saúde mental”.

Pode-se afirmar que na Residência Terapêutica residem os moradores e não mais os pacientes. A equipe para atuar em uma Residência Terapêutica deve ser escolhida em função das características dos moradores, ou seja, depende dos níveis de desenvolvimento dos moradores nos aspectos cognitivos, afetivo, físico e social. Deste modo, há casas que podem precisar de uma assistência intensiva durante 24 horas e há outras em que não é necessário. No âmbito nacional verifica-se que geralmente a equipe de uma Residência Terapêutica é formada por um profissional com ensino superior completo e por profissionais que exercem a função de cuidadores.

Os técnicos de referência podem ser profissionais com formação em Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional ou Enfermagem, que atuam principalmente no acompanhamento dos moradores, bem como na orientação e supervisão dos cuidadores (TENÓRIO, 2001).

A capacitação específica em reabilitação psicossocial é muito importante para a formação continuada desses profissionais como, por exemplo, a participação em cursos que abordem temas relacionados à atuação nas Residências Terapêuticas: relacionamento interpessoal, procedimentos na administração de medicamentos, legislação em saúde mental, acolhimento e acompanhamento dos moradores nas atividades de vida diária, de vida prática e nas situações de crise.

Esses cursos podem ser desenvolvidos a partir de grupos de discussão entre os cuidadores e os técnicos de referência, apresentação comentada de filmes que abordam a temática da saúde mental, vivências grupais com ênfase no relacionamento interpessoal e ainda palestras com profissionais como: enfermeiros, farmacêuticos, dentre outros. Esse processo de educação permanente dos profissionais das Residências Terapêuticas se configura como um instrumento primordial na qualidade do acompanhamento realizado com os moradores no seu processo de inserção social.

As intervenções realizadas pela equipe das Residências Terapêuticas devem ser pautadas na identificação das principais dificuldades apresentadas pelos moradores, mais especificamente em relação às habilidades cotidianas e as habilidades sociais. Essas dificuldades representam um dos principais fatores que inibem o processo de inserção social dos portadores de transtornos mentais, uma vez que as pessoas que permaneceram por um longo período internadas em hospitais psiquiátricos apresentam acentuada dificuldade na interação social, devido à grave dependência institucional. Segundo Bandeira e Ireno (2002) o déficit de habilidades sociais e cotidianas dificulta o estabelecimento de relações interpessoais, eleva o nível de estresse, inibindo o processo de inserção social dos portadores de transtornos

mentais.

É importante destacar outro tipo de intervenção que deve ser desempenhada pelos profissionais que atuam nas Residências Terapêuticas: a sensibilização da comunidade. Esta intervenção configura-se como uma abordagem que envolve práticas educativas e informativas acerca do trabalho realizado pela Residência Terapêutica, enfatizando a relevância desse programa de reabilitação psicossocial para o desenvolvimento dos portadores de transtornos mentais. A sensibilização da comunidade também deve ser concebida como um processo cujo foco são as pessoas que convivem e que fazem parte do dia a dia do morador: os vizinhos, os funcionários do comércio local, a equipe do programa de saúde da família, os policiais, entre outros.

No processo de inserção social do portador de transtorno mental não basta que apenas a equipe de saúde mental do município compreenda a finalidade e os princípios norteadores da assistência em saúde mental desenvolvida pela Residência Terapêutica. É necessário que as pessoas de outros segmentos da sociedade (educação, assistência social, igreja, universidades, associações de bairro, poder judiciário) entendam a relevância do serviço, e ainda que eles podem atuar como agentes sociais no processo de inserção na comunidade dos portadores de transtornos mentais.

Considerações Finais

Faz-se necessário enfatizar a relevância da Residência Terapêutica na reestruturação da saúde mental no Brasil, com vistas à integração social do portador de transtorno mental egresso de hospital psiquiátrico. Um serviço capaz de acolher o portador de transtorno mental, de respeitar os seus direitos como cidadão e como sujeito em condição de viver em comunidade, ou seja, prima pela qualidade de vida de seus usuários. As características da atenção em saúde mental preconizadas pela Residência Terapêutica apontam para a complexidade do processo de desinstitucionalização, uma vez que pressupõem a criação de novas formas de relações e do fazer em saúde mental, implicam em um constante questionar e refletir sobre conhecimentos, normas, valores e costumes culturalmente determinados. O processo de reabilitação psicossocial desenvolvido a partir da Residência Terapêutica vai muito além do simples cumprimento de leis e portarias. O exercício desse trabalho consiste em questionar as intervenções instituídas e promover com responsabilidade novas intervenções, uma vez que nenhum saber é absoluto e não existem soluções pré-fabricadas sobre a prática em saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, C. S. **Projeto para implantação de Residência Terapêutica**. Volta Redonda: Coordenação do Programa de Saúde Mental da Secretaria de Saúde Municipal, 2005.

BACELAR, T. D. **O MODELO DO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO DE BARBACENA: AVALIANDO O PROCESSO DE INTERVENÇÃO NA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA**. In: *III Simpósio de Saúde Mental: Pesquisar e Intervir para Transformar*. Belo Horizonte, 2006.

Revista IGT na Rede, v. 13, nº 24, 2016, p.105-114 DOI [10.5281/zenodo.15054348](https://doi.org/10.5281/zenodo.15054348)

Disponível em <http://www.igt.psc.br/ojs> ISSN: 1807-2526

BANDEIRA, M., Ireno, E. M. **Reinserção Social de Psicóticos: Avaliação Global do Grau de Assertividade, em Situações de Fazer e Receber Crítica.** Psicologia Reflexão e Crítica, v.13, n.3, p.665-675, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gabinete Ministerial. Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000: Institui os serviços residenciais Terapêuticos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1900-2004.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica.** Relatório de Gestão 2007-2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao2007_2010.pdf. Acesso em 01/10/2012.

CAVALCANTI, M. T. **Saúde Mental – Campo, Saberes e Discursos.** Rio de Janeiro: IPUB – CUCA, 2005.

MEDEIROS, S. M.; GUIMARAES, J. **Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate.** Ciênc. saúde coletiva, São Paulo, v. 7, nº. 3, p. 571-579, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300014&lng=en&nrm=iso.

SCARCELLI, I.R. **Entre o hospício e a cidade: exclusão/inclusão social no campo da saúde mental.** 2002. 259f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, 2002.

TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

NOTAS

Flávio Aparecido de Almeida: Psicólogo (FAMINAS). Graduado em Filosofia (PUC – Minas). Pedagogo (FINOM). Psicopedagogo Clínico e Institucional (UCAM). Neuropsicopedagogo (UCAM). Especialista em Gestão em Saúde Mental (UCAM).

Adieliton Tavares Cezar: Psicólogo (UCL). Pós graduando em Psicopedagogia Clínica e Institucional (UCAM).

Endereço para correspondência

Flávio Aparecido de Almeida
E-mail: flavio.a.almeida@hotmail.com

Adieliton Tavares Cezar
E-mail: atcezar@outlook.com

Recebido em 04/02/2016
Aprovado em 24/05/2016