Resgatando vidas e redefinindo sonhos: experiência da Residência Terapêutica de João Pessoa – Paraíba

Ivoneide Lucena Pereira
Maria de Fátima Moura Feitosa
Cíntia Jaqueline Bezerra Galiza
Mércia Maria dos Santos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SILVEIRA, MFA., and SANTOS JUNIOR, HPOS., orgs. *Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. 320 p. ISBN 978-85-7879-063-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

Resgatando vidas e redefinindo sonhos: experiência da Residência Terapêutica de João Pessoa - Paraíba

*Ivoneide Lucena Pereira
Maria de Fátima Moura Feitosa
Cíntia Jaqueline Bezerra Galiza
Mércia Maria dos Santos*

A reforma psiquiátrica no mundo

O advento da Reforma Psiquiátrica teve como nascedouro na Europa, especificamente Trieste, na Itália, primeiro país a aprovar uma lei antimanicomial, tendo como precursor Franco Basaglia, o qual estabeleceu um marco no movimento da desinstitucionalização da loucura.

Até o século XVIII, na Europa, os hospitais não possuíam a finalidade médica. Eram grandes instituições filantrópicas com o foco em abrigar os indivíduos considerados indesejáveis ou que não eram ativamente produtivos à sociedade: leprosos, sífilíticos, aleijados, mendigos, pobres e loucos. Tal população, na época, era marcada pela exclusão, consequência do poderio dos regimes absolutistas e da ampliação da reforma industrial.

A criação de um hospital psiquiátrico, neste momento, histórico serviu como apaziguador das paisagens urbanas. Garantir a ordem pública e social implicou, em vários momentos, encaminhar essas pessoas consideradas indigentes para prisões e, mais à frente, para asilos construídos nos antigos leprosários.

Ainda vê-se hoje a relação existente entre os aparelhos policiais, como fortes apoiadores na manutenção da ordem da cidade, e continuam comuns as cenas de policiais transportando para hospitais psiquiátricos os usuários de drogas e/ou loucos.

Franco Basaglia conseguiu influenciar na criação de uma rede internacional de alternativas à Psiquiatria, junto com o movimento italiano com bases sociais para uma reforma com vistas à mudança de um modelo tradicional e crítica à instituição psiquiátrica asilar. O principal foco era a necessidade de redirecionamento da loucura, então reduzida à doença mental pela psiquiatria, tendo como demanda apenas a assistência médica e produzindo uma relação artificial entre a loucura e a sociedade, com base em qualidades morais, periculosidade e marginalidade que justificam a medicalização, a punição e a eliminação social da pessoa considerada doente mental (BARROS, 1994).

Surge, neste momento, o movimento da antipsiquiatria, capitaneado por David Cooper, Ronald Laing e Basaglia, propondo o fechamento dos hospitais psiquiátricos, por entendê-los como espaços de reclusão e exclusão.

Várias foram as tentativas de humanização da situação precária das instituições psiquiátricas. Todas elas fracassaram num ponto: a tentativa de redimensionar um aparelho equivocado por natureza, para o qual qualquer movimento de humanização ainda não o ressignificaria.

Consolida-se um crescente movimento de contestação do modelo com a paralela discussão sobre a urgência de um novo espaço para o adequado tratamento dos portadores de transtorno mental.

As experiências de maior impacto nesse movimento de rediscussão sobre os novos tratamentos apresentaram vários modelos que incidiam, desde a clínica psiquiátrica propriamente dita, até mesmo uma nova localização espacial onde tal tratamento deveria ser oferecido.

Os desdobramentos mais expressivos desse processo de reorientação da assistência são vistos com as comunidades terapêuticas na Inglaterra e Estados Unidos; Psicoterapia Institucional, na França; Psiquiatria de Setor, na França; Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos; Antipsiquiatria, na Inglaterra; e Psiquiatria Democrática, na Itália.

Na década de 1970, o Parlamento Italiano aprova a Lei N° 180 ou Lei Basaglia, que reorientava a assistência e implicava, estrategicamente, mudar o lugar da cidadania no tratamento dos transtornos mentais. A Lei 180 estruturou a Reforma Psiquiátrica Italiana, propôs a substituição do modelo asilar/hospitalar por um sistema de atenção psicossocial de base territorial (BARROS, 1994).

A assistência em saúde mental no Brasil

No Brasil, no mesmo período histórico, ocorriam discussões incipientes.

Antes disso, vários estados e municípios brasileiros anteciparam-se na criação de dispositivos legais de reorientação da assistência em saúde mental. Surgiu uma rede de movimentos sociais que acentuou os debates sobre os direitos humanos dos portadores de transtorno mental. Brotaram daí as associações de usuários e familiares, o movimento organizado da Luta Antimanicomial, experiências-piloto em serviços substitutivos entre outros.

Juntos, esses movimentos sociais construíram o Projeto de Lei nº. 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, que propôs a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição

por outras modalidades de assistência. O projeto foi um grande marco na Reforma Psiquiátrica, possibilitando a ampliação das discussões políticas sobre a loucura.

O movimento da luta antimanicomial, na década de 1970, que se iniciou com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), ganhou um grande avanço com um caráter mais teórico e político, provocando transformações na saúde mental. Surgiram, dessa forma, serviços substitutivos em Saúde Mental, à proporção que novas leis foram sendo sancionadas.

Paulatinamente, foram sendo instalados os Serviços, chamados, no início, de Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), mais adiante, de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospital Dia, Hospital Noite, Leitos de Observação 24 Horas e leitos em hospitais gerais. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi de fundamental importância por legislar sobre os direitos dos/as usuários/as, debatendo junto à sociedade os rumos das políticas públicas de saúde mental, concretizando-se a partir da Lei Nº 10.216, 06 de abril de 2001, que estabelece e regula as internações psiquiátricas.

Em paralelo ao surgimento desses serviços substitutivos, leitos em hospitais psiquiátricos iam sendo desativados, dando lugar a uma assistência psicossocial, que contrariamente ao sistema asilar, abria um leque de possibilidades de reabilitação aos/as portadores/as de transtorno mental severo e/ou persistentes.

A política de saúde mental na Paraíba

No município de João Pessoa - Paraíba, o primeiro serviço substitutivo foi implantado no ano de 1998, o Hospital Dia, situado dentro do Complexo Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira. Para tanto, foram desativados 30 leitos do citado Complexo. Este serviço existiu por nove anos; posteriormente, os usuários e equipe

multiprofissional transferidos para os dois CAPS existentes geridos pelo município.

Entretanto, a construção da Política de Saúde Mental, sob a égide da Reforma Psiquiátrica, em João Pessoa, teve início no ano de 2005, com a ampliação e implementação de uma nova rede de serviços substitutivos tendo um avanço considerável. A partir desse período, o município abraçou a causa da Política de Saúde Mental como forte prática de atuação, na efetivação da reorientação da assistência no campo da saúde mental.

A partir do momento que a cidade passou a ter uma gestão que se pretende democrática e popular, esse foi o marco das mudanças estruturantes para a assistência de qualidade e humanizada à população.

A rede de cuidados em saúde mental passou a ser rediscutida com os/as profissionais da rede de atenção básica, o que possibilitou a aproximação da política de saúde mental aos trabalhadores/as de saúde da Estratégia Saúde da Família, tornando-se, assim, tema presente nas rodas de discussão e, conseqüentemente, nos planejamentos da rede de serviços do município de João Pessoa, nascendo, dessa forma, uma realidade palpável e viva.

O município dispunha, na década de 1990, de 01 CAPSad, sob gerência do estado e de 01 CAPS II, Gutenberg Botelho. No ano de 2006, implantou-se mais um CAPS tipo II. Em 2007, este CAPS passou a funcionar como CAPS tipo III, ou seja, funcionando 24 horas, de segunda a domingo, ficando o município com dois CAPS. No ano de 2007, implantou-se o primeiro serviço residencial terapêutico feminino. Em 2008, foi aberto um pronto atendimento em saúde mental e foi repactuada a forma de atendimento dos casos de urgência de saúde com a rede estadual da cidade, obtendo, através de diálogos coletivos, a re-estruturação da porta de entrada do/a usuário/a com transtorno mental, além de regular as internações psiquiátricas de todos os hospitais psiquiátricos existentes na cidade

que atendem, muitas vezes, outros municípios que não apenas o da capital. Ainda em 2008, foi inaugurado um CAPS Infanto-juvenil, atendendo à demanda não só de transtornos mentais graves e persistentes, mas também a crianças e adolescentes com problemáticas ligadas a álcool e outras drogas. Além desse, ainda da rede estadual, existe um CAPSad, destinado a uma clientela de usuários/as de álcool e outras drogas.

Dessa forma, o cenário da rede de saúde mental conta com o atendimento de urgência, o Pronto Atendimento em Saúde Mental – PASM, no hospital geral do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para atendimento dos portadores de transtornos mentais da região metropolitana; e, outro pronto-atendimento no hospital psiquiátrico no Sanatório Clifford, para cobertura dos demais municípios pactuados do estado da Paraíba. Essa iniciativa teve a finalidade de regular as internações psiquiátricas, haja vista, que proporciona uma possibilidade de avaliar nessas portas de entrada, pela equipe de plantão, a necessidade de internação, ou a permanência em leitos de observação até 72 horas.

Esse mecanismo proporcionou uma redução nas internações de longa permanência, pois permite um olhar integral para o/a usuário/a com transtorno mental, como também, a possibilidade de ampliação de oferta de serviços à disposição do mesmo. O PASM foi criado com a missão de ser retaguarda para as redes de saúde mental, em especial para equipamentos de maior complexidade como os CAPS, garantindo cobertura e comunicação médica nos horários em que os serviços de referências necessitarem, onde são auxiliados pelo SAMU no transporte para o pronto atendimento.

Além da ampliação de serviços de saúde mental na rede, a discussão foi saindo dos muros dos serviços e da Coordenação de Saúde Mental e invadindo as Equipes de Saúde da Família, de forma matriciada, utilizando ferramentas como: tecnologias “leves,” rodas de conversas, construção de fluxos e encaminhamentos aos /as usuários/as, orientações por parte da equipe aos familiares, construção

de projetos terapêuticos, leituras de textos e discussão dos mesmos, todo esse processo possibilitou a mudança do cenário na rede de serviços em saúde mental.

Assim o nosso Estado possui, atualmente, 223 municípios com 62 CAPS, sendo que 48, em 2009, estavam cadastrados no Ministério da Saúde e 14 restantes estavam em funcionamento, sem o cadastro, além de alguns outros serviços ambulatoriais gerais que atendem à demanda psiquiátrica.

Hoje, é possível perceber, depois dos últimos 04 anos de construção contínua, a mudança de práticas dos profissionais da saúde, dos gestores municipais e da Secretaria de Saúde e, principalmente, dos atores que estão mais envolvidos no campo da saúde mental. A reorientação do modelo assistencial permite contemplar áreas outrora relegadas ao descuido.

A implantação da Residência Terapêutica na Capital

No ano de 2005, foram listados, através da Central de Regulação, todos/as os/as usuários/as de longa permanência existentes nos hospitais psiquiátricos de João Pessoa; compostos por quatro instituições; em seguida, criou-se um questionário estruturado amplo e diversificado para ser aplicado aos/às usuários/as que se encontravam internos nos hospitais da cidade.

Essa equipe fez uma pesquisa de caráter qualitativo, onde se abordavam vários aspectos desses pacientes de longa permanência de ambos os sexos, como dados pessoais, história de vida, diagnóstico, atividades desenvolvidas dentro da instituição, vínculos existentes, entre outros. Essa pesquisa trouxe para a equipe reflexões profundas: percebeu-se nos moradores sentimentos de tristeza, medo, insegurança, desconfiança, falta de higiene, autocuidado comprometido, fantasias de que teriam que permanecer ali caso algum parente viesse lhe buscar; os cabelos das mulheres, em sua maioria, sempre

curtos demais; presença de dermatites, poucas roupas para vestir e/ou divisão de roupas com as outras; os banheiros abertos, sem porta de privacidade (característica de hospital psiquiátrico), muita dificuldade das internas em expressar opiniões, explicitar sua história de vida, descrever de que forma haviam sido internas ali.

Todos os/as entrevistados/as encontravam-se internos/as nos hospitais psiquiátricos de João Pessoa acima de 02 (dois) anos ininterruptos. Foram catalogados na pesquisa 92 (noventa e dois) destes, incluindo homens e mulheres, os quais, em sua maioria 98% abandonados por seus familiares.

Ao término das entrevistas, a equipe de saúde mental começou a buscar na comunidade um espaço físico adequado para acolher 07 (sete) ou 08 (oito) mulheres do hospital. Aqui se seguiram dificuldades múltiplas como: encontrar uma casa com tamanho suficiente, preconceito dos proprietários do imóvel para cederem sua casa para pessoas com transtornos mentais morarem – “loucos?” – era o que diziam. Passaram-se mais de 18 (dezoito) meses e a dificuldade continuava presente, quando se conseguia concluir o trâmite contratual da locação do imóvel os proprietários desistiam.

No ano de 2006, no mesmo período do ano anterior, a equipe de saúde mental voltou aos mesmos locais refazendo/reiterando/modificando/acrescentando novas informações de todos/as os/as internos/as dos hospitais, utilizando como roteiro estruturado o mesmo questionário anterior, mas de forma mais objetiva, considerando a familiaridade com os entrevistados já conhecidos pela equipe.

Observou-se que alguns deles haviam morrido, outros/as estavam mais gordinhos/as e uma tristeza maior no semblante. Encontraram-se duas situações: uns/as usuários/as que não tiveram evolução nenhuma ao longo de 12 (doze) meses e outros/as que regrediram, sejam nos aspectos emocionais, quanto físicos/clínicos. Já no ano de 2007, em igual período, fez-se novo monitoramento e, em seguida, avaliação final para confirmar realmente as pessoas que iriam para a Residência Terapêutica Feminina.

No mês de novembro de 2007, o prefeito da capital, a secretária de saúde do município, a diretora de atenção à saúde e representante da saúde mental foram ao hospital psiquiátrico convidar, oficialmente, as primeiras moradoras para fazer parte do novo serviço de saúde mental, registrando, assim, um marco histórico para João Pessoa, através dessas atitudes, ações e mudanças significativas para a área da Reforma Psiquiátrica e para a Luta Antimanicomial. A concretização desse ato manifesta uma nova modalidade de cuidado na Saúde Mental. Em outras palavras, solidifica-se um “dispositivo da área de saúde voltado para a reabilitação psicossocial e a promoção da saúde em seu caráter integral” (AMARANTE, 2008).

Segundo Oliveira (2003), para se dar início ao processo de implantação de um novo serviço de saúde, particularmente de saúde mental, e em especial um serviço residencial terapêutico, é interessante construir redes de apoio para dar suporte aos novos serviços que surjam. Logo, para poder abrir a Residência Terapêutica, a equipe de saúde mental da secretaria de saúde do Município e, também, alguns profissionais dos CAPS (psicólogas e assistentes sociais) existentes na época foram envolvidos.

Para fazer parte da equipe que iria cuidar das mulheres na RT, foi feita uma criteriosa escolha dessas cuidadoras, fizemos uma seleção para ocupar quatro vagas, onde através de entrevista realizada pela coordenação de saúde mental do municipal e com a participação de uma psicóloga do CAPS Gutenberg Botelho, deu-se a escolha das referidas cuidadoras.

A primeira Residência Terapêutica de João Pessoa foi inaugurada no dia 20 de Dezembro de 2007, com sete moradoras, oriundas do Complexo Hospitalar Juliano Moreira, onde essas moradoras, em sua maioria, passaram quase toda a sua vida ali morando, num longo processo de internação ininterrupta, com exceção de uma, com descendência marroquina, que contava com aproximadamente 03 anos de internação.

Para escolher as primeiras candidatas, formou-se uma nova equipe multiprofissional para avaliar a partir dos dados coletados nos últimos três anos quais usuárias estariam mais aptas, num primeiro momento, para irem para a Residência Terapêutica.

A partir dessa catalogação, discutimos e traçamos estratégias de ações para início do processo de preparação dessas usuárias, através de encontros semanais. Dessa forma, em grupos sistemáticos com estas prováveis moradoras da RT, tentávamos uma desconstrução das identidades apostas, sem vínculo social, sem família, sem documentação, sem cidadania, com perspectivas arrancadas pela iatrogenia dos anos de moradia em manicômio. A intenção ia se dando, paulatinamente, até a mudança para a Residência Terapêutica. Após incessante procura, da casa em localização próxima ao CAPS III Gutenberg Botelho, referência da RT, a casa só foi encontrada em um bairro afastado do CAPS, no bairro de Mandacaru. Depois de grande luta para encontrar uma casa para esse tipo de clientela, conseguiu-se um espaço bastante confortável, espaçoso, de fácil localização, para acolher as egressas que estavam aptas e dispostas para ali morarem, dando início ao processo de resgate de sua autonomia.

Mas a vida não é só ter uma casa para ficar admirando. Lá funcionava antes uma das unidades de saúde da família do Distrito IV, ficando assim a casa disponível para a RT, diversas reuniões aconteceram, todas voltadas à instalação da Residência Terapêutica naquele território, onde as moradoras seriam inclusas na rede de serviços de saúde, agora fazendo parte da área de cobertura de uma Equipe de Saúde da Família do Alto do Céu, diversas reuniões foram feitas com a equipe do Distrito Sanitário IV e com os/as profissionais da ESF, que iriam acompanhar as moradoras na RT, onde teriam o acompanhamento e visitas de uma agente comunitária de saúde e de toda a Equipe de Saúde da Família. Logo após a inauguração da RT, as mulheres foram a cada dia se inserindo e utilizando os serviços de saúde, assim como as atividades de lazer junto à comunidade.

Ainda no processo de implementação, foram articulados vários segmentos da comunidade onde está inserida a RT, sugerindo-se e pleiteando as parcerias com os mesmos no processo de reabilitação das moradoras. As mulheres da RT conheceram antecipadamente a Unidade Saúde da Família próxima a casa, a praça existente, o grupo de idosos localizado no Centro de Referência do Cidadão, com mais de 40 idosos presentes dando-lhes as boas vindas; apresentação de música instrumental e, no final do encontro, dançaram forró e lançaram. Conheceram também o CAPS que iria ficar dando apoio biopsicossocial. Algumas reconheceram pessoas que lá trabalhavam que eram oriundas do hospital de onde elas estavam saindo e que há muito tempo não as viam. E tanto as moradoras quanto os profissionais se emocionaram muito. No decorrer do reconhecimento dos equipamentos sociais disponíveis na comunidade, elas se mostravam alegres e cantantes.

Não poderíamos deixar de colocar a importância da parceria com as Equipes de Saúde da Família de João Pessoa, hoje com 180 Equipes, onde as equipes do Alto do Céu (não pelo nome que trazem), mas pela responsabilidade, cuidado e acolhimento que tiveram com essas novas moradoras daquele território; tratando-as acima de tudo com responsabilidade e ética.

Para integrar a moradia, foram selecionadas 08 mulheres moradoras de hospitais psiquiátricos, da rede pública e privada, cujos critérios de escolha basearam-se no desejo manifesto, atrelado ao perfil de maior autonomia de cada uma, levando-se em consideração, também, os laços afetivos estreitados pelo tempo de convivência e afinidades. Oriundas de municípios como Pedra Lavrada, Pedras de Fogo, Caaporã e Campina Grande, do estado da Paraíba; Macau, no Rio Grande do Norte e do Marrocos, com idades variáveis entre 54 a 69 anos, sendo seis da Colônia Juliano Moreira e uma do Sanatório Clifford, abandonadas pela família.

Habitavam um pavilhão geriátrico onde era dispensada atenção diferenciada, dado o grau de comprometimento clínico; eram

assistidas por duas psicólogas, que monitoravam essa assistência, inclusive atividades como confecção de tapetes, fuxico, almofadas, flores. Eram cuidadas dentro da lógica da cultura manicomial, a que eram submetidas, num viés único, sem possibilidades de uma identidade subjetiva; viviam delimitadas pelos muros patológicos, que as impediam de SER SUJEITO de sua própria vida. Sem perspectivas, obedientes ao sistema que lhes foi imposto pelos anos a fio de enclausuramento institucional. Eram amorfas em seu *self*, apáticas. Porém, o curioso é que eram meigas, mesmo com um olhar perdido no vazio de um porvir sem esperança. Experimentavam, na rotina, uma situação de abandono a que eram coagidas a aceitar pelo imperativo de não terem motivação nem autonomia para suas escolhas. Estavam sem projeto de vida, pois havia se perdido na desqualificação enquanto Sujeito, sem história, apenas lhes sobrava a doença como biografia.

No dia em que as moradoras se mudaram para a casa, alguns profissionais da Secretaria de Saúde, juntamente com as cuidadoras (pessoas contratadas pela prefeitura que organizam a casa e desenvolvem juntas as moradoras o resgate da autonomia e ressocialização), fizeram uma calorosa recepção, providenciaram lanche, mensagens escritas e música.

Na primeira noite, muitas delas não conseguiam dormir, não se sabe se era porque estavam muito eufóricas ou apenas estranhando o espaço físico, ou um misto de ambos. As mulheres escolhidas neste primeiro momento, já que existia um número maior de moradoras de instituições de longa permanência, mudaram-se para uma casa de verdade, onde cada uma teria sua própria cama, seu espaço, sua cozinha, sua sala, seu terraço, sua calçada, sua vida, cozinha, poderiam arrumar seus pertences. Enfim, fazer o que muitos cidadãos fazem todos os dias, e que, não se dão conta o quanto é valioso poder cuidar do próprio lar, da própria vida, do trabalho, do estudo, uma oportunidade única para resgatar a vida social, liberdade, respeito, dignidade, cidadania, autonomia, vida. Direitos fundamentais que regem a Constituição Federal de 1988.

Nesse sentido, o Projeto Residencial Terapêutico vai muito além de uma simples morada, ele resgata a possibilidade de retomar uma vida que foi deixada para trás por causa das circunstâncias, de pessoas, ou outro motivo qualquer, corresponde a uma chance de poder se relacionar com outros indivíduos, ir à igreja, universidade, passear, praia, andar de ônibus, fazer novas amizades, expressando as novas frustrações, criando vínculos em outros espaços sociais. Os diversos parceiros, trabalhadores da saúde que compõem o corpo de trabalho da secretaria, incluindo os diversos serviços de saúde, mostram-se como atores atuantes na vida dessas pessoas, pois estes podem ajudá-las a melhorar ou piorar, dependendo da situação.

A residência terapêutica tem como diretriz a construção de um espaço aberto e democrático sob um suporte de proteção social e clínico, totalmente diferenciado de tudo que elas já tinham experimentado em detrimento do abandono familiar e do regime segregador em que viviam (BRASIL, 2007).

O maior desafio encontrado na desinstitucionalização, como dizem Delgado et al. (2001), está na “progressiva devolução à comunidade da responsabilidade em relação aos seus/as doentes e aos seus conflitos”. Além desse desafio, deparamo-nos com a situação de ansiedade instalada nas moradoras, nas quais identificamos uma intensa dependência institucional, empobrecidas na sua autonomia e ainda com problemas clínicos.

A migração dessas usuárias para a Residência Terapêutica foi um trabalho paulatinamente delicado, tratando-se de todas as variáveis de ansiedade instalada. Nesse processo de desconstrução das sequelas psicológicas, do modelo asilar, de fato houve a necessidade de toda uma reestruturação de acordo com as singularidades de cada uma.

Observou-se que durante a preparação para a mudança, algumas usuárias ainda apresentavam alguma resistência, mesmo manifestando o desejo de ter uma casa. Essa dificuldade despertava um olhar

mais apurado na representação da estigmatização a qual estavam submetidas. Embora o hospício, representante para nós como um *modus vi vendi* de insalubridade, ambiente totalmente segregador, estava no imaginário de cada uma como sendo um lugar protetor.

A simbologia desse significado incide na desumanização e alojamento, como se pertencessem a outro mundo. De acordo com Amarante (1995), a ideia do “duplo” torna-se o ponto de partida obrigatório, e esse “duplo” denuncia a função alienante, violenta, iatrogênica da psiquiatria, mas, fundamentalmente, coloca em questão sua função terapêutica.

Dito de outro modo, Basaglia (1985) refere os complexos de danos derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando a instituição se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem as regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressões e determinam nele uma perda de interesse que, através de um processo de regressão e de restrição do EU, o induz a um vazio emocional.

No que tange ao financiamento, o Ministério da Saúde estabeleceu que os recursos de custeio e manutenção das residências terapêuticas são oriundos dos recursos das autorizações de internações (AIHS), dos 08 leitos ocupados por essas mulheres nos hospitais psiquiátricos, após desativação. Tal recurso é revertido para esse fim, desde que seja discutido na Comissão Intergestora Bipartite, instância de negociação dos interesses do estado e município, no ordenamento da política de saúde local (BRASIL, 2004). Além desses recursos, a cada implantação de uma RT, o Ministério repassa uma parcela única no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), para fins de adequações na estrutura física da moradia e aquisição de mobiliário e utensílios.

Na implantação dessa moradia foi estabelecido um teto financeiro no valor de R\$ 5.490,00 (cinco mil quatrocentos e noventa

reais), faturado mensalmente, que expressa, a partir dos procedimentos realizados, o cuidado em saúde dispensado, além de alimentar o Sistema de Informações Ambulatorial - SIA/SUS. Esse recurso foi proveniente do fechamento dos 08 (oito) leitos do Complexo Hospitalar Juliano Moreira, hospital de natureza pública, sob gestão do município e gerência estadual. Salientamos que os custos das internações psiquiátricas dessas usuárias eram em média de R\$ 8.129,00 (oito mil cento e vinte e nove reais) mensais.

É fundamental a observância de que os recursos que eram utilizados para o tratamento dessas mulheres, de forma segregada, eram bem maiores. E sob o ponto de vista de custo/benefício, houve uma redução nos custos da assistência de 33% e ganhos incomensuráveis, uma vez que se livram do estigma de doentes mentais e passam a ter a possibilidade de viver com dignidade, pela reinserção na sociedade, e a perspectiva do resgate da autonomia, há muito perdida. Reafirmando, mais uma vez, que é possível quebrar paradigmas, instituindo um novo modelo assistencial, com ganhos para o/a usuário/a com sofrimento mental.

Ressaltamos que após alguns meses de abertura da RT, veio somar-se às sete moradoras iniciais uma outra, já com quadro de complicação clínica, e que tinha um forte desejo de morar numa casa. Algum tempo depois, foi acometida de recidiva do seu quadro, vindo a óbito no Hospital Universitário da Cidade. Foi providenciado o velório de forma digna, com a presença das demais moradoras, cuidadoras, profissionais do CAPS, do manicômio de onde procedia, pessoas da comunidade, da unidade de saúde da família de referência, como também o coordenador de saúde mental na ocasião. Esta moradora foi levada para RT em 12/02/08 e em 19/03 do mesmo ano, foi internada no hospital Edson Ramalho e, em seguida, sendo transferida para o HU-UFPB, onde veio á óbito no dia 03/04.

Avaliando o perfil das moradoras, assinala-se que pela própria história de vida, tinham pouca autonomia, eram um tanto dependentes, até porque na sua maioria são portadoras de doenças

crônico-degenerativas, mas que no processo de reabilitação ao longo do cotidiano, começam a se estruturar em uma nova forma de vida, acontecendo significativas transformações em seu estar no mundo. Essas transformações se deram gradativamente, investindo-se na reeducação de hábitos na rotina de cada uma.

Em paralelo, foram incentivadas a desempenhar tarefas de acordo com interesses e disponibilidade peculiares, introduzindo-as na apropriação do espaço enquanto lar e nas atividades diárias as quais eram sempre estimuladas, como cuidar da casa, arrumar suas roupas e camas; pequenas tarefas que faziam a diferença para a reconquista de suas identidades. O interessante é que elas mesmas foram se apropriando e se organizando de forma que estes objetivos foram alcançados, avanços foram se estabelecendo e, ao final de um ano, já se consolidavam mudanças significativas em seus estilos de vida. Semanalmente eram realizadas rodas de diálogos, com todas, pertinentes aos objetivos propostos, com o CAPS sempre em contato dia a dia na assistência e manutenção da RT. A cada necessidade surgida, efetivavam-se reuniões com as cuidadoras na tentativa de solucionar as dificuldades e encaminhamentos para novas ações, como também, suporte efetivo.

Em estado de considerações...

Consideramos a RT um dos dispositivos da Reforma Psiquiátrica e que tem sido um dos desafios dentro dessa perspectiva no qual concerne à reabilitação psicossocial. Na primeira residência terapêutica do município de João Pessoa, chamada de “MINHA CASA”, nome escolhido pelas próprias moradoras. A principal dificuldade verificada foi a idade avançada das mesmas, com pouca autonomia, em vista dos problemas clínicos apresentados. Todas com trinta a quarenta anos de afastamento sócio-familiar, institucionalizadas com a cristalização de hábitos estigmatizados e estereotipados.

O desafio apresentado é um trabalho árduo, intensivo e sistemático e requer muita habilidade e capacitação dos que fazem as intervenções nesse processo de reabilitação. Todavia, vêm sendo construídas possibilidades de devolver a cidadania pautada no respeito pela singularidade de cada moradora, o direito de ser e morar em comunidade.

Por fim, diante do contexto sociocultural-histórico que está desenhado em nossa cidade, abrem-se portas num imenso leque de sentidos e possibilidades dadas às moradoras da residência e dos profissionais da saúde, para lidarem com algo novo, mas que se mostra possível e concretizado, a partir da mudança das teorias e práticas vivenciadas pelos múltiplos profissionais no desenrolar do funcionamento da residência terapêutica. É importante lembrar sempre que o dispositivo da Residência Terapêutica compreende fundamentalmente uma concretização de um movimento há vinte anos percorridos - a Reforma Psiquiátrica no Brasil - e que não pode ser esquecido; ao contrário, é preciso ter a atenção e clareza da concepção de que tipo de trabalho encontra-se em amplo desenvolvimento na prática, e da política que está sendo ampliada nos modos de morar dessas pessoas. Caso contrário, a casa pode ser um dispositivo manicomial, também, e não uma nova forma de estratégia para se trabalhar a inclusão das pessoas com sofrimento mental, levando-se em conta o projeto de vida de cada um/a no seu simples habitar.

Referências

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: INSP, 1995.

_____. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: INSP, 2008.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BARROS, D. D. **Jardins de Abel**: desconstrução de manicômio de Trieste. São Paulo: EDUSP, 1994.

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

_____. Ministério da saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: acesso e mudança do modelo de atenção. Relatório de gestão de 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

DELGADO, P. G. G. et al. O Ministério da Saúde e a saúde mental no Brasil: panorama da última década. In: *Conferência Nacional De Saúde Mental*: Cuidar Sim, Excluir Não, 3., 2001, Brasília, **Caderno de Textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho da reforma psiquiátrica. **Temas livres: ciência e saúde coletiva**, v. 10, n. 1, p. 191-203, 2003.