

Moradia Assistida para dependentes do álcool: das bases teóricas às implicações para organizações de serviços. Halfway house for alcohol dependents: from theoretical bases to implications for facilities organizations.

Alessandra Diehl Reis¹ & Ronaldo Laranjeira¹

1.Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)/Departamento de Psiquiatria/Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD).

Responsável pela correspondência:

Dra. Alessandra Diehl Reis

Rua Botucatu 394- Vila Clementino

04038-001- São Paulo - SP, Brasil

E-mail: alediehl@terra.com.br

Possíveis conflitos de interesse: Não há conflitos de interesse

Número de palavras: 3473

Financiamento: Não houve financiamento

Alessandra Diehl Reis: psiquiatra, especialista em dependência química, mestre em ciências pela UNIFESP, pós graduanda e pesquisadora da UNIAD/
UNIFESP.

Ronaldo Laranjeira: psiquiatra, Prof. Dr.do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP e coordenador da UNIAD.

Resumo

O objetivo deste artigo é fornecer uma revisão sobre as bases teóricas, conceituais e funcionais das Moradias Assistidas para doença mental e a sua correlação para o modelo da dependência química. Os autores fazem relatos de experiências internacionais e nacionais da utilização deste modelo e suas implicações para a organização de serviços destinados ao tratamento de usuários de substâncias psicoativas. Sugere-se este modelo como uma alternativa em potencial da continuidade de serviços para um grupo de dependentes de álcool e, esta área, como necessitando maior atenção e interesse em pesquisas futuras.

Palavras chaves: Tratamento Residencial, Moradia Assistida, Transtornos Relacionados ao uso de Álcool, Organização de serviços.

Abstract

The purpose of this paper is to supply a revision about conceptual, functional and theoretical bases of halfway house's, for patients with mental disorders and its correlation for the chemical dependence model. Authors also report international and national experiences of this model and implications in the organization of a facility destined to addiction disorder treatment. It suggests this model as a potential alternative for the continuity of alcohol dependents services and this area, as, in need of more attention and interest for future researches.

Key Words: Residential Treatment, Halfway Houses, Alcohol-Related Disorders, Organization and Administration.

O começo das Moradias Assistidas

A Moradia Assistida (MA) é uma abordagem terapêutica que surgiu na década de 60, principalmente nos EUA, a partir de grupos de pessoas que trabalhavam em hospitais psiquiátricos e buscavam uma nova modalidade de tratamento para seus pacientes. O principal objetivo era evitar os macro-hospitais psiquiátricos e o pequeno mundo familiar, o qual o portador de doença mental grave ainda não estaria apto a ser encaminhado quando na ocasião de sua alta; em geral; após longos anos residindo em instituições psiquiátricas (Budson, 1978; Golomb & Kocsis, 1988; Vidal, 2007).

O sistema foi implementado visando aliviar o isolamento social dos doentes mentais na comunidade, desmistificar o modelo médico universal onde o paciente é visto o tempo todo como doente quando dentro de hospitais e promover um ambiente sem muros e trancas. Além disto, visava criar uma atmosfera parecida com uma casa (com móveis, utensílios domésticos e confortável), permitir que os integrantes se conheçam uns aos outros e possam conviver com a vizinhança (ir às compras ou à igreja, por exemplo) como no "mundo real" (Budson, 1978).

Idealmente o funcionamento desta residência baseia-se num grupo familiar típico com 10 a 15 pessoas convivendo em uma mesma casa. Estas moradias, em geral, estão localizadas próximas a departamentos de psiquiatria ou unidades de saúde para eventual apoio. A administração da casa fica inicialmente sob os cuidados de voluntários, sendo auxiliado por uma equipe variada a qual pode incluir assistente social, enfermeiras, terapeutas

ocupacionais e médicos, dependendo do tipo de programa (Budson, 1978; Golomb & Kocsis, 1988).

Os "consultores", como são chamadas as pessoas envolvidas na convivência com os residentes 24 horas por dia, ajudam no manejo de crises, no reconhecimento de reagudizações de sintomas, supervisionam as medicações utilizadas, fazem refeições e atividades de lazer juntos, bem como, apaziguam possíveis desavenças entre os pacientes. As tomadas de decisões e outros assuntos importantes são discutidos em reuniões com todos os "ocupantes ou residentes" que por sua vez, passam a não ser mais chamados de pacientes. Os moradores visitam seus médicos ou outros terapeutas em regime ambulatorial (Budson, 1978; Golomb & Kocsis, 1988).

Parece existir uma carência de um modelo teórico-conceitual para este tipo de abordagem. Apesar das contradições entre pesquisadores, o modelo que melhor o explica é o modelo de família ou modelo social. A prática adotada é do viver em família com papéis, regras e o exercer responsabilidades junto aos demais membros. Nesta perspectiva, uma família é um sistema que opera através de padrões transacionais, isto é, de regras oriundas das interações repetidas entre os indivíduos (Budson, 1978; Minuchin, 1982).

Uma variedade de programas começou a surgir pelo mundo a fora, afim de atender as necessidades específicas de cada população, como por exemplo, moradores de rua com doença mental associada. Com o passar dos anos, esta modalidade passou a ser vista com o potencial de domicílio e daí a terminologia mais abrangente de "residência comunitária ou residência terapêutica" e não

somente de "halfway house", a qual tinha uma conotação de temporário (Budson, 1978; Golomb & Kocsis, 1988; McCrady & Epstein, 1999).

Em meio às barbáries nos hospícios de vários países do mundo, é que a Reforma Psiquiátrica (RF); embalada pela então emergente psiquiatria social; começou a ganhar força na década de 70. Na Itália, isto se deu de forma mais expressiva a partir da aprovação da lei nº 180 em 1978 motivada pelas idéias fenomenológicas de Franco Basaglia. A nova política em vários países do mundo, incluindo o Brasil, visava direcionar os doentes crônicos para Residências Terapêuticas (RT), internações de emergências para as unidades psiquiátricas de hospitais gerais e aumento de serviços ambulatoriais (Araújo, 2004; Vidal, 2006; Andreoli et al., 2007).

Surpreendentemente, o estudo de Girolamo (2002) relatam a existência na Itália de 1.370 RT com um total de 17.138 leitos e um quadro de 18.666 profissionais envolvidos, portanto, mais de um profissional por doente internado; sendo que 73,4% das residências têm funcionários nas 24 horas. Além disto, muitos dos pacientes residem por muito mais de dois anos. Esta realidade das RT italianas, mostra que as mesmas foram se estruturando como mini hospitais de psiquiatria com média de 12 leitos (Girolamo et al., 2002).

Este exemplo, parece dissonante ao conceito inicial proposto há cerca de 20 anos atrás de gradativa independência e "desinstitucionalização" dos doentes mentais graves. O que por sua vez, tem permitido a geração de inúmeras críticas à RF proposta e executada, inclusive em nosso país (Gentil, 2007).

No Brasil, a partir da década de 90 surgem as primeiras experiências em estados brasileiros conforme previsto na reforma manicomial e posteriormente pautada na Portaria n.º 106/2000 do Ministério da Saúde, o qual prevê a implantação de RT no âmbito do SUS. Segundo dados do Ministério da Saúde de 2004, existem 256 Serviços de Residências Terapêuticas (SRT) funcionando em quatorze estados e 45 municípios brasileiros. Estes serviços abrigam aproximadamente 1.400 pessoas com doença mental, em geral, com longa história asilar e sem recursos familiares ou sociais suficientes para garantir espaço adequado de moradia (Ministério da Saúde, 2004).

O custo de uma destas moradias em outros países é considerado baixo. O valor estimado é \$ 12 dólares por dia para cada paciente, comparados a \$100 dólares dia por pessoa em um sistema hospitalar (Golomb & Kocsis, 1988; Menikoff, 1999). No Brasil, o Ministério da Saúde repassa R\$ 10.000,00 (dez mil reais), a título de incentivo, para cada SRT implementado. Este recurso destina-se a fazer pequenos reparos no imóvel, equipar a residência com móveis, eletrodomésticos e utensílios necessários. Para seu custeio mensal, os recursos originários das Autorizações de Internações Hospitalares podem atingir cerca de R\$ 7.000,00 a R\$ 8.000,00 (sete a oito mil reais/mês), correspondentes ao número máximo de 8 moradores por módulo residencial (Ministério da Saúde, 2004).

As moradias mais antigas são a Rutland Corner House em Vermont para mulheres e a Berkeley House em Boston. Um estudo de seguimento que avaliou 26 residências incluindo estas duas, mostraram resultados favoráveis. Apenas

20% dos ex-pacientes tinham sido hospitalizados, 58% estavam morando independentemente e 55% estavam empregados ou de volta à escola. Além disto, parece permitir melhora do funcionamento geral, ajustamento social e estimula interesses vocacionais até mesmo em pacientes crônicos (Budson, 1978; Golomb & Kocsis, 1988).

As publicações nacionais a respeito da temática são ainda escassas e sem grande poder de evidência. Trata-se de relatos de casos, pesquisas qualitativas com amostras de conveniência e pequeno número de sujeitos incluídos (Araújo, 2004; Vidal et al., 2006). Raríssimos são os estudos avaliando aspectos de comportamento, habilidades sociais, satisfação e efetividade das RT existentes no país (Jaegger et al., 2004; Vidal et al., 2006; Vidal, 2007).

As Moradias Assistidas para Dependentes do Álcool

Embora não haja uma evidência clara de nenhuma influência direta dos SRT Psiquiátricas na origem e desenvolvimento desta forma de tratamento para as dependências químicas, foi aos moldes das moradias para doentes mentais que começaram também a se expandir pelo EUA e Inglaterra moradias para tratar pessoas com problemas com álcool (McCrary & Epstein, 1999).

A MA (Dry House ou Halfway House ou Sober House) é definida como uma transição mais acessível entre a hospitalização e o viver em comunidade. O seu objetivo é promover uma rede social de apoio para pacientes dependentes de álcool e/ou drogas que não necessitam ser institucionalizados, mas que se

beneficiariam de uma estrutura suportiva de tratamento em um atmosfera de sobriedade (Polcin, 2001).

A diversidade de tratamentos oferecidos nestes serviços é muito grande. Alguns incluem o tratamento não formal e outros praticam os 12 passos. Os programas em geral são exclusivos para homens ou para mulheres; sendo que poucos combinam ambos os gêneros. Eles têm duração variável de 1 até 320 dias; sendo que os pacientes que residiram por mais tempo têm uma tendência a melhores respostas em produtividade e diminuição do uso e abuso de substâncias no seguimento (Booth, 1981).

Os estudos que tentaram avaliar a efetividade desta modalidade de tratamento encontraram muitas dificuldades metodológicas, principalmente no que concerne a carência de um grupo controle; variação nos tipos de intervenção e medidas de desfecho, no pequeno número de amostra, bem como, na confiabilidade dos relatos obtidos. No entanto, de uma maneira geral eles trazem resultados favoráveis; evidenciando que esta abordagem tem uma tendência a aumentar a adesão ambulatorial (Anderson, 1979; Wlaker et al., 1982; Moos & Moos, 1995; McCrady & Epstein, 1999).

Os estudos realizados por Annis & Liban (1979), Ryswyk (1981), Walker (1982), Baskin (1983), Huselid (1991), Fischer (1996), Jason (2007) indicam desfechos positivos com relação aos tratamentos oferecidos pelas diversas MA, entre estes resultados destaca-se: 1). menores taxas em admissões em serviços de desintoxicação, 2). menor dependência a serviços de assistência pública, 3). menor envolvimento com o sistema criminal de justiça ou prisões, 4).

estabelecimento de vínculo empregatício após a alta, 5). tendência a menor número de admissões em hospitais de emergência, 6). menores custos médicos e legais ao serviço público, 7). sistema mais humanitário, com bom grau de satisfação entre os moradores, 8). sistema de baixo custo, 9) melhoras taxas de abstinência quando comparados aos outros modelos. Evidenciou-se também alguns preditores de pior desfecho como: população mais jovem e o uso de múltiplas drogas associados ao uso primário de álcool (Annis & Liban, 1979; Ryswyk et al., 1981; Walker et al., 1982; Baskin & Missouri, 1983; Huselid et al., 1991; Fischer, 1996; Jason et al., 2007).

Segundo Pekarik & Zimmer (1992), este modelo tem um custo médio anual nos EUA estimado em \$2,900 por ano (Pekarik & Zimmer, 1992). Assim sendo, é um sistema que parece poupar dinheiro em longo prazo, além de revelar um recurso que traz satisfação tanto para os pacientes quanto para seus familiares (Menikoff, 1999).

No Brasil, observa-se uma carência deste tipo de abordagem, sendo que não há uma tradição terapêutica adequada a este modelo no âmbito da dependência química. Não foram encontradas publicações nacionais sobre a temática das MA ou RT para dependentes de álcool ou de outras substâncias.

Experiências Internacionais e Nacionais

- Oxford House

O sistema Oxford House é uma entidade não governamental que atualmente compreende mais de 20 residências em vários municípios, fundado em outubro de 1975 em Maryland nos EUA. A premissa central da Oxford House é estimular a recuperação e promover moradia para dependentes do álcool que desejam interromper o uso de bebidas e viver em atitude de sobriedade, sendo esta a exigência primordial para a participação.

O sistema não tem fins lucrativos sendo gerenciado pelos próprios moradores de forma independente e auto-suficiente em cada residência. No entanto, apresenta normativas de operações e tradições criadas a partir de votação democrática. Mantém quadro não profissional, embora a ajuda de profissionais externos possa ser solicitada em casos especiais.

O sistema não é filiado aos Alcoólicos Anônimos (AA), mas estimula a participação de seus membros em reuniões. Estudo que avaliou a questão da espiritualidade entre os moradores de uma das Oxford Houses identificou que 76% frequentam as reuniões do AA semanalmente; sendo que parece haver uma necessidade importante de formação de rede social além dos muros da residência como fator essencial na recuperação. Estudo de seguimento de 2 anos que avaliou 130 pacientes do sistema Oxford House aponta resultados favoráveis na aquisição da abstinência de substâncias psicoativas (Manual Oxford House, 1990, Nealon-Woods et al., 1995; Jason et al., 2007).

- Moradia Assistida do Jardim Ângela São Paulo

Este serviço funcionou desde o final do ano de 1999 até setembro de 2003 numa das periferias mais conhecidas da cidade de São Paulo pelos altos índices de homicídios (122 homicídios por 100 mil habitantes em 1995) e exclusão. Contava com o apoio técnico e financeiro da UNIFESP/UNIAD, Secretaria do Estado de São Paulo e Sociedade Santos Mártires (ONG católica com mais de 12 anos de atuação nesta comunidade). A hipótese ligava a carência de espaços para lazer e cultura, bem como, a grande densidade de bares (1 bar para cada 12 casas) com aumento na violência e alcoolismo nesta comunidade. O bairro, no final dos anos 90, foi apontado pela ONU como a região mais violenta do planeta (Instituto Sou da Paz, 2001; Laranjeira & Hinkly, 2002).

A MA do Jardim Ângela tinha capacidade para 10 leitos numa casa de 5 cômodos, garagem e lavanderia, onde dependentes do álcool residiam no máximo 30 dias. No período compreendido entre outubro de 1999 a Novembro de 2001 estiveram residindo 130 pacientes.

A filosofia era a condução de um serviço comunitário em caráter de casa de passagem, suportado principalmente por pessoal não especializado e/ou dependentes do álcool em recuperação. A atmosfera operante era a promoção de saúde através da aquisição da abstinência, resgate da auto-estima e identificação ou fortalecimento de rede social de apoio.

Os pacientes ficavam 24 horas por dia sob os cuidados de um agente comunitário que se revezava em esquema de plantão. Os agentes ajudavam os residentes durante as refeições (realizadas pelos próprios residentes com auxílio

de uma cozinheira também em processo mais longo de recuperação), na orientação da higiene corporal, faziam companhia, desenvolviam atividades de jogos e lazer, bem como, acompanhavam as visitas de familiares e telefonemas para casa.

Os residentes recebiam assistência psiquiátrica, psicológica, de enfermagem e do serviço social, com frequência de uma a duas vezes por semana no ambulatório próximo a esta residência. Realizavam atividades de artesanato em cerâmica e yogaterapia ministradas por voluntários da comunidade. Também realizavam atividades de cultivo de horta comunitária, iam à missa se assim desejavam e faziam caminhadas com os agentes durante o início da manhã.

O custo diário por residente era em torno de R\$ 20,00 por dia, incluindo refeição, medicações utilizadas, recursos humanos e gastos com telefone, água e luz da moradia. Existia ainda contribuições de voluntários da comunidade através de alimentos, roupas e outros donativos para os residentes.

Infelizmente este serviço não pode ter continuidade pela término do convênio e dificuldades de manutenção da residência pela falta de verba. Atualmente, nas instalações da antiga MA funciona uma mini- enfermaria com 10 leitos. O novo serviço foi re- aberto em 2006, sendo mantido com apoio da prefeitura do município. No entanto, ainda há a participação do agente comunitário em período integral.

Implicações na Organização de Serviços para Dependentes Químicos

O modelo de residência terapêutica destinado a usuários de substâncias psicoativas parece ser uma opção de serviço de baixo custo. Possibilita oferecer dignidade aos pacientes enquanto alcançam a formação de uma rede social de auto-ajuda e suporte com amplas mudanças em prol da recuperação e do viver em sobriedade (Polcin, 2001).

As chaves de bons resultados parecem estar no estabelecimento de regras ou tradições bem definidas entre os membros residentes, como por exemplo: não permissão da violação da abstinência (tanto fora como dentro da residência) e metas de tempo de permanência da residência (Manuel Oxford House, 1990).

Além disto, é necessário haver uma certa garantia de continuidade do projeto com reforços ou respaldos de ações governamentais. Assim, pode-se inferir que a Oxford House tem apresentado bons resultados porque está em sintonia com umas das Políticas Nacionais daquele país desde o plano de 1988, o qual estimulava a expansão de casas de reabilitação (Manuel Oxford House, 1990; Polcin, 2001).

Considerações Finais

Espera-se que outros estudos possam responder de forma mais consistente questões pertinentes aos critérios de "elegibilidade", efetividade e eficácia deste tipo de programa na dependência química.

Dado a carência de estudos nacionais sobre a temática das RT, sugere-se esta área como necessitando maior atenção e interesse em pesquisas futuras.

Agradecimentos

Ao Pe. Jaime Crowe, presidente da Sociedade Santos Mártires, por visionar que seu papel de religioso vai além das fronteiras que a sua igreja pode enxergar.

Referências

Anderson DJ. Delivery of Essential Services to Alcoholics through the "Continuum of Care". *Cancer Research*, 39: 3855-2858, 1979.

Andreoli SB, Almeida- Filho N, Martin D, Mateus MDML, Mari JJ. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 29(1): 43-46, 2007.

Annis HM, Liban CB. A follow-up study of male halfway-house residents and matched nonresident controls. *J Stud Alcohol*, 40(1): 63-9, 1979.

Araújo A. Residential Therapeutic Mental Health Services: an ethnographic study on group homes of Campinas – SP. [Dissertação]. Vitória (ES): UFES; 2004.

Baskin D, Missouri C. A Treatment Outcome Study of Alcohol Halfway House Residents in the South Bronx. *The International Journal of the Addictions*, 18(4): 551-558, 1983.

Booth R. Alcohol Halfway Houses: Treatment Length and Treatment Outcome. *The International Journal of Addictions*, 16(5): 927-934, 1981.

Budson RD. *The Psychiatric Halfway House. A Handbook of Theory and Practice*. United States: University of Pittsburg; 1978.

Fischer EH. Alcoholic patients' decisions about halfway houses. What they say, what they do. *J Subst Abuse Treat*, 13(2):159-64, 1996.

Gentil V. More for the same? *Rev Bras Psiquiatr*, 29(2):188-99, 2007.

Girolamo G & Picardi A. Residential care in Italy: National survey of non-hospital facilities. *British Journal of Psychiatry*, 181: 220-225, 2002.

Golomb SL & Kocsis A. *The Halfway House. On The Road to Independence*. Brunner/Mazel Publishers, New York, 1988.

Huselid RF, Self EA, Gutierrez SE. Predictors of successful completion of a halfway-house program for chemically-dependent women. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 17(1):89-101, 1991.

Jaegger RC, Guitton AP, Lyrio JM, Santos MM, Freitas RCO, Gonçalves SRL et al. A experiência de morar fora: avaliação da satisfação de usuários em um serviço de saúde mental. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 12(1): 27-39, 2004.

Jason LA, Olson BD, Ferrari JR, Majer JM, Alvarez J, Stout J. An examination of main and interactive effects of substance abuse recovery housing on multiple indicators of adjustment. *Addiction*, 102(7): 1114-21, 2007.

Laranjeira R & Hinkly D. Evaluation of alcohol outlet density and its relation with violence. *Rev Saúde Pública*, 36(4): 455-61, 2002.

Manual de la Oxford House. Una idea basada en un sistema seguro para la rehabilitación de alcohólicos que se auto-ayudan. Oxford House, Inc., Arlington, Virginia, Trans Text; 1990.

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. – Brasil-Brasília: Ministério da Saúde, 16 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde), 2004.

McCrary BS & Epstein EE. Addictions: A comprehensive guidebook. The Therapeutic Community Treatment Model. New York: Oxford University Press; 1999.

Moos RH & Moos BS. Stay in Residential Facilities and Mental Health Care as Predictors of Readmission for Patients with Substance Use Disorders. *Psychiatric Services*, 46(1), 1995.

Menikoff A. Psychiatric Home Care. Clinical and Economic Dimensions. Academic Press, London, 1999.

Minuchin S. Família, Funcionamento e Tratamento. Porto Alegre: Artmed., 2^a ed., 1982.

Nealon-Woods MA, Ferrari JR, Jason LA. Twelve-step program use among Oxford House residents: spirituality or social support in sobriety? *J Subst Abuse*, 7(3):311-8, 1995.

Pekarik G & Zimmer L. Relation Client Variables to Continuance in Five Types of Alcohol Treatment Settings. *Addictive Behaviors*, 17:105-115, 1992.

Polcin DL. Sober living houses: potential roles in substance abuse services and suggestions for research. *Subst Use Misuse*, 36(3): 301-11, 2001.

Relatório de Cidadania - Os Jovens e os Direitos Humanos. Rede de Observatórios de Direitos Humanos. Instituto Sou da Paz, São Paulo, 2001.

Ryswyk CV; Churchill M, Velasquez J, Mcguire R. Effectiveness of Halfway House Placement for Alcohol and Drug Abusers. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 8(4): 499-512, 1981-82.

Walker K, Sanchez-Craig M, Bornet A. Teaching Coping Skills to Chronic Alcoholics in a Coeducation Halfway House: II. Assessment of Outcome and Identification of Outcome Predictors. *British Journal of Addictions*, 77:185-196, 1982.

Vidal CEL. Avaliação das Habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos. [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.

Vidal CEL, Vidal LM, Fassheber V. Residência terapêutica: uma nova modalidade de cuidados em saúde mental. A experiência de Barbacena. Cadernos IPUB, Rio de Janeiro, 12 (22): 155-161, 2006.

Correspondência

Dra. Alessandra Diehl Reis

Rua Botucatu 394- Vila Clementino

04038-001- São Paulo - SP, Brasil

E-mail: alediehl@terra.com.br