

Direito à proteção social e à saúde entre moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos

Right to social protection and health among residents of Therapeutic Home Services

Derecho a la protección social y a la salud entre los residentes de Servicios Residenciales Terapéuticos

Recebido: 28/07/2020

Aprovado: 27/03/2021

Publicado: 21/06/2021

Marciana Fernandes Moll¹

Carla Aparecida Arena Ventura²

Jenifer Graneli Soares³

Diego Augusto Flôres⁴

Darlisson Bueno Paranhos⁵

Mariana Bonomi Goulart⁶

Este é um estudo qualitativo e descritivo realizado no segundo semestre de 2017 em uma cidade do interior mineiro, tendo como objetivo analisar o exercício de direitos que assegurem padrão de vida, proteção social e saúde física e mental entre moradores de serviços residenciais terapêuticos. Utilizou-se a entrevista semiestruturada direcionada pelo *QualityRights Tool Kit* para coletar os dados que foram interpretados utilizando-se a análise de conteúdo de Bardin. Participaram dez moradores de duas residências terapêuticas. Emergiram duas categorias: “o direito a um padrão de vida e proteção social adequado”; e “o direito a usufruir padrão de vida mais elevado de saúde física e mental”. O serviço residencial terapêutico resguarda seus moradores da discriminação social e disponibiliza estrutura física e recursos suficientes para uma vida digna. Os direitos à autonomia, inclusão e reabilitação social são exercidos por meio de práticas externas que geram proximidade com a comunidade. O acesso à saúde é intermediado pelos profissionais desse serviço. Entretanto, há lacunas no acesso ao lazer e à recepção de visitas, o que mostra a necessidade da implementação de práticas propulsoras da proatividade e a inclusão social dos moradores.

Descritores: Direitos humanos; Desinstitucionalização; Saúde mental.

This is a qualitative and descriptive study carried out in the second semester of 2017 in a city in the interior of the state of Minas Gerais, Brazil. It aimed to analyze the exercise of rights that ensure standard of living, social protection and physical and mental health among residents of therapeutic residential services. A semi-structured interview guided by the *QualityRights Tool Kit* was used to collect data, that were later interpreted with Bardin's content analysis. Ten residents of two therapeutic residences participated. Two categories emerged: “*The right to an adequate standard of living and social protection*”; and “*The right to enjoy a higher standard of living and physical and mental health*”. The therapeutic residential service protects its residents from social discrimination and provides sufficient physical structure and resources for a dignified life. The rights to autonomy, inclusion and social rehabilitation are exercised through external practices that generate proximity to the community. Access to health is mediated by the professionals of this service. However, there are gaps in access to leisure and reception of visitors, which shows the need to implement practices that promote proactivity and social inclusion of residents.

Descriptors: Human rights; Deinstitutionalization; Mental health.

Este es un estudio cualitativo y descriptivo realizado en el segundo semestre de 2017 en una ciudad del interior del estado de Minas Gerais, Brasil, con el objetivo de analizar el ejercicio de los derechos que garantizan el nivel de vida, la protección social y la salud física y mental entre los residentes de servicios residenciales terapéuticos. Para recoger los datos se utilizó la entrevista semiestructurada dirigida por el *QualityRights Tool Kit*, que se interpretó mediante el análisis de contenido de Bardin. Participaron diez residentes de dos residencias terapéuticas. Surgieron dos categorías: “*el derecho a un nivel de vida y a la protección social adecuados*”; y “*el derecho a disfrutar de un mayor nivel de vida de salud física y mental*”. El servicio residencial terapéutico protege a sus residentes de la discriminación social y les proporciona estructura física y recursos suficientes para una vida digna. Los derechos a la autonomía, la inclusión y la reinserción social se ejercen a través de prácticas externas que generan proximidad a la comunidad. El acceso a la salud está intermediado por los profesionales de este servicio. Sin embargo, existen lagunas en el acceso al ocio y la recepción de visitantes, lo que demuestra la necesidad de implementar prácticas que promuevan la proactividad y la inclusión social de los residentes.

Descriptores: Derechos humanos; Desinstitucionalización; Salud mental.

1. Enfermeira. Especialista em Saúde Mental. Mestre e Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Pós Doutora em Enfermagem em Saúde Mental. Professora da Universidade de Uberaba (UNIUBE) e Enfermeira da Prefeitura Municipal de Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-4794-4255 E-mail: mrcna13@yahoo.com.br

2. Advogada. Mestre em Direito. Doutora em Administração. Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EERP), Campus Ribeirão Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0003-0379-913X E-mail: caaventu@eerp.usp.br

3. Psicóloga. Especialista em Atenção à Saúde na modalidade Residência Multiprofissional, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-9659-8315 E-mail: jenifergranelis@gmail.com

4. Fonoaudiólogo. Especialista em e Atenção à Saúde na modalidade Residência Multiprofissional, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-4788-0239 E-mail: diegofloresfono@gmail.com

5. Fisioterapeuta. Especialista em e Atenção à Saúde na modalidade Residência Multiprofissional. Mestrando em Fisioterapia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-0979-8966 E-mail: darlisson-2b@hotmail.com

6. Enfermeira. Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-3290-2837 E-mail: mariana.enf@hr.uberabadigital.com.br

INTRODUÇÃO

As residências terapêuticas (RT), ocupadas na maioria das vezes por pessoas egressas de internações psiquiátricas de longa permanência, são serviços definidos como moradias na comunidade destinadas às pessoas com transtornos mentais que não têm laços familiares e nem suporte social. Esses serviços foram regulamentados nos anos 2000, por meio da Portaria nº 106/2000, que dispõe sobre a criação das residências terapêuticas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentada pela Portaria nº 1.220/2000, que detalhou o financiamento desses serviços¹.

Embora tenham sido regulamentadas em 2000, apenas recentemente intensificou-se a estruturação das RT, que não devem representar apenas um espaço de acolhimento após a alta hospitalar, pois sua grande meta é desinstitucionalizar e estabelecer um processo de reabilitação que assegure o caráter terapêutico desse serviço².

Do ponto de vista legal, em 2004, iniciou-se o estímulo para a criação desses serviços, por meio da Portaria nº 2.068/2004¹ que foi substituída pela Portaria nº 246 em 2005, que previu o incentivo financeiro de dez mil reais - valor para ser aplicado na melhoria e/ou implantação de RT nos municípios. O repasse é feito em parcela única e não onera os tetos estaduais e municipais, visando à consolidação da rede extra-hospitalar de atenção à saúde mental em todas as unidades da Federação³. Já em 2011, a Portaria nº 3.090 classificou os serviços residenciais terapêuticos em tipo I e tipo II e, com base nessa classificação, redefiniu as diretrizes de funcionamento e o incentivo financeiro para cada um deles⁴.

A residência terapêutica classificada como tipo I destina-se às pessoas que estão em processo de desinstitucionalização e nela podem residir até oito pessoas que devem ser referenciadas por um cuidador, o qual é acompanhado por uma equipe técnica de saúde mental que tem a responsabilidade de estabelecer projetos terapêuticos individualizados para os moradores⁴. Tanto esses projetos como os cuidados prestados por esse(a) cuidador(a) de referência devem fundamentar-se na (re)estruturação da rede social dos moradores por meio do trabalho, educação, lazer e outras estratégias existentes na comunidade, as quais favoreçam a reabilitação psicossocial desses sujeitos⁴.

Já as RT classificadas como tipo II acolhem pessoas (mínimo de quatro e máximo de dez moradores) com maior grau de dependência, resultante, sobretudo, de comprometimentos físicos que exigem a prestação de cuidados contínuos. Nessa classificação, o cuidado é prestado por aproximadamente cinco cuidadores (em regime de escala de trabalho) e um técnico de enfermagem, que trabalha diariamente; esses profissionais também são acompanhados por uma equipe técnica de referência em saúde mental que estabelece um projeto terapêutico durante o processo de desospitalização de cada morador⁴.

Nesse projeto, o enfoque deve ser a adequação às atividades de vida diária (higienização pessoal, autocuidado, alimentação, e outras), o treinamento para as habilidades sociais (comunicação e outras), bem como demais ações que possibilitem a essas pessoas se sentirem em um lar, onde existem outras pessoas que os ajudam a viver melhor e, assim, (re)construírem vínculos afetivos. Deve-se também destacar, nessa classificação, a necessidade de adequações/adaptações no espaço físico da casa para melhor atender às necessidades dos moradores⁴.

A partir da regulamentação da Portaria 3090/2011, estabeleceu-se, ainda, que o incentivo financeiro para a implantação de ambos os tipos de RT é de vinte mil reais. Contudo, o repasse financeiro mensal se diferencia entre essas classificações. O tipo I depende do total de moradores (mínimo quatro e máximo oito) e, havendo o número máximo de moradores, é repassado um valor de dez mil reais, mensalmente. Naquelas de tipo II, o repasse financeiro também é variável conforme a quantidade de moradores; se a residência estiver com o número máximo de dez pessoas, o repasse mensal é de vinte mil reais⁴.

Além do estímulo financeiro proposto pela Portaria 3090/2011, ainda existem desafios a serem superados, os quais se centram no processo de cuidar, que deve valorizar a qualidade de

vida, independente de diagnósticos e condições cognitivas, o que exige uma nova perspectiva dos profissionais que atuam nas residências terapêuticas⁵.

Assegurar a inclusão social e evitar a discriminação social que moradores de RT vivenciam é uma necessidade, conforme evidenciado em recente investigação⁶ acerca dos direitos à igualdade e liberdade de seus moradores.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca o *Quality Rights Tool Kit*⁷, criado para aprimorar as condições dos estabelecimentos de saúde mental, conforme as premissas dos direitos humanos que englobam: direito a um padrão de vida e proteção social adequado, direito a usufruir o padrão mais elevado possível de saúde física e mental, direito a exercer capacidade legal e direito à liberdade pessoal e segurança da pessoa, prevenção contra tortura ou tratamentos de pessoas cruéis, desumanas ou degradantes e contra exploração, violação e abusos e o direito de viver de forma independente e de ser inserido na comunidade.

Esses direitos são importantes, especialmente considerando o momento atual, em que se propõe o aumento do financiamento de leitos nos hospitais psiquiátricos e de Comunidades Terapêuticas como uma das soluções em saúde mental⁸.

Nesse contexto, desconsidera-se as fragilidades e deficiências de acesso aos direitos básicos de pessoas com transtornos mentais⁹, contradizendo os pressupostos da Lei nº 10.216, que prevê a proteção dos direitos desses sujeitos e a prioridade pelo tratamento comunitário¹⁰. Acrescenta-se que estudos sobre *Quality Rights* ainda são recentes. Nesse sentido, este artigo tem como objetivo analisar o exercício de direitos que assegurem padrão de vida, proteção social e saúde física e mental entre moradores de serviços residenciais terapêuticos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo fundamentado na abordagem qualitativa¹¹, desenvolvido em uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais que possui aproximadamente 300 mil habitantes, nas duas primeiras das seis residências terapêuticas existentes.

Os seguintes critérios de inclusão foram considerados: não apresentar alterações cognitivas, conforme avaliação direcionada pelo Miniexame do Estado Mental e residir há, no mínimo, um ano na residência. O critério de exclusão estabelecido foi: estar hospitalizado por intercorrências clínicas ou psíquicas.

Os dados foram coletados nos meses de setembro a outubro de 2017, utilizando-se um roteiro de entrevista semiestruturado construído com base no *QualityRights Tool Kit*⁷, que estabelece um agrupamento de questionamentos específicos para cada uma das temáticas abordadas nessa investigação (padrão de vida, proteção social, saúde física e mental).

As entrevistas foram gravadas pelo celular, duraram em média trinta e cinco minutos e ocorreram no espaço de moradia de cada um dos participantes (local privativo escolhido por cada um deles).

Os dados obtidos foram analisados por meio da análise de conteúdo¹². As entrevistas foram analisadas atentando-se aos procedimentos preconizados por Bardin, sendo que, primeiramente, foram analisadas as falas de cada representante. Na sequência, foram elencados os pontos de semelhança e diferença entre os conteúdos, bem como aquilo que pôde ser destacado como relevante para alcançar os objetivos da pesquisa. Os resultados foram reunidos em categorias e discutidos com base em uma produção específica da área.

Este trabalho se desenvolveu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CAAE: 45903815.3.0000.5393). Todos os participantes receberam esclarecimentos sobre as propostas da pesquisa e os Termos estabelecidos (TCLE e TALE), que foram devidamente assinados pelo responsável e morador, respectivamente, para formalizar a concordância em participar da investigação.

Buscando assegurar o anonimato dos participantes, utilizou-se a letra M (morador) seguida por número arábico correspondente à sequência de realização das entrevistas para identificação das falas dos participantes dessa pesquisa.

RESULTADOS

Nas RT escolhidas para a pesquisa moravam oito pessoas, o que totalizava dezesseis pessoas. Duas pessoas estavam com agravos clínicos que as levou para a internação no período da coleta dos dados, uma pessoa residia nos serviços residenciais terapêuticos (SRT) há 8 meses e três apresentavam alterações cognitivas e, por isso, foram excluídas da coleta dos dados.

Participaram da investigação dez moradores, sendo que sete eram do sexo masculino e três do sexo feminino, com idade média de 49,2 anos de idade, tempo de moradia no SRT variando de quatro a cinco anos, com predomínio do espectro da esquizofrenia no diagnóstico médico.

A partir da análise dos dados, emergiram duas categorias: “o direito a um padrão de vida e proteção social adequado”; e, “o direito a usufruir padrão de vida mais elevado de saúde física e mental”.

O direito a um padrão de vida e proteção social adequado

No geral, os participantes denotaram satisfação em relação à casa em que residem, pois quatro deles descreveram a residência como bonita e a maior parte dos demais relataram gostar de viver nela:

Eu gosto daqui, ela é bonita. (M1)

Morar aqui é bom e eu gosto muito. (M6)

Bonita, gosto de onde moro. (M2)

Acho linda. (M4)

Minha casa é bonita, tem TV, tem sofá, tem som [...]. (M10)

Em relação à existência de uma rotina da residência centrada em horários, tal como existe em serviços de saúde (horário para banho, refeições), a maioria dos participantes refere ter autonomia para organizar seus horários:

Sim, acordo quando está tudo claro, durmo meio dia e acordo a hora que der [...]. (M6)

Tomo banho sempre no horário que quero. (M9)

Eu decido a hora, durmo às 22 e acordo 06:30. (M3)

Eu durmo sempre à tarde e acordo quando quero. (M4)

Eu acordo sozinha às 06 da manhã e durmo às 09 da noite. (M2)

Tomo café e como bolacha qualquer hora que me dá vontade. (M5)

Contudo, dois participantes argumentam ter necessidade de auxílio em alguns momentos para manutenção de sua rotina, ou limitação de horário:

Às vezes sim, eles me acordam às vezes. (M1)

Tem horário pra dormir sim, até às 10. (M10)

A presença de mobiliários para guardar os pertences pessoais também foi investigada e três deles referem que existem esses móveis, mas eles não têm chaves:

Tenho, mas não tem chave. (M5)

Tenho um armário só meu, não tem chave. (M1)

Tenho um guarda-roupa só pra mim, não tem chave. (M2)

Tem, divido com colegas, não tem chave. (M7)

Alguns também relataram autonomia em relação a escolha de suas roupas, ou o pedido de ajuda:

Eu que escolho a melhor de usar no dia. (M7)

Escolho as que eu mais gosto e visto. (M2)

Eu escolho, e às vezes o enfermeiro me ajuda a escolher. (M1)

Dois moradores apontaram vivenciar limitações em relação a circulação na casa:

Não pode entrar no quarto das cuidadoras, tem coisas importantes lá, senão somem as coisas. (M6)

Não pode ficar entrando na cozinha toda hora, não é proibido, mas não é legal. (M10).

Frente a essas questões apenas um dos participantes não reconheceu sua possibilidade de autonomia e direito de ter sua identidade resguardada ao queixar-se:

Casa ruim, gosto de nada aqui [...]. (M9)

Esse mesmo participante continuou relatando não ter armário e nem acesso a materiais elementares para manutenção da limpeza. Ressalta-se que durante toda a entrevista ele negou tudo que lhe era questionado, afirmando positivamente apenas para medicação, respondendo: *Só isso que tem aqui. (M9)*

Diferentemente desse participante, os demais expressaram satisfação em relação à limpeza realizada (com ajuda de alguns moradores) e ao acesso aos produtos básicos de higienização:

[...] muito limpinha fica a casa, cheira até perfume. (M1)

Muito boa, limpam direitinho. (M6)

Normal, fica limpinha. (M2)

As cuidadoras que limpam, às vezes varro ou faço alguma coisa. (M10)

Cuidadora que limpa toda a casa, ajudo a lavar louça e o quintal. (M7)

Nas refeições, foi mencionado a oferta de cinco refeições e que se aprecia a comida:

Lanche de manhã cedo, lanche das 14, lanche à noite, almoço e janta, é uma delícia a comida. (M1)

Café da manhã, almoço, lanche, janta, lanche, gosto muito da comida daqui. (M6)

[...] gosto da comida sim. (M7)

A comunicação com pessoas externas à residência não existe, relatado pela maior parte:

Por telefone não falo com ninguém. (M10)

Não dou conta. (M6)

Não sei mexer com internet e nem telefone. (M5)

Ninguém telefona pra gente aqui. (M3)

O pessoal do CAPS não sabe o telefone daqui e nem eu sei o telefone deles. (M1)

Não tem como comunicar, porque acho que as pessoas que conheço também não têm celular. (M8)

Um participante relatou que possuía um amigo proprietário de um comércio e que o ajuda nesse estabelecimento e outro que seu contato externo se restringe ao uso de serviços:

Ajudo meu amigo no bar dele. (M10)

No telefone não, só quando vou cortar o cabelo. (M7)

Sobre visitas, dois moradores relataram não as receber e os demais afirmaram que recebem, dando destaque para a presença de alunos e estagiários:

Ninguém dos meus amigos me visita aqui. (M8)

Nunca vejo chegar visitas. (M4)

Trazem alunos aqui, pessoal que ensina a gente a pintar, desenhar. (M7)

O enfermeiro que traz as visitas. (M5)

Estagiários visitam a gente aqui, é só avisar o enfermeiro. (M10)

Tem sempre pessoas da faculdade que vêm aqui ver a gente. (M3)

O enfermeiro que traz as visitas dos alunos. (M6)

O pessoal vem visitar a gente de jaleco, mas é de vez em quando. (M1)

Uma vez por mês vem os alunos da faculdade e aí é legal. (M9)

O enfermeiro sempre fica perto dos estagiários nas visitas e de vez em quando eu converso com eles. (M2)

Pode vir quem quiser, eu costumo mostrar a casa pra quem vem. (M10)

Em relação à existência de atividades de lazer, três moradores relataram não as realizar:

Não faço nada. (M6)

Nunca saio para passear. (M8)

Não mexo com isso não. (M2)

Outros moradores consideram a possibilidade de auxiliar nos cuidados e rotina das residências como atividades interativas como lazer, ou quando na ida ao CAPS:

Ver TV, ouvir música, mas eu lavo louça de vez em quando pra ajudar as cuidadoras também. (M1)

Ajudo meu amigo Marquim na Zero Grau. (M10)

Vejo TV, escuto música. (M7)

Só as vezes que vou no CAPS. (M4)

Considerando que nenhum dos participantes tem vínculos familiares, não é possível a saída do SRT para eventos familiares e os participantes pontuam que atividades rotineiras realizadas voluntariamente nesse serviço correspondem àquelas socializantes oferecidas por esse serviço, como pode ser observado nas seguintes falas:

Posso, mas nunca fui [...] tudo voluntário, faço as coisas para ajudar as cuidadoras". (M3)

Não, minha família não tenho contato. (M2)

Nunca saí pra isso, poder, pode, mas nunca fui convidado. (M10)

Buscando assegurar um padrão de vida adequado e proteção social, os SRTs em questão oferecem aos moradores o acesso a suprimentos básicos (infraestrutura do imóvel, mobiliários, meios de comunicação, roupas, entre outros) na quantidade adequada, bem como a devida higienização do local. A maioria dos entrevistados manifestaram satisfação com o acesso a tais recursos. Notou-se, também, que na percepção deles há autonomia na apropriação do espaço e organização da rotina, com a ressalva dos moradores que necessitam de suporte em decorrência de questões cognitivas e/ou motoras.

Sobre o suporte social e estabelecimento de vínculos, verificou-se que os moradores mencionam satisfatória comunicação, porém a realidade dos SRTs demonstra lacunas frente o acesso de visitas, uma vez que se restringem a profissionais e estagiários. As atividades de lazer dentro do contexto da RT se restringem à televisão e rádio.

O direito a usufruir padrão de vida mais elevado de saúde física e mental

Percebe-se um desconhecimento dos moradores em relação ao reconhecimento de situações de pessoas que necessitassem de moradia e de sua dificuldade para adquiri-las. Todos os participantes relatam não conhecer a influência de questões relacionadas, como: gênero, religião, cultura e ou política. Também, não sabem sobre às ações da equipe para auxiliar na busca de moradias para pessoas que não conseguem obtê-las pelo serviço:

Não ouvi falar disso. (M1)

Apenas M3 reconheceu a demanda de um usuário enquanto realizava atividade no Centro de Atenção Psicossocial:

[...] mas teve um homem que procurou o CAPS pra morar aqui, mas não sei porque ele não veio. Arranja outro lugar sim. (M3)

Quanto às recordações de sair da RT, sete moradores afirmam que não se lembram. Um dos participantes reforça que o comportamento de sair com mais frequência é praticado por um dos moradores:

Não lembro, porque quem sai é só uma pessoa daqui. (M3)

Um dos moradores daqui porque brigou com a cuidadora. (M2)

Eu fico aqui fechado quando apronto, porque posso sair todos os dias às 4 da tarde e volto às 8 da noite. (M10)

Sobre as diferentes profissões presentes na casa, nove moradores destacam a presença das cuidadoras e do enfermeiro e também estagiários. A forma como denominam essas profissionais varia no discurso dos entrevistados, M7 as denomina como mãe, já M3 as denomina de domésticas. Também foram citados profissionais que lhes assistem no CAPS:

Enfermeiro, Psicólogo, cuidadoras e o médico. (M6)

Nossa mãe, enfermeiro, psicólogo e médico. (M7)

O médico que receita nossos remédios, o enfermeiro, a doméstica e a terapeuta ocupacional. (M3)

Estagiária de enfermagem, medicina, enfermeiro, cuidador. (M2)

No geral, os participantes afirmam que os profissionais possuem conhecimento em relação aos direitos humanos deles enquanto moradores. Dois deles ressaltam a relação entre o cuidado que recebem com a percepção desses direitos:

Tratam a gente muito bem. (M10)

Sabem, cuidam bem da gente. (M7)

Sobre mecanismos e oportunidades dos moradores para expressão de opiniões e críticas sobre as intervenções e atendimentos, os profissionais que acompanham a rotina da casa (enfermeiro e cuidadoras) são apontados:

Falamos pro enfermeiro ou pras cuidadoras, e eles resolvem o que precisa. (M6)

Poder pode falar, mas nunca reclamei de nada não. (M7)

A gente fala nada não, fica caladinho, mas o enfermeiro pergunta sempre como tá as coisas. (M3)

No que diz respeito às possibilidades de reabilitação social dos moradores, eles reconhecem tal possibilidade e destacam atividades de autocuidado:

Ensinam a gente a tomar banho direitinho, mas cada pessoa faz do seu jeito. (M6)

Ensina a gente se cuidar sim. (M8)

Ensinam tudo, tentam agradar a gente. (M3)

Além da existência das atividades, percebe-se a presença da autonomia dos moradores em relação ao desempenho do que é proposto:

Oferece, mas cada um faz do jeito que gosta mais. (M1)

Quando questionados em relação à motivação para contato com família e amigos, eles colocam que houve perda de vínculos familiares, relatando que isto é debatido, porém não há contato com familiares:

Não tenho família, eu só tenho as cuidadoras e o José. (M10)

Falam da família, mas não tenho contato. (M7)

Motiva, mas o enfermeiro não achou eles no computador ainda. (M8)

Motiva, mas não consegui porque tem que ir até BH. (M2)

Em relação à articulação com os outros serviços, eles apontam que o profissional de enfermagem e as cuidadoras fazem essa intermediação:

Facilita, o enfermeiro faz isso. (M1)

As cuidadoras ajudam em tudo. (M10)

Sobre as medicações, nove participantes relatam que elas são acessíveis e administradas corretamente:

Tem pra todo mundo, nunca falta. (M1)

Nunca faltou. (M7)

Tem todo dia. (M5)

Tem todo tipo de remédio. (M6)

Sempre tem. (M4)

Todo mundo toma aqui e não falta não. (M10)

Falta remédio não. (M3)

Dão todo remédio que a gente precisa. (M2)

Nunca ficamos sem os remédios que o médico manda tomar. (M8)

Um deles destaca que o profissional de enfermagem se mobiliza para aquisição de medicação quando falta:

Tem pra todo mundo, quando falta o enfermeiro corre atrás. (M6)

Em relação a investigação de efeitos colaterais, três moradores afirmam que não há essa apuração, divergindo dos outros moradores que ressaltam a existência desse processo:

Leva a gente no Dr. quando acontece algo diferente. (M8)

Procura saber, mas comigo nunca aconteceu. (M5)

Ao serem questionados sobre a realização de exames antes da chegada à residência, a maior parte dos entrevistados negam:

Tiraram muito sangue de mim, acho que por isso que sou meio desorientada. (M1)

Não me lembro de exames não. (M5)

Tem todo tipo de exame que precisa desde que entrei aqui, mas para vir prá cá não lembro de fazer nada. (M6)

Fiz muito raio X já, mas não foi para vir morar aqui. (M4)

Só colocaram na van e trouxeram a gente. Não fizeram exame não. (M10)

Meu colega fazia muito exame, mas não foi para morar aqui não. (M3)

Nos problemas de saúde afirmam receber assistência, dando ênfase ao tratamento médico e odontológico:

O enfermeiro leva a gente no médico, dentista. (M1)

Leva no médico e dentista, vou ao médico para trocar os óculos todo ano que a lente fica fraca. (M6)

As residências terapêuticas em questão resguardam os direitos de autonomia dos moradores em relação à livre circulação, visto que a maior parte dos entrevistados não demonstra enfrentar restrições frente a possibilidade de sair de casa.

O acesso a profissionais de saúde é assegurado, principalmente pelo Centro de Atenção Psicossocial e os diferentes serviços de saúde da rede. Nota-se o reconhecimento dos direitos humanos pelos profissionais percebidos pelos moradores por meio da relação de cuidado, acesso à medicação necessária e investigação de efeitos colaterais e suporte médico para acompanhamento.

No acesso à moradia, eles demonstram desconhecimento da influência de questões sociais, como religião, gênero e cultura, nem familiaridade em relação a mobilização por parte da equipe para auxílio nesse processo.

DISCUSSÃO

Nas legislações em saúde mental, percebe-se um consenso em se assegurar os direitos das pessoas com sofrimento mental. Frente ao direito a um padrão de vida e proteção social adequado, pelos questionamentos realizados evidencia-se sua garantia aos moradores. A Portaria nº 3.090/2011 preconiza que no Serviço Residencial Terapêutico é necessária a reapropriação do espaço visto enquanto moradia, para que ocorra a construção de habilidades para a vida diária referentes ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, estabelecimento de vínculos afetivos e formas de comunicação⁴.

No ambiente doméstico é necessário que se considere possíveis adequações no espaço físico que atendam às necessidades dos moradores⁴. Em relação às características físicas e funcionais, reforça-se que as RT precisam ser mobiliadas com equipamentos necessários para as atividades cotidianas, além da manutenção da estrutura da casa. Considerando a legislação vigente, os SRTs em questão atendem às necessidades em relação à infraestrutura do local e acesso a suprimentos elementares¹³.

A autonomia dos moradores está intimamente relacionada ao direito à cidadania considerando as possibilidades do sujeito de ter uma participação ativa na sociedade frente a suas possibilidades de tomada de decisão¹⁴. A autonomia se manifesta a partir das escolhas no cotidiano, indo em contramão às submissões presentes em ordens institucionais. Percebe-se que nas Residências Terapêuticas pesquisadas, os moradores participam das atividades rotineiras e exercem o direito de escolha em relação à alimentação, vestuário, atividades em que irão participar, tendo autonomia, inclusive, de não realizar alguma função, caso não desejem ou estejam indisponíveis.

Além disso, eles têm o direito de organizar seus horários conforme seu ritmo e necessidade. Nesse sentido, verifica-se que há uma satisfação dos moradores em habitar o serviço residencial terapêutico, o que também foi evidenciado em outra investigação¹⁴ desenvolvida no Estado de São Paulo, em que os participantes consideravam o serviço como um espaço acolhedor e propulsor de autonomia, por meio de atividades cotidianas simples. Contudo essa realidade não ocorre em todos os SRTs, pois em um estudo realizado no Piauí verificou-se uma rotina permeada por regras e horários pré-estabelecidos, o que interfere diretamente na autonomia e no caráter terapêutico desse serviço¹⁵.

Nessa perspectiva, reforça-se que o caráter terapêutico dessas residências se expressa pela articulação de saberes clínicos e psicossociais visando-se constituir projetos terapêuticos que respeitem as capacidades e habilidades de cada um⁵, e isso exige que essa moradia seja acolhedora e propulsora do exercício aos direitos de igualdade e liberdade⁶.

Além do acesso aos referidos direitos, é relevante identificar e reforçar a capacidade de ação dos moradores ao se proporcionar corresponsabilização no cotidiano desse espaço de moradia, o que se expressa nos SRTs em que esta pesquisa ocorreu, por meio do incentivo em participarem das atividades de manutenção da moradia. Os moradores, ao inserirem-se em práticas do dia a dia, tendem a ressignificar seu papel e desenvolverem um sentimento de pertencimento nesse espaço e isso os propicia estabelecer novos planos de vida, o que corresponde aos pressupostos da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial¹⁶.

Sobre o direito de usufruir de um padrão de vida mais elevado de saúde física e mental, nota-se que, no geral, os moradores também conseguem ter acesso à sua garantia. O artigo 1º da lei nº 10.216 preconiza a necessidade de assegurar os direitos das pessoas com sofrimento mental sem qualquer tipo de discriminação, reforçando a necessidade de que sejam protegidas de qualquer forma de abuso e/ou exploração¹⁰. Nessa pesquisa, não foram relatadas pelos participantes situações motivadas por preconceitos influenciadas por questões de gênero, religião, cultura e/ou política.

Na organização da rotina de um Serviço Residencial Terapêutico é, também, necessária uma contratualidade entre equipe e moradores que possibilite um espaço de trocas². Os profissionais de uma RT estão diretamente em contato com a possibilidade de auxiliar os

moradores em uma redescoberta do cotidiano. Percebe-se que a ciência dos profissionais em relação aos direitos dos moradores influencia diretamente o acesso desses sujeitos a seus direitos. Nas entrevistas, os moradores ressaltam que os profissionais conhecem os direitos humanos das pessoas com sofrimento mental e os auxiliam em seu exercício a partir da relação de cuidado.

Nessa perspectiva, há a possibilidade de se transpor barreiras de exclusão, trazendo em cena o potencial de reabilitação com a concretização de seus direitos por meio das relações afetivas, relacionais, habitacionais e produtivas que promovam a reintegração a si e a uma rede subjetiva¹⁷. Contudo essa realidade pode não ser frequente. Nesse sentido, um estudo em diferentes lugares da América evidenciou que, em países como Chile e Colômbia ainda não são priorizadas, nas políticas públicas, os direitos das pessoas com transtornos mentais¹⁸.

Verificou-se articulação do SRT aos demais serviços de Saúde Mental presentes na rede¹⁹, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como recomendado na Portaria nº 175/2001, que preconiza o vínculo das residências aos serviços ambulatoriais especializados em saúde mental²⁰.

Os moradores relatam que realizam acompanhamento com equipe multidisciplinar, incluindo médicos, psicólogos e enfermeiros. Além disso, os moradores participam de atividades voltadas para o lazer na instituição, assim como os participantes de uma investigação¹⁴ desenvolvida em uma cidade paulista. Nesse sentido, o Decreto nº 3.298/99 dispõe sobre a Política Nacional para Integração da Pessoa portadora de Deficiência e em seu artigo 2º expressa a necessidade de entidades do Poder Público assegurarem o exercício aos direitos básicos, incluindo, dentre eles, o direito ao lazer²¹.

CONCLUSÃO

O exercício de direitos que assegure padrão de vida, proteção social e saúde física e mental entre os moradores em sua maioria são assegurados nos SRTs estudados, no tocante a: estrutura física, recursos materiais e humanos de qualidade, suporte de profissionais, atividades e serviços da rede de saúde, resguardados de discriminação social percebida por eles.

O exercício dos direitos à autonomia, inclusão e reabilitação social são possibilitados nas atividades cotidianas dos moradores, com sua livre circulação, inclusive em práticas externas à residência, visando a proximidade com a comunidade. Apesar disso, percebeu-se uma lacuna frente ao acesso de visitas e atividades de lazer, assim como, em relação aos moradores que possuem mais dificuldades cognitivas e ou motoras, os profissionais, em alguns momentos, têm dificuldades de os estimularem enquanto sujeitos ativos, os mantendo mais dependentes dos cuidados.

Entende-se como limitações do estudo o fato de ter sido desenvolvido em apenas dois serviços residenciais terapêuticos com a participação de dez moradores, uma vez que os demais não se adequavam aos critérios de inclusão e ainda há escassez de investigações científicas sobre a temática para enriquecer a discussão dos achados.

Contudo, os achados desta investigação contribuem para que os profissionais atuantes em residências terapêuticas estimulem a participação e o desenvolvimento da autonomia dos moradores, em especial àqueles que possuem dificuldades cognitivas ou motoras mais exacerbadas.

Também, propõe-se a valorização de espaços de trocas entre os profissionais envolvidos nos SRTs, para que reconheçam os direitos dos moradores, voltando-se para a construção de estratégias que concretizem o exercício de direitos fundamentais como a proteção social e a saúde física e mental. Para isso, se faz necessária a atuação de todos os serviços da rede, a partir de investimentos sociais, políticos e assistenciais na Saúde Mental.

Considerando as lacunas observadas nos SRTs pesquisados, destaca-se a necessidade de implementação de práticas que estimulem uma maior proximidade entre os moradores e a

comunidade, o que favorecerá a gradativa inclusão social. Esse processo deve ocorrer concomitantemente às discussões sobre as intervenções necessárias para se assegurar um melhor padrão de vida com proteção social e acesso à saúde física e mental, especialmente por meio da participação de pessoas com transtornos mentais e profissionais que atuam em serviços residenciais terapêuticos.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004 [Internet]. 5ed. ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004 [citado em 10 ago 2019]. (Série E. Legislação de saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf
2. Silva DAB, Vicentin MCG. Daily file of a therapeutic residence and the production of subjectivity. *Disturb Comum*. [Internet]. 2017 [citado em 10 set 2019]; 29(2):196-207. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2017v29i2p196-207>
3. Ministério da Saúde (Br). Gabinete do Ministro. Portaria nº 246, de 17 de fevereiro de 2005. Destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF, 17 fev 2005 [citado em 10 ago 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0246_17_02_2005.html
4. Ministério da Saúde (Br). Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) [Internet]. Brasília, DF, 23 dez 2011 [citado em 10 ago 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html
5. Sartori L. Reabilitação psicossocial e produção de sujeitos: etnografia em um Serviço Residencial Terapêutico [Internet]. In: VI Reunião de Antropologia da Ciência e Tecnologia; 2017; Campinas. Campinas, SP: UNICAMP; 2017 [citado em 17 set 2019]. p. 35-54. Disponível em: <https://ocs.ige.unicamp.br/ojs/react/article/view/2833>
6. Moll MF, Ventura CAA, Botelho MTM. The exercise of human rights with emphasis on the right to equality and freedom among residents of a Therapeutic Residential Service in the interior of Minas Gerais. *J Psychosoc Rehabil Ment Health* [Internet]. 2020 [citado 2020 dez 28]; 7:131-9. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40737-020-00165-w>
7. World Health Organization. WHO qualityrights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [citado em 10 ago 2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70927>
8. Ministério da Saúde (Br). Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF, 21 dez 2017 [citado em 10 ago 2019]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html
9. Ebrahimi S, Dehno ES. Attitudes of nurses and hospitalized patients about the rights of psychiatric clients. *Iran J Psychiatry* [Internet]. 2018 [citado em 15 set 2019]; 13(4):274-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6320377/>
10. Presidência da República (Brasil). Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Internet]. Brasília, DF, 06 abr 2001 [citado em 10 ago 2019]. Disponível em: <https://hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf>
11. Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez; 2018.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2016.

13. Almeida FA, Cezar AT. The therapeutic residences and public mental health policies. IGT Rede [Internet]. 2016 [citado em 10 ago 2019]; 13(24):105-14. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/igt/v13n24/v13n24a07.pdf>
14. Lazari H, Pinto BAX, Justi MM, Preto VA. Novos olhares e novos lares: satisfação dos moradores de uma residência terapêutica. Rev Visão Univ. [Internet]. 2018 [citado em 21 fev 2021]; 2(1):47. Disponível em: <http://www.visaouniversitaria.com.br/ojs/index.php/home/article/view/197>
15. Cunha NFA, Ferraz MMM, Fernandes MA, Carvalho RJ, Carvalho AMB, Veloso LUP. Therapeutic residences: residents' perception of autonomy, relationships and contractuality. Rev Enferm UFPI [Internet]. 2019 [citado em 21 fev 2021]; 8(4):62-8. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/9079/pdf>
16. Massa PA, Moreira MIB. Health care experiences of residents of Therapeutic Residential Services. Interface (Botucatu) [Internet]. 2019 [citado em 10 ago 2020]; 23:e170950. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.170950>
17. Resgalla RM, Freitas ME. Therapeutic residence: the best place to live. REME Rev Min Enferm. [Internet]. 2004 [citado em 10 ago 2019]; 8(2):283-9. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v8n2a05.pdf>
18. Agrest M, Mascayano F, Assis TR, Molina-Bulla C, Ardila-Gómez S. Leyes de salud mental y reformas psiquiátricas en América Latina: múltiplos caminos en su implementación. Vertex [Internet]. 2018 [citado em 21 fev 2021]; 29(141):334-45. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Franco-Mascayano/publication/330522116_Leyes_de_Salud_Mental_y_reformas_psiquiatricas_en_America_Latina_multiples_caminos_en_su_implementacion/links/5c45f12aa6fdccd6b5be1c5a/Leyes-de-Salud-Mental-y-reformas-psiquiatricas-en-America-Latina-multiples-caminos-en-su-implementacion.pdf
19. Fassheber VB, Vidal CEL. From the guardianship to autonomy: narratives and constructions of daily life in a residential service. Psicol Ciênc Prof. [Internet]. 2007 [citado em 10 ago 2019]; 27(2):194-207. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000200003>
20. Portaria nº 175, de 7 de fevereiro de 2001 (Brasil). [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado em 10 ago 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0175_07_02_2001.html
21. Presidência da República (Brasil), Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF, 20 dez 1999 [citado em 10 ago 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm

Editora Associada: Vania Del Arco Paschoal

CONTRIBUIÇÕES

Carla Aparecida Arena Ventura e **Darlisson Bueno Paranhos** colaboraram na concepção, redação e revisão. **Diego Augusto Flôres** e **Jenifer Graneli Soares** contribuíram na coleta e análise dos dados e redação. **Marciana Fernandes Moll** participou na concepção, coleta e análise dos dados, redação e revisão. **Mariana Bonomi Goulart** atuou na coleta e análise dos dados.

Como citar este artigo (Vancouver)

Moll MF, Ventura CAA, Soares JG, Flôres DA, Paranhos DB, Goulart MB. Direito à proteção social e à saúde entre moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos. REFACS [Internet]. 2021 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 9(3):619-630. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*

Como citar este artigo (ABNT)

MOLL, M. F.; VENTURA, C. A. A.; SOARES, J. G.; FLÔRES, D. A.; PARANHOS, D. B.; GOULART, M. B. Direito à proteção social e à saúde entre moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos. REFACS, Uberaba, MG, v. 9, n. 3, p. 619-630, 2021. DOI: *inserir link do DOI*. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*.

Como citar este artigo (APA)

Moll, M.F., Ventura, C.A.A., Soares, J.G., Flôres, D.A., Paranhos, D.B., & Goulart, M.B. (2021). Direito à proteção social e à saúde entre moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos. REFACS, 9(3), 619-630. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

