

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

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

Recibido: 28/07/2020

Aprobado: 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 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.

Descriptor: Derechos humanos; Desinstitucionalización; Salud mental.

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 semiestructurada 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.

1. Enfermera. Especialista en Salud Mental. Maestra y Doctora en Enfermería Psiquiátrica. Investigadora Posdoctoral en Enfermería de Salud Mental. Profesora de la Universidade de Uberaba (UNIUBE) y Enfermera del Ayuntamiento de Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-4794-4255 E-mail: mrcna13@yahoo.com.br

2. Abogada. Maestra en Derecho. Doctora en Administración. Profesora Titular de la Escola de Enfermagem de la Universidade de São Paulo (EERP), Campus Ribeirão Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0003-0379-913X E-mail: caaventu@eerp.usp.br

3. Psicóloga. Especialista en Asistencia a la Salud en la modalidad de Residencia Multiprofesional, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-9659-8315 E-mail: jenifergranelis@gmail.com

4. Logopeda. Especialista en Audiología. Especialista en Atención a la Salud en la modalidad de Residencia Multiprofesional, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-4788-0239 E-mail: diegofloresfono@gmail.com

5. Fisioterapeuta. Especialista en Asistencia a la Salud en la modalidad de Residencia Multiprofesional. Estudiante de Máster en Fisioterapia en la Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-0979-8966 E-mail: darlisson-2b@hotmail.com

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

INTRODUCCIÓN

Las residencias terapéuticas (RT), ocupadas en su mayoría por personas que han sido dadas de alta de hospitalizaciones psiquiátricas de larga duración, son servicios definidos como viviendas en la comunidad para personas con trastornos mentales que no tienen vínculos familiares ni soporte social. Estos servicios fueron regulados en la década de 2000, a través de la Ordenanza n.º 106/2000, que prevé la creación de residencias terapéuticas dentro del Sistema Único de Salud (SUS), regulada por la Ordenanza n.º 1220/2000, que detalló la financiación de estos servicios¹.

Aunque fueron reguladas en el año 2000, sólo recientemente se ha intensificado la estructuración de las RT, que no deben representar sólo un espacio de acogida tras el alta hospitalaria, ya que su principal objetivo es desinstitucionalizar y establecer un proceso de rehabilitación que garantice el carácter terapéutico de este servicio².

Desde el punto de vista legal, en 2004 se iniciaron los estímulos para la creación de estos servicios, a través de la Ordenanza n.º 2668/2004¹ que fue sustituida por la Ordenanza n.º 246 en 2005, que preveía el incentivo financiero de diez mil reales - cantidad a aplicar en la mejora y/o implantación de RT en los municipios. El traspaso se hace en una sola cuota y no se limita a los topes estatales y municipales, buscando la consolidación de la red de atención a la salud mental extrahospitalaria en todas las unidades de la Federación³. En 2011, la Ordenanza n.º 3090 clasificó los servicios residenciales terapéuticos en tipo I y tipo II y, a partir de esta clasificación, redefinió las orientaciones para funcionamiento y el incentivo financiero para cada uno de ellos⁴.

La residencia terapéutica clasificada como tipo I está destinada a personas que se encuentran en proceso de desinstitucionalización y en ella pueden residir hasta ocho personas que deben tener un cuidador, que es acompañado por un equipo técnico de salud mental que se encarga de establecer proyectos terapéuticos individualizados para los residentes⁴. Tanto estos proyectos como la atención prestada por este/a cuidador/a de referencia deben basarse en la (re)estructuración de la red social de los residentes a través del trabajo, la educación, el ocio y otras estrategias existentes en la comunidad, que favorezcan la rehabilitación psicosocial de estos sujetos⁴.

Las RT clasificadas como de tipo II, en cambio, acogen a personas (un mínimo de cuatro y un máximo de diez residentes) con un mayor grado de dependencia, resultado, sobre todo, de deterioros físicos que requieren la prestación de cuidados continuos. En esta clasificación, los cuidados son prestados por aproximadamente cinco cuidadores (en régimen de escala laboral) y un técnico de enfermería, que trabaja diariamente; estos profesionales están también acompañados por un equipo técnico de referencia en salud mental que establece un proyecto terapéutico durante el proceso de deshospitización de cada residente⁴.

En este proyecto, el foco debe ser la adecuación de las actividades de la vida diaria (higiene personal, autocuidado, alimentación y otras), el entrenamiento de habilidades sociales (comunicación y otras), así como otras acciones que permitan a estas personas sentirse en casa, donde hay otras personas que les ayudan a vivir mejor y así (re)construir vínculos afectivos. También cabe destacar, en esta clasificación, la necesidad de adecuaciones/adaptaciones en el espacio físico del hogar para satisfacer mejor las necesidades de los residentes⁴.

A partir de la regulación de la Ordenanza 3090/2011, también se estableció que el incentivo financiero para la implementación de ambos tipos de RT es de veinte mil reales. Sin embargo, el traspaso financiero mensual difiere entre estas clasificaciones. El tipo I depende del número total de residentes (mínimo cuatro y máximo ocho) y, si se alcanza el número máximo de residentes, se traspasa una cantidad mensual de diez mil reales. En las del tipo II, el traspaso financiero también es variable según el número de residentes; si la residencia tiene un número máximo de diez personas, el traspaso mensual es de veinte mil reales⁴.

Además de los estímulos financieros propuestos por la Ordenanza 3090/2011, aún quedan retos por superar, que se centran en el proceso de atención, que debe valorar la calidad

de vida, independientemente de los diagnósticos y condiciones cognitivas, lo que requiere una nueva perspectiva de los profesionales que trabajan en las residencias terapéuticas⁵.

Garantizar la inclusión social y evitar la discriminación social que sufren los residentes de RT es una necesidad, tal y como pone de manifiesto una reciente investigación⁶ sobre los derechos de igualdad y libertad de sus residentes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca el *Quality Rights Tool Kit*⁷, creado para mejorar las condiciones de los establecimientos de salud mental, según las premisas de los derechos humanos que incluyen: derecho a un nivel de vida y a la protección social adecuados, derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, derecho a ejercer la capacidad jurídica y derecho a la libertad personal y a la seguridad de la persona, prevención contra la tortura o los tratos de personas crueles, inhumanas o degradantes y contra la explotación, la violación y el abuso y el derecho a vivir de forma independiente y a insertarse en la comunidad.

Estos derechos son importantes, sobre todo teniendo en cuenta el momento actual en el que se propone aumentar la financiación de camas en los hospitales psiquiátricos y las Comunidades Terapéuticas como una de las soluciones en salud mental⁸.

En este contexto, se desconsidera las fragilidades y deficiencias de acceso a los derechos básicos de personas con trastornos mentales⁹, contradiciendo las premisas de la Ley 10.216, que prevé la protección de los derechos de estos sujetos y la prioridad del tratamiento comunitario¹⁰. Hay que añadir que los estudios sobre los *Quality Rights* calidad son todavía recientes. En este sentido, este artículo pretende 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 los servicios residenciales terapéuticos.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo basado en el enfoque cualitativo¹¹, desarrollado en una ciudad mediana del interior de Minas Gerais que cuenta con aproximadamente 300 mil habitantes, en las dos primeras de las seis residencias terapéuticas existentes.

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión: no presentar alteraciones cognitivas, evaluadas por el Miniexamen del Estado Mental y haber vivido en la residencia durante al menos un año. El criterio de exclusión fue: estar hospitalizado por complicaciones clínicas o psíquicas.

Los datos se recogieron entre septiembre y octubre de 2017, utilizando un guion de entrevista semiestructurado basado en el *QualityRights Tool Kit*⁷, que establecía un grupo de preguntas específicas para cada uno de los temas abordados en esta investigación (nivel de vida, protección social, salud física y mental).

Las entrevistas se grabaron con un teléfono móvil, duraron una media de treinta y cinco minutos y ocurrieron en el hogar de cada uno de los participantes (lugar privado elegido por cada uno de ellos).

Los datos obtenidos se analizaron mediante un análisis de contenido¹². Las entrevistas se analizaron según los procedimientos recomendados por Bardin y, en primer lugar, se analizaron los discursos de cada representante. A continuación, se enumeraron los puntos de similitud y diferencia entre los contenidos, así como lo que podría destacarse como relevante para alcanzar los objetivos de la investigación. Los resultados se agruparon en categorías y se discutieron en función de una producción específica del área.

Este trabajo se desarrolló tras la aprobación del Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la *Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto* (CAAE: 45903815.3.0000.5393). Todos los participantes recibieron aclaraciones sobre las propuestas de investigación y los Términos establecidos (TCLI y TALI), que fueron debidamente firmados por el responsable y el residente, respectivamente, para formalizar su acuerdo de participación en la investigación.

Para garantizar el anonimato de los participantes, se utilizó la letra M (*morador*, residente) seguida de un número árabe correspondiente a la secuencia en que se realizaron las entrevistas para identificar los discursos de los participantes en esta investigación.

RESULTADOS

Ocho personas vivían en las RT elegidas para la investigación, que sumaban un total de dieciséis personas. Dos personas tenían agravios clínicos que las llevaron a la hospitalización durante el período de recogida de datos, una persona había estado viviendo en los servicios residenciales terapéuticos (SRT) durante 8 meses y tres tenían cambios cognitivos y, por lo tanto, fueron excluidos de la recogida de datos.

Participaron en la investigación diez residentes, siete eran hombres y tres mujeres, con una edad media de 49,2 años, el tiempo de residencia en el SRT oscilaba entre cuatro y cinco años, con predominio del espectro de la esquizofrenia en el diagnóstico médico.

Del análisis de los datos 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 salud física y mental*”.

El derecho a un nivel de vida y a la protección social adecuados

En general, los participantes denotaron satisfacción en relación con la casa en la que viven, ya que cuatro de ellos describieron la residencia como bonita y la mayoría de los demás dijeron que les gustaba vivir en ella:

Me gusta este lugar, es hermoso. (M1)

Vivir aquí es bueno y me gusta mucho. (M6)

Hermoso, me gusta donde vivo. (M2)

Creo que es hermoso. (M4)

Mi casa es hermosa, hay televisión, sofá, equipo de sonido [...]. (M10)

En cuanto a la existencia de una rutina en la residencia centrada en los horarios, como en los servicios de salud (hora del baño, hora de la comida), la mayoría de los participantes afirmaron tener autonomía para organizar sus horarios:

Sí, me despierto cuando todo está claro, duermo medio día y me despierto cuando quiero [...]. (M6)

Siempre me ducho a la hora que quiero. (M9)

Yo decido la hora, duermo a las 22 y me despierto a las 06:30. (M3)

Siempre duermo por la tarde y me despierto cuando quiero. (M4)

Me despierto sola a las 06:00 de la mañana y me duermo a las 09:00 de la noche. (M2)

Tomo café y me como una galleta cada vez que me apetece. (M5)

Sin embargo, dos participantes afirman que necesitan ayuda en algunos momentos para mantener su rutina, o tienen un horario limitado:

A veces sí, a veces me despiertan. (M1)

Hay una hora de acostarse, sí, hasta las 10. (M10)

También se investigó la presencia de muebles para guardar objetos personales y tres de ellos informan de que existen dichos muebles, pero no tienen llaves:

Sí, pero no hay llave. (M5)

Tengo mi propio armario, no hay llave. (M1)

Tengo un armario sólo para mí, sin llave. (M2)

Sí, lo comparto con los colegas, sin llave. (M7)

Algunos también informaron de su autonomía a la hora de elegir su propia ropa, o de pedir ayuda:

Elijo el mejor para usar en el día. (M7)

Elijo las que más me gustan y me las pongo. (M2)

Yo elijo, y a veces el enfermero me ayuda a elegir. (M1)

Dos residentes señalaron haber experimentado limitaciones en relación con la circulación en la casa:

No puedes entrar en la habitación de las cuidadoras, allí hay cosas importantes, o las cosas desaparecen. (M6)

No se puede entrar en la cocina todo el tiempo, no es prohibido, pero no es bueno. (M10).

Frente a estas cuestiones, sólo uno de los participantes no reconoció su posibilidad de autonomía y su derecho a que se salvaguarde su identidad al reclamar:

Mala casa, aquí no me gusta nada [...]. (M9)

Este mismo participante siguió informando de que no tenía armario ni acceso a los materiales básicos para el mantenimiento de la limpieza. Cabe destacar que a lo largo de la entrevista negó todo lo que se le preguntó, declarando positivamente sólo por la medicación, respondiendo:

Sólo esto que hay aquí. (M9)

A diferencia de este participante, los demás expresaron su satisfacción en relación con la limpieza realizada (con ayuda de algunos residentes) y el acceso a los productos básicos de higiene:

[...] la casa queda muy limpia, incluso huele a perfume. (M1)

Muy bien, lo limpian correctamente. (M6)

Normal, queda limpia. (M2)

Las cuidadoras limpian, a veces yo barro o hago algo. (M10)

La cuidadora es quien limpia toda la casa, ayudo a lavar los platos y el patio. (M7)

En cuanto a las comidas, se mencionó la provisión de cinco comidas y que se aprecia la dieta:

Merienda por la mañana, merienda a las 2 de la tarde, merienda por la noche, almuerzo y cena, la comida es deliciosa. (M1)

Desayuno, almuerzo, merienda, cena, merienda, me gusta mucho la comida de aquí. (M6)

[...] me gusta la comida, sí. (M7)

La comunicación con personas ajenas a la residencia no existe, según la mayoría:

No hablo con nadie por teléfono. (M10)

No puedo. (M6)

No sé cómo hacer con Internet ni con el teléfono. (M5)

Nadie nos llama aquí. (M3)

Las personas de CAPS no conoce el teléfono de aquí y yo tampoco conozco el suyo. (M1)

No hay forma de comunicarse, porque creo que la gente que conozco tampoco tiene teléfonos móviles. (M8)

Uno de los participantes informó de que tenía un amigo que tenía un negocio y le ayudaba en este establecimiento y otro de que su contacto externo se limitaba al uso de servicios:

Ayudo a mi amigo en su bar. (M10)

Teléfono, no, sólo cuando voy a cortarme el pelo. (M7)

En cuanto a las visitas, dos residentes afirmaron no recibirlas y los demás dijeron recibirlas, destacando la presencia de estudiantes e internos:

Ninguno de mis amigos me visita aquí. (M8)

Nunca veo visitantes. (M4)

Traen estudiantes aquí, gente que nos enseña a pintar, a dibujar. (M7)

El enfermero que trae las visitas. (M5)

Los internos nos visitan aquí, sólo tienen que avisar al enfermero. (M10)

Siempre hay gente de la facultad que viene a vernos. (M3)

El enfermero que trae las visitas de los estudiantes. (M6)

La gente viene a visitarnos con batas, pero es de vez en cuando. (M1)

Una vez al mes vienen los universitarios, y eso es genial. (M9)

El enfermero siempre está cerca de los internos durante las visitas y de vez en cuando hablo con ellos. (M2)

Quien quiera, puede venir, suelo mostrar la casa a los que vienen. (M10)

En cuanto a la existencia de actividades de ocio, tres residentes declararon no realizarlas:

No hago nada. (M6)

Nunca salgo a pasear. (M8)

Yo no me meto con eso. (M2)

Otros residentes consideran la posibilidad de ayudar en el cuidado y la rutina de las residencias como actividades interactivas como el ocio, o cuando van al CAPS:

Ver la televisión, escuchar música, pero también lavo los platos de vez en cuando para ayudar a las cuidadoras. (M1)

Ayudo a mi amigo Marquim en Zero Grau. (M10)

Veo la televisión, escucho música. (M7)

Sólo las veces que voy a CAPS. (M4)

Teniendo en cuenta que ninguno de los participantes tiene vínculos familiares, no es posible salir del SRT para asistir a eventos familiares y los participantes señalan que las actividades rutinarias que se realizan voluntariamente en este servicio se corresponden con las

actividades de socialización que ofrece este servicio, como se puede observar en las siguientes afirmaciones:

Puedo, pero nunca he ido [...] todo voluntario, hago cosas para ayudar a las cuidadoras. (M3)

No, con mi familia no tengo contacto. (M2)

Nunca salí por eso, puedo, pero nunca me invitaron. (M10)

Buscando garantizar un nivel de vida adecuado y protección social, los SRT en cuestión ofrecen a los residentes el acceso a los suministros básicos (infraestructura del inmueble, mobiliario, medios de comunicación, ropa, entre otros) en la cantidad adecuada, así como la correcta higiene del lugar. La mayoría de los entrevistados se mostraron satisfechos con el acceso a estos recursos. También se observó que en su percepción hay autonomía en la apropiación del espacio y la organización de la rutina, con la excepción de los residentes que necesitan apoyo debido a problemas cognitivos y/o motores.

En cuanto al apoyo social y al vínculo, se encontró que los residentes mencionan una comunicación satisfactoria, pero la realidad de los SRT muestra lagunas en cuanto al acceso a las visitas, ya que se limitan a los profesionales y a los internos. Las actividades de ocio en el contexto de RT se limitan a la televisión y la radio.

El derecho a disfrutar de un mayor nivel de salud física y mental

Se observa un desconocimiento de los residentes con relación al reconocimiento de las situaciones de personas que necesitan una vivienda y su dificultad para adquirirla. Todos los participantes declararon desconocer la influencia de cuestiones relacionadas, como: el género, la religión, la cultura y/o la política. Además, desconocen las acciones del equipo para ayudar a encontrar vivienda a las personas que no pueden conseguirla a través del servicio:

No he oído hablar de eso. (M1)

Sólo M3 reconoció la demanda de un usuario mientras realizaba la actividad en el Centro de Atención Psicosocial:

[...] pero hubo un hombre que buscó CAPS para vivir aquí, pero no sé por qué no vino. Consigue otro lugar, sí. (M3)

En cuanto a los recuerdos de la salida de la RT, siete residentes declararon no recordarlo. Uno de los participantes refuerza que el comportamiento de salir más a menudo es practicado por uno de los residentes:

No lo recuerdo, porque quien sale es sólo una persona de aquí. (M3)

Uno de los residentes aquí porque se peleó con la cuidadora. (M2)

Me quedo aquí cerrado cuando me porto malo, porque puedo salir todos los días a las 4 de la tarde y volver a las 8 de la noche. (M10)

En cuanto a las diferentes profesiones presentes en la casa, nueve residentes destacaron la presencia de cuidadoras y del enfermero, así como de internos. La forma de llamar a estas profesionales varía en el discurso de los entrevistados, M7 las llama madre, mientras que M3 las llama criadas. También se mencionaron los profesionales que les ayudan en CAPS:

El enfermero, psicólogo, cuidadoras y el médico. (M6)

Nuestra madre, enfermero, psicólogo y médico. (M7)

El médico que nos receta los medicamentos, el enfermero, la criada y el terapeuta ocupacional. (M3)

Interna de enfermería, medicina, enfermero, cuidador. (M2)

En general, los participantes afirman que los profesionales tienen conocimientos sobre sus derechos humanos como residentes. Dos de ellos destacan la relación entre la atención que reciben y la percepción de estos derechos:

Nos tratan muy bien. (M10)

Saben, nos cuidan muy bien. (M7)

En cuanto a los mecanismos y las oportunidades para que los residentes expresen sus opiniones y críticas sobre las intervenciones y los cuidados, se señala a los profesionales que supervisan la rutina del hogar (enfermero y cuidadoras):

Hablamos con el enfermero o las cuidadoras, y ellos resuelven lo que se necesita. (M6)

Puedes hablar, pero nunca me he quejado de nada. (M7)

No decimos nada, nos quedamos callados, pero el enfermero siempre pregunta cómo van las cosas. (M3)

En cuanto a las posibilidades de rehabilitación social de los residentes, reconocen dicha posibilidad y destacan las actividades de autocuidado:

Nos enseñan a bañarnos correctamente, pero cada persona lo hace a su manera. (M6)

Nos enseñan a cuidarnos, sí. (M8)

Nos enseñan todo, tratan de complacernos. (M3)

Además de la existencia de actividades, se percibe la autonomía de los residentes en relación con la realización de lo propuesto:

Se ofrece, pero cada uno lo hace como más le gusta. (M1)

Cuando se les pregunta por la motivación del contacto con la familia y los amigos, dicen que se han perdido los lazos familiares, informando de que se habla de ello, pero no hay contacto con los familiares:

No tengo familia, sólo tengo a las cuidadoras y a José. (M10)

Hablan de la familia, pero no tengo contacto. (M7)

Motiva, pero el enfermero aún no los ha encontrado en el ordenador. (M8)

Motiva, pero no pude porque tengo que ir a BH. (M2)

En cuanto a la articulación con otros servicios, señalan que el profesional de enfermería y las cuidadoras hacen esta intermediación:

Facilita, el enfermero lo hace. (M1)

Las cuidadoras ayudan en todo. (M10)

En cuanto a los medicamentos, nueve participantes informaron de que son accesibles y se administran correctamente:

Hay para todos, nunca falta. (M1)

Nunca faltó. (M7)

Hay todos los días. (M5)

Hay todo tipo de medicamento. (M6)

Siempre lo hay. (M4)

Aquí todos los toman y no faltan. (M10)

No faltan medicamentos. (M3)

Nos dan todo el medicamento que necesitamos. (M2)

Nunca nos quedamos sin los medicamentos que el médico nos ordena tomar. (M8)

Uno de ellos destaca que el profesional de enfermería se moviliza para adquirir la medicación cuando ésta falta:

Hay uno para cada uno, cuando falta el enfermero busca. (M6)

En relación con la investigación de los efectos secundarios, tres residentes afirmaron que no existe tal investigación, discrepando de los demás residentes que destacan la existencia de este proceso:

Nos lleva al médico cuando ocurre algo diferente. (M8)

Investiga, pero a mí nunca me ha pasado (M5)

Cuando se les pregunta por la realización de exámenes antes de llegar a la residencia, la mayoría de los entrevistados lo niegan:

Me sacaron mucha sangre, creo que por eso estoy un poco desorientada. (M1)

No recuerdo ningún examen. (M5)

Hay todo tipo de exámenes que se necesitan desde que llegué aquí, pero para venir aquí no recuerdo haber hecho nada. (M6)

Ya hice muchas radiografías, pero no fue para venir a vivir aquí. (M4)

Sólo nos metieron en la furgoneta y nos llevaron. No hicieron ningún examen. (M10)

Mi colega hizo muchos exámenes, pero no para vivir aquí. (M3)

Cuando se trata de problemas de salud, dicen que reciben asistencia, haciendo hincapié en el tratamiento médico y dental:

El enfermero nos lleva al médico, al dentista. (M1)

Nos lleva al médico y al dentista, yo voy al médico a cambiar mis gafas cada año porque la lente se debilita. (M6)

Las residencias terapéuticas en cuestión salvaguardan los derechos de autonomía de los residentes en relación con la libre circulación, ya que la mayoría de los entrevistados no manifiestan enfrentarse a restricciones en cuanto a la posibilidad de salir de casa.

El acceso a los profesionales de la salud está garantizado, principalmente, por el Centro de Atención Psicosocial y los diferentes servicios de salud de la red. Se observa el reconocimiento de los derechos humanos por parte de los profesionales percibidos por los

residentes a través de la relación asistencial, el acceso a la medicación necesaria y la investigación de los efectos secundarios y el soporte médico para el seguimiento.

En el acceso a la vivienda, muestran una falta de conocimiento de la influencia de las cuestiones sociales, como la religión, el género y la cultura, ni la familiaridad con la movilización del equipo para ayudar en este proceso.

DISCUSIÓN

En las legislaciones sobre salud mental se observa un consenso para garantizar los derechos de las personas con trastornos mentales. Frente al derecho a un nivel de vida y una protección social adecuados, por los cuestionamientos realizados se observa que son garantizados a los residentes. La Ordenanza n.º 3090/2011 establece que el Servicio Residencial Terapéutico requiere la reapropiación del espacio visto como vivienda, para que se produzca la construcción de habilidades de la vida cotidiana relacionadas con el autocuidado, la alimentación, vestimenta, la higiene, el establecimiento de vínculos afectivos y las formas de comunicación⁴.

En el entorno del hogar, es necesario considerar posibles adaptaciones en el espacio físico que satisfagan las necesidades de los residentes⁴. En cuanto a las características físicas y funcionales, se refuerza la necesidad de dotar a las RT del equipamiento necesario para las actividades diarias, además del mantenimiento de la estructura de la casa. Teniendo en cuenta la legislación vigente, los SRT en cuestión satisfacen las necesidades relativas a la infraestructura del lugar y al acceso a los suministros elementales¹³.

La autonomía de los residentes está estrechamente relacionada con el derecho a la ciudadanía, considerando las posibilidades del sujeto de tener una participación activa en la sociedad frente a sus posibilidades de decisión¹⁴. La autonomía se manifiesta a través de las elecciones que se hacen en la vida cotidiana, yendo en contra de las sumisiones presentes en los órdenes institucionales. Se observa que en las Residencias Terapéuticas investigadas, los residentes participan en las actividades rutinarias y ejercen el derecho a elegir en relación a la alimentación, vestimenta, actividades en las que participarán, teniendo autonomía, incluso, para no realizar alguna función, si no quieren o no están disponibles.

Además, tienen derecho a organizar sus horarios según su ritmo y necesidades. En este sentido, se comprueba que existe una satisfacción de los residentes al habitar el servicio residencial terapéutico, lo que también se evidenció en otra investigación¹⁴ desarrollada en el Estado de São Paulo, en la que los participantes consideraron el servicio como un espacio acogedor y propulsor de la autonomía, a través de actividades cotidianas sencillas. Sin embargo, esta realidad no ocurre en todos los SRT, ya que un estudio realizado en Piauí encontró una rutina permeada por reglas y horarios preestablecidos, lo que interfiere directamente en la autonomía y el carácter terapéutico de este servicio¹⁵.

Desde esta perspectiva, se refuerza que el carácter terapéutico de estas residencias se expresa en la articulación de los conocimientos clínicos y psicosociales, pretendiendo constituir proyectos terapéuticos que respeten las capacidades y habilidades de cada persona⁵, lo que exige que esta vivienda sea acogedora y propicie el ejercicio de los derechos de igualdad y libertad⁶.

Además del acceso a estos derechos, es relevante identificar y fortalecer la capacidad de acción de los residentes mediante la corresponsabilidad en la vida cotidiana de este espacio habitacional, que se expresa en los SRT en los que se realizó esta investigación, a través del incentivo a la participación en las actividades de mantenimiento de la vivienda. Los residentes, al insertarse en las prácticas cotidianas, tienden a resignificar su rol y a desarrollar un sentido de pertenencia en este espacio y esto les permite establecer nuevos planes de vida, lo que corresponde a los supuestos de desinstitucionalización y rehabilitación psicosocial¹⁶.

Sobre el derecho a disfrutar de un mayor nivel de vida de salud física y mental, se observa que, en general, los residentes también pueden acceder a su garantía. El artículo 1 de la Ley

10.216 defiende la necesidad de garantizar los derechos de las personas con sufrimiento mental sin ningún tipo de discriminación, reforzando la necesidad de que sean protegidas de cualquier forma de abuso y/o explotación¹⁰. En esta investigación, los participantes no informaron de situaciones motivadas por prejuicios influidos por el género, la religión, la cultura y/o la política.

En la organización de la rutina de un Servicio Residencial Terapéutico, también es necesario un acuerdo entre el equipo y los residentes que permita un espacio de intercambios². Los profesionales de una RT están en contacto directo con la posibilidad de ayudar a los residentes en un redescubrimiento de la vida cotidiana. Se observa que el conocimiento de los profesionales en relación con los derechos de los residentes influye directamente en el acceso de estos sujetos a sus derechos. En las entrevistas, los residentes destacan que los profesionales conocen los derechos humanos de las personas con sufrimiento mental y les ayudan en su ejercicio desde la relación asistencial.

Desde esta perspectiva, existe la posibilidad de superar las barreras de la exclusión, poniendo en juego el potencial de la rehabilitación con la realización de sus derechos a través de relaciones afectivas, relacionales, habitacionales y productivas que promuevan la reintegración a sí mismos y a una red subjetiva¹⁷. Sin embargo, esta realidad puede no ser frecuente. En este sentido, un estudio realizado en distintas partes de América demostró que, en países como Chile y Colombia, los derechos de las personas con trastornos mentales aún no son priorizados en las políticas públicas¹⁸.

Se verificó la articulación de SRT a los demás servicios de Salud Mental presentes en la red¹⁹, como los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), tal como se recomienda en la Ordenanza n.º 175/2001, que recomienda la vinculación de las residencias a los servicios ambulatorios especializados en salud mental²⁰.

Los residentes señalan que son supervisados por un equipo multidisciplinar, que incluye médicos, psicólogos y enfermeros. Además, los residentes participan en actividades enfocadas al ocio en la institución, al igual que los participantes de una investigación¹⁴ desarrollada en una ciudad de São Paulo. En este sentido, el Decreto n.º 3.298/99 dispone sobre la Política Nacional de Integración de la Persona con Discapacidad y en su artículo 2 expresa la necesidad de que los organismos del Poder Público garanticen el ejercicio de los derechos básicos, incluyendo, entre ellos, el derecho al ocio²¹.

CONCLUSIÓN

El ejercicio de los derechos que aseguran el nivel de vida, la protección social y la salud física y mental de los residentes está mayoritariamente garantizado en los SRT estudiados, en lo que se refiere a: estructura física, recursos materiales y humanos de calidad, apoyo de los profesionales, actividades y servicios de la red de salud, protegidos de la discriminación social percibida por ellos.

El ejercicio de los derechos a la autonomía, a la inclusión y a la reinserción social están habilitados en las actividades diarias de los residentes, con su libre circulación, incluso en las prácticas fuera de la residencia, buscando la proximidad con la comunidad. A pesar de ello, se observó un fallo en el acceso a las visitas y actividades de ocio, así como, en relación con los residentes que tienen más dificultades cognitivas y/o motoras, los profesionales a veces tienen dificultades para estimularlos como sujetos activos, manteniéndolos más dependientes de los cuidados.

Las limitaciones de este estudio son el hecho de que se desarrolló en sólo dos servicios residenciales terapéuticos con la participación de diez residentes, ya que los demás no cumplieron con los criterios de inclusión y que aún hay escasez de investigaciones científicas sobre el tema para enriquecer la discusión de los hallazgos.

Sin embargo, los resultados de esta investigación contribuyen a que los profesionales que trabajan en las residencias terapéuticas estimulen la participación y el desarrollo de la

autonomía de los residentes, especialmente de aquellos que tienen dificultades cognitivas o motoras más exacerbadas.

Además, se proponen la valorización de los espacios de intercambio entre los profesionales involucrados en los SRT, para que reconozcan los derechos de los residentes, centrándose en la construcción de estrategias que realicen el ejercicio de derechos fundamentales como la protección social y la salud física y mental. Para ello, es necesaria la actuación de todos los servicios de la red, desde las inversiones sociales, políticas y asistenciales en Salud Mental.

Teniendo en cuenta las lagunas observadas en los SRT investigados, destaca la necesidad de implementar prácticas que fomenten una mayor proximidad entre los residentes y la comunidad, lo que favorecerá la progresiva inclusión social. Este proceso debería producirse de forma concomitante con los debates sobre las intervenciones necesarias para garantizar un mejor nivel de vida con protección social y acceso a la salud física y mental, especialmente a través de la participación de las personas con trastornos mentales y los profesionales que trabajan en los servicios residenciales terapéuticos.

REFERENCIAS

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 en 10 ago 2019]. (Série E. Legislação de saúde). Disponible en: 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 en 10 sept 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 en 10 ago 2019]. Disponible en: 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 en 10 ago 2019]. Disponible en: 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 en 17 sept 2019]. p. 35-54. Disponible en: <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 dic 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 en 10 ago 2019]. Disponible en: <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 en 10 ago 2019]. Disponible en: 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 en 15 sept 2019]; 13(4):274-9. Disponible en: <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 en 10 ago 2019]. Disponible en: <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 en 10 ago 2019]; 13(24):105-14. Disponible en: <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 en 21 feb 2021]; 2(1):47. Disponible en: <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 en 21 feb 2021]; 8(4):62-8. Disponible en: <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 en 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 en 10 ago 2019]; 8(2):283-9. Disponible en: <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: múltiples caminos en su implementación. *Vertex* [Internet]. 2018 [citado en 21 feb 2021]; 29(141):334-45. Disponible en: 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 en 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 en 10 ago 2019]. Disponible en: 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 en 10 ago 2019]. Disponible en: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm

Editora Asociada: Vania Del Arco Paschoal

CONTRIBUCIONES

Carla Aparecida Arena Ventura y **Darlisson Bueno Paranhos** colaboraron en la concepción, redacción y revisión. **Diego Augusto Flôres** y **Jenifer Graneli Soares** contribuyeron a la recogida y análisis de los datos y redacción. **Marciana Fernandes Moll** participó en la concepción, recogida y análisis de datos, redacción y revisión. **Mariana Bonomi Goulart** colaboró en la recogida y el análisis de datos.

Como citar este artículo (Vancouver)

Moll MF, Ventura CAA, Soares JG, Flôres DA, Paranhos DB, Goulart MB. Derecho a la protección social y a la salud entre los residentes de Servicios Residenciales Terapéuticos. REFACS [Internet]. 2021 [citado en *insertar el día, mes y año de acceso*]; 9(3):619-630. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*

Como citar este artículo (ABNT)

MOLL, M. F.; VENTURA, C. A. A.; SOARES, J. G.; FLÔRES, D. A.; PARANHOS, D. B.; GOULART, M. B. Derecho a la protección social y a la salud entre los residentes de Servicios Residenciales Terapéuticos. REFACS, Uberaba, MG, v. 9, n. 3, p. 619-630, 2021. DOI: *insertar el link de DOI*. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*.

Como citar este artículo (APA)

Moll, M.F., Ventura, C.A.A., Soares, J.G., Flôres, D.A., Paranhos, D.B., & Goulart, M.B. (2021). Derecho a la protección social y a la salud entre los residentes de Servicios Residenciales Terapéuticos. REFACS, 9(3), 619-630. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

