



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Ética, Direitos Humanos e Serviço Social.

Sub-Eixo: Ênfase em Direitos Humanos.

SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO: PROPOSTA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Jenifer Guarnieri Cardoso¹

Resumo: O presente artigo busca discutir os indicadores de saúde mental de pessoas vivendo com transtornos mentais no Brasil, as condições de tratamento na rede pública de saúde e apresentar os resultados de uma pesquisa documental primária realizada em um Serviço Residencial Terapêutico na cidade de São Paulo sobre os fatores que permeiam e determinam as condições de vida desses pacientes.

Palavras-chave: Transtorno Mental. Serviço Residencial Terapêutico. Política de Saúde Mental.

Abstract: This article seeks to discuss the mental health indicators of people living with mental disorders in Brazil, conditions of treatment in the public health network and present the results of a primary document research performed in a Therapeutic Residential Service in the city of São Paulo about the factors that permeate and determine the living conditions of these patients.

Keywords: Mental Disorder. Therapeutic Residential Service. Mental Health Policy.

INTRODUÇÃO

Os dados apresentados neste artigo são resultado de pesquisa realizada ao longo de 2018 na elaboração da monografia de conclusão de curso em Serviço Social. À época, o nosso objetivo era compreender as condições de vida dos pacientes com transtornos mentais que viviam em uma residência terapêutica localizada na zona norte da cidade de São Paulo. Debater a questão de saúde mental nos chamava a atenção pela violação histórica dos direitos humanos nos serviços de saúde destinados a essa população, o recorrente abandono da família de pacientes com transtornos graves e o desenvolvimento de um novo modelo de assistência após a reforma psiquiátrica centrada em um modelo antimanicomial.

Entendemos que a pertinência desse estudo para o Serviço Social se deve ao fato de que as condições de vida que levam os pacientes portadores de transtorno mentais, moradores dos serviços residenciais terapêuticos, resulta da questão social, já que essa vivência é permeada pela ruptura dos vínculos familiares, da condição de vulnerabilidade econômica, estigma e aceitação da doença. Nesse sentido, sendo a questão social o objeto de intervenção para o Serviço Social, entendemos que está nessa associação a pertinência dessa pesquisa para o campo teórico do Serviço Social.

¹ Profissional de Serviço Social, Universidade Nove de Julho. E-mail: jenifer.gcardoso@hotmail.com.

Inicialmente discutiremos os indicadores de saúde mental no Brasil, seguidos dos dados documentais obtidos na residência terapêutica, lócus desse estudo.

INDICADORES DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

No mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 615 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais. Estima-se que elas respondam por 30% da carga mundial de doenças, enquanto as verbas orçamentárias para a saúde mental, na maioria dos países, representam menos de 3% dos seus gastos totais em saúde (Chisholm, et al., 2016).

No Brasil, só em 2016 foram registrados pelo Sistema de Informação do Governo – DATASUS² – 215.793 internações e 12.674 óbitos por Transtornos Mentais e Comportamentais, em que os gastos com internações sinalizaram 2,48% dos recursos gastos com todos os tipos de internações no país.

Embora a Lei Nacional de Saúde Mental tenha extinguido as institucionalizações de longa permanência por transtornos mentais, o alto índice de internações em hospitais gerais ainda é uma realidade. Os dados que apresentaremos a seguir contemplam os pacientes que deram entrada em hospitais gerais de acordo com o CID-10 das doenças por Transtornos Mentais e Comportamentais e permaneceram internados por mais de um dia e menos de 60.

Tabela 1 - Total de internações no Brasil por Transtornos Mentais e Comportamentais segundo região e sexo

Região	Masc.	Fem.
Norte	9.005	5.931
Nordeste	51.847	26.729
Sudeste	105.267	67.592
Sul	91.467	49.517
Centro-Oeste	22.280	14.934
Total	279.866	164.703

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) - Elaboração: Do autor.

No período que compreende o recorte de nossa pesquisa – 2015 e 2016 – foram contabilizadas 444.569 mil internações. Dentre elas, 279.866 mil representadas por pessoas do sexo masculino e 164.703 mil por pessoas do sexo feminino, ou seja, o índice de

² Brasil, Sistema de Informação do Governo Federal. Brasília, 2018. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet/epidemiologicas-e-morbidade>>. Acesso: 28 de maio de 2018.

internações de pessoas do sexo masculino é 63% maior do que as do sexo feminino. Essa prevalência nas internações masculinas, segundo Connell et al. Apud Costa-Júnior e Maia (2009), é resultado de uma percepção do corpo masculino.

Determinados comportamentos de homens no que diz respeito à saúde corporal estão relacionados ao modelo de masculinidade; daí a negação, omissão ou ocultação sobre as necessidades de cuidados em saúde e consequente diminuição de procura por assistências médicas. (CONNELL et al. Apud COSTA-JÚNIOR & MAIA, 2009, p. 56)

De modo geral, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde de maneira preventiva e, por isso, há uma situação de saúde desfavorável quando se trata do grupo masculino em relação ao feminino (Costa-Júnior & Maia, 2009).

Outro dado alarmante, de acordo com a tabela abaixo, são as diferenças no percentual de internação entre a população branca e negra. Brancos representam um percentual maior em 28% de internações em comparação com a população negra.

Tabela 2 - Total de internações no Brasil por Transtornos Mentais e Comportamentais segundo cor/raça

Cor/raça	Total
Branca	180.877
Preta/Parda	141.089
Amarela	4.338
Indígena	106
Sem informação	118.159

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) - Elaboração: Do autor.

Para Werneck (2005), o racismo é um fenômeno ideológico, um importante fator de violação de direitos e de produção de iniquidades, especialmente no campo da saúde.

É preciso começar salientando que a importância de focar a dimensão étnico-racial nos estudos da saúde se origina no reconhecimento da discriminação histórica que a população negra sofreu no Brasil e a consequente vivência de condições de marginalidade e vulnerabilidade que se estende desde a abolição da escravatura até a atualidade. (BRASIL, 2012)

E o reconhecimento, por parte do Ministério da Saúde, de que as condições de vida da população negra impactam o processo saúde, doença e morte são fundamentais para que o racismo e o ciclo de desigualdades que essa população tem vivido por séculos seja desvelado e enfrentado.

Tabela 1 - Média de permanência nas internações segundo o critério de cor/raça

Cor/raça	Taxa
-----------------	-------------

Branca	36,2
Preta/Parda	44,8
Amarela	27
Indígena	46
Sem informação	32,6

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) - Elaboração: Do autor.

Ao associar a tabela acima com a de número dois, observamos que a população negra é representada por um índice de permanência nas internações de 23,75% a mais em relação a população branca, mesmo essa tendo taxas inferiores de entrada nas internações na mesma relação. A desproporção entre taxas de internação e taxas de permanência em alguns grupos raciais pode significar desigualdades de acesso aos serviços de saúde mental (Brasil, 2017).

Tabela 4 - Taxa de mortalidade das internações segundo o critério de cor/raça

Cor/raça	Taxa
Branca	0,54
Preta	0,57
Amarela	0,46
Indígena	0,94
Sem informação	0,54

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Não obstante, quando comparamos as taxas de internações e de mortalidade por esses mesmos transtornos, os dados sugerem maiores iniquidades de acesso ao atendimento hospitalar, na medida em que a mortalidade entre a população negra é maior que entre os brancos (5,6% a mais).

Aqui, visualizamos que a população negra é a que tem o acesso mais violado aos serviços públicos de saúde, incluindo os de saúde mental, sendo a que mais morre em decorrência dessas violações.

Segundo Santos (2013):

A exclusão decorrente da indiferenciação de grupos, como negros e índios, mantém as barreiras de acesso aos bens e serviços, fartamente documentadas na literatura especializada, sustentadas na negação de que elas, de fato, existam (SILVA, 2006; NASCIMENTO, 1989 apud SANTOS et al., 2013, p. 342).

Deste modo, assim como afirma Lopes (2005), a saúde de uma população sofre influência dos determinantes socioeconômicos e político-culturais, e o não reconhecimento da sua singularidade racial a exclui e vulnerabiliza.

As residências terapêuticas foram introduzidas no âmbito do SUS com a elaboração da portaria de n.º 106/2000, a partir do sucesso dos “lares abrigados” de demonstrar a efetividade da iniciativa na reinserção dos pacientes na comunidade, nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Campinas e Porto Alegre.

De acordo com Ministério da Saúde (2004), as residências terapêuticas são constituídas como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental que não contem com apoio familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia (Brasil, 2004).

O Serviço Residencial Terapêutico atua em caráter interdisciplinar com o CAPS de referência ou com a equipe de atenção básica, que deve considerar as singularidades, os contatos afetivos, as redes de solidariedade, os problemas cotidianos, os referentes socioculturais, a ligação com o território de inserção, os desejos e os projetos de vida de cada um dos moradores. O acompanhamento dos moradores das Residências Terapêuticas não pode ser interrompido, mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado, e o processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial a inserção.

Diante disso, para Passos e Ayres (2013), é preciso oferecer ao usuário de saúde mental possibilidades que o capacitem para a vida em sociedade, considerando as diversas perdas sofridas pelo sujeito em decorrência do seu adoecimento. Do mesmo modo, não basta reabilitá-lo sem proporcionar a ocupação cidadã por parte do louco de seu lugar na sociedade.

METODOLOGIA

O recorte temporal da nossa pesquisa compreende o período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017, nesse sentido, consideramos esse intervalo para a realização da pesquisa documental. O período de levantamento de dados ocorreu de janeiro a junho de 2018 no Serviço Residencial Terapêutico Masculino, da região de Pirituba, São Paulo/SP, que atende oito usuários egressos de internações psiquiátricas por tempo igual ou maior do que dois anos, que tem vínculos frágeis ou rompidos com a família e, portanto, não se constituem mais como apoio para o tratamento. O perfil dos pacientes e das suas demandas foram obtidos através dos prontuários da Unidade Básica de Saúde e CAPS, onde esses pacientes são referenciados e nos próprios registros disponíveis do serviço.

RESULTADOS DA PESQUISA – PERFIL DOS PACIENTES

Diante dos dados analisados, a faixa etária dos pacientes é compreendida entre 31 a 63 anos. Os oito usuários do serviço recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que na sua gênese contribui para o avanço da cidadania, pois, como a maioria das pessoas com transtornos mentais está excluída do mercado de trabalho, elas precisam de uma fonte de renda que garanta as suas condições mínimas de vida (THORNICROFT apud SALLES; BARROS, 2006).

No tocante ao histórico anterior ao Serviço Residencial Terapêutico, verificamos que sete dos oitos pacientes permaneceram internados em instituições psiquiátricas de longa permanência durante as suas vidas, com tempo entre 5 e 35 anos. Todos diagnosticados com Esquizofrenia (CID-10: F20).

Para Tengan e Maia (2004):

A esquizofrenia acomete cerca de 1% da população; normalmente, a idade de início está entre 15 e 30 anos de idade. O termo esquizofrenia de início precoce se refere à idade de início anterior a 17-18 anos, e a de início muito precoce consiste em início antes dos 13 anos de idade. É uma doença rara na infância e, conforme avança a adolescência (próximo dos 11 anos), esses casos tornam-se mais expressivos. Apesar de existirem alguns relatos com idade inferior a 5 anos, estes são extremamente raros. (TENGAN; MAIA, 2004, p. S4)

Para Medeiros et al. (2018), o diagnóstico psiquiátrico não é um preditor do prognóstico de reabilitação de um paciente, o comportamento social tem se mostrado importante na promoção do planejamento das ações necessárias à reinserção dos pacientes na comunidade, sendo mais preditivo do que os sintomas psiquiátricos para a avaliação da reabilitação social.

Em nosso levantamento, detectamos que todos eles estão há mais de três anos no serviço. Nesse sentido, as residências terapêuticas têm se configurado como um serviço definitivo de apoio na vida desses pacientes, importante reflexo na quebra do vínculo permanente que as internações de longa permanência causaram ao longo da história de vida de cada um deles. Para Borba et al. (2011), isso se dá, pois a convivência com a pessoa portadora de transtorno mental nem sempre é harmoniosa, por vezes movida por conflitos, uma vez que é no espaço da família que as emoções são mais facilmente expressas.

Embora tenham sentimentos positivos em relação ao seu ente querido, por vezes podem apresentar dificuldades em lidar com suas emoções diante de uma realidade de dúvidas e de incertezas. Destaca-se ainda a realização de mudanças importantes e significativas em seus modos de vida e rotina, sendo necessário um processo de adaptação constante que repercuta diretamente em seus estilos de vida. (KANTORSK et al., 2017, p. 461)

Não obstante, a família historicamente foi excluída do tratamento dispensado às pessoas com transtorno mental. Os hospitais psiquiátricos eram construídos longe das metrópoles com um propósito isolacionista desses pacientes, o que dificultava o acesso e a manutenção dos vínculos por parte dos familiares (BORBA et al., 2011).

Sobre as relações, identificamos que não há registros das equipes multiprofissionais que remetam a tentativas de aproximação com os familiares. Cavalheri (2010) acredita que essa ausência é causada pelo histórico anterior da doença, em que a preocupação dos profissionais estava centrada em tratar os sintomas causados pela doença.

Contudo, os registros documentam o desejo dos pacientes em estabelecer aproximação com suas famílias, como, por exemplo, *“Morador queixa-se constantemente da falta que sente de sua família e do desejo de morar com sua avó e seus irmãos”*. Pessoas com transtornos mentais desejam uma companhia, alguém com quem compartilhar interesses em comum, construir relacionamentos de longo prazo (ANERUD; SEVERINSSON apud SALLES; BARROS, 2014).

Desse modo, também é possível evidenciar a existência de grande fragilidade na articulação da rede em propostas de reaproximação. Segundo Silva et al. (2017), estudos exploratórios como este demonstram que a intervenção e a articulação das ações de saúde mental ainda representam um dos desafios da reforma psiquiátrica ainda em construção.

Portanto, devemos ressaltar que a família deve ser considerada como ator social indispensável para a efetividade da assistência psiquiátrica e entendida como um grupo com grande potencial de acolhimento, ressocialização e unidade de atenção de políticas públicas no processo de reabilitação psicossocial desses pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após um século desde o surgimento da primeira legislação para proteção da pessoa portadora de transtorno mental e mais de 17 anos da Política Nacional de Saúde Mental, alguns serviços em saúde mental ainda vivem nas sombras que remetem às antigas práticas oferecidas, com profissionais centrados em tratar os sintomas causados pela doença e não em novas formas de relações e do fazer em saúde mental sobre fatores que permeiam e determinam as condições de vida dos pacientes.

Em contrapartida, faz-se necessário enfatizar a relevância do Serviço Residencial Terapêutico na nova estruturação da Política Nacional de Saúde Mental, com vistas à reintegração e à reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental egresso de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos. As características da atenção em saúde mental preconizadas pelo serviço apontam para a complexidade do processo de desinstitucionalização, uma vez que pressupõem a criação de novas formas que possam

contribuir para a inserção desses indivíduos no contexto social e comunitário a qual pertencem.

REFERÊNCIAS

BORBA, Letícia de Oliveira e cols. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 442-449, abril de 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 de dezembro de 2018.

BORBA, Letícia de Oliveira et al. Adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 52, e03341, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100425&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – 12, ano 10, nº 12. Informativo Eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Disponível em: <http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf> Acesso em 28 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Política Nacional de Saúde Mental. **Decreto-lei nº 10.216, 6 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. Brasília, 6 de abril de 2001.

BRASIL. **Saúde da População Negra**. Coleção Negras e Negros: Pesquisas e Debates. Revista Ampliada. Brasília, DF, 2012.

CAVALHERI, Silvana Chorratt. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 51-57, Fev. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 nov. 2018.

COSTA-JUNIOR, Florêncio Mariano da; MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi. Concepções de homens hospitalizados sobre uma relação entre gênero e saúde. **Psic: Teor. e Pesq.** Brasília, v. 25, n. 1, p. 55-63, mar. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 de dezembro de 2018.

CHISHOLM D, SWEENEY K, SHEEHAN P, RASMUSSEN B, SMIT F, CUIJPERS P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. **Lancet Psychiatry**. 2016 May;3(5):415-24.

FLICK, Uwe. Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes. Porto Alegre: Penso, 2013. 256p.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cad. Saúde pública**, v.21, n.5, p.1595-601, 2005.

KANTORSKI, Luciane Prado et al. Fatores associados a uma pior avaliação da qualidade de vida entre familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. **Cad. Saúde colet.** Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 460-467, dez. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000400460&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 de dezembro de 2018.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 399-407, Abr. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 nov. 2018.

MEDEIROS, Dulce Anny Alves et al. Avaliação das limitações do comportamento social dos moradores dos serviços residências terapêuticas de um pequeno município do estado do Rio de Janeiro. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 3, p. 278-284, July 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2018000300278&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 nov. 2018.

PARANHOS-PASSOS, Fernanda; AIRES, Suely. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 [1]: 13-31, 2013.

SALLES, Mariana Moraes e BARROS, Sônia. Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social. **Saúde soc.** [on-line]. 2013, vol.22, n.4, pp.1059-1071. ISSN 0104-1290. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000400009>. Acesso em 28 nov. 2018.

SALLES, Mariana Moraes; BARROS, Sonia. Da cidadania à realização de projetos de vida: inclusão social de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na vida cotidiana. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 24 [4]: 1275-1292, 2014.

SILVA LCP, Soares FV, Sales PRS, Barbosa PMK, Salvi JÁ. Fatores que interferem na utilização do prontuário do paciente em suporte de papel. **RAS**, v. 13, n. 50, Jan-Mar, 2011. Disponível em: file:///E:/Download/RASv13n50_53-59.pdf> Acesso em 03 de dezembro de 2018.

SILVA, Gilza da et al. Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica. **Psicol cienc. prof.** Brasília, v. 37, n. 2, p. 404-417, junho de 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000200404&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 de dezembro de 2018.

SILVA, Martinho Braga Batista e. From patient to clinical case: an ethnography with psychiatric inpatient care releases. **Ciênc. saúde coletiva** [on-line]. 2015, vol.20, n.2, pp.353-362. ISSN 1413-8123. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.20362013>. Acesso em 28 nov. 2018.

TENGAN, Sérgio K. MAIA, Anne K. Psicose funcional na infância e adolescência. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v. 80, n. 2, supl. p. 3-10, abril de 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 de dezembro de 2018.

WERNECK, J. Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil**: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Funasa, 2005. p.315-386.