

SEPARATA

Caros leitores,

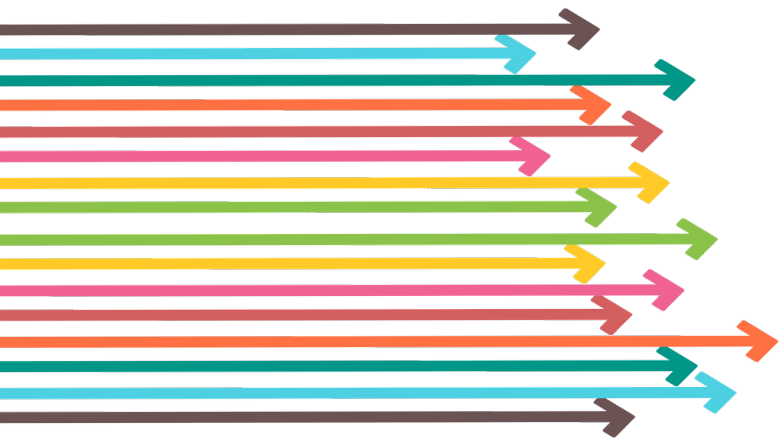
Este arquivo é uma separata do livro “Tópicos em Saúde e Direitos” (Ventura, CAA; D’ANDREA, G; OLIVEIRA, RGV; RICARDO, MF (Orgs.), Sociedade Brasileira de Comunicação em Enfermagem, 2017). Os capítulos foram disponibilizados individualmente para facilitar o acesso daqueles que buscam por assuntos mais específicos e potencializar os resultados de revisões de literatura.

Os demais capítulos individualizados, a versão completa do livro com informações editoriais completas podem ser encontrados para download no seguinte link:

bit.ly/livrosaudedireito2017

Muito obrigado!

Os Organizadores



O resgate de direitos sociais dos moradores de serviços residenciais terapêuticos

Vanessa Vieira França

Iracema da Silva Frazão

RESUMO

Objetivo: refletir sobre o processo de resgate dos direitos sociais do morador de Serviços de Residenciais Terapêuticos (SRT). Método: Estudo transversal, censitário, realizado entre janeiro e julho de 2015 com 190 moradores de SRT de Recife, Pernambuco. As variáveis estudadas foram as de perfil demográfico e familiar e o histórico psiquiátrico por meio do cálculo das frequências percentuais e suas distribuições e utilizado o teste de qui-quadrado para verificar associação entre as variáveis dependentes e as independentes. Resultados: A população curatelada corresponde à 22,1% com predominância das faixas etárias de 25 a 44 anos e maiores de 60 anos, com renda entre 1 e 2 salários-mínimos, com contato familiar recente, frequentando os SRT em média 1 vez ao mês. Observou-se associação significativa entre os usuários não curatelados e a ausência de renda, escolaridade e de contato com

familiares. Conclusões: As variáveis sociodemográficas e familiares apontam várias fragilidades na condição dos moradores como cidadãos. Direitos fundamentais como o acesso à saúde, documentos e a autonomia para aquisição de bens de subsistência ficam frequentemente ameaçados pela falta de estrutura na rede de atenção, bem como pela intervenção negativa de algumas famílias que mantêm o morador sob curatela indefinidamente.

INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Psiquiátrica foi o principal responsável por denunciar, no Brasil, a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura e a hegemonia de uma rede privada de assistência. Dentre os objetivos estava a sensibilização e construção coletiva da crítica ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais, pois propunha que o cuidado a estas pessoas fosse realizado na comunidade, ao lado de uma rede de apoio social (PARENTE, 2013).

Houve, portanto, o estímulo e a preparação do paciente institucionalizado para a sua desospitalização e retorno às famílias e comunidades de origem. Todavia, não foram raros os casos em que o grupo familiar não possuía as condições emocionais, afetivas ou mesmo de estrutura física da residência para acolher mais um membro principalmente com necessidades singulares. Com o desenvolvimento do processo de desospitalização e criação de uma rede comunitária substitutiva, que ofertava o cuidado, foi evidenciado o surgimento de um grupo de pacientes estáveis em sua condição psiquiátrica e com potencial para residir na comunidade, apesar de não possuírem laços familiares disponíveis, aptos ou habilitados para recebê-los (MACEDO, SILVEIRA, EULÁLIO, 2013; BRASIL, 2004).

Para responder à questão da fragilidade de laços familiares e sociais dos moradores do hospital, foi instituído, por meio da Portaria 106/2000, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) em saúde mental. Estes dispositivos são casas inseridas na comunidade que tem por público os portadores de

transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, sem suporte social e com laços familiares ausentes ou fragilizados que comprometam a devida inserção social dos mesmos (BRASIL, 2000).

Após saírem dos manicômios os agora moradores dos SRT vêm desfrutando dos benefícios advindos da liberdade de ir e vir, de controlar o tempo e a própria vida. Entretanto, os longos anos de permanência no manicômio deixaram marcas físicas e comportamentais. Ainda, depois de tanto tempo, nem sempre é possível identificar os reais determinantes dos agravos que também acometem a população em geral.

Dentre a população de egressos de internamentos em hospitais psiquiátricos puderam ser evidenciadas comorbidades clínicas associadas aos transtornos mentais como hipertensão, diabetes, tabagismo, sobrepeso, entre outros. Este quadro evidencia os desafios que a assistência comunitária deverá enfrentar para a resposta às demandas de cuidado (ALVES et al., 2010).

Adicionalmente, as perdas sociais são comumente identificadas em moradores de instituições de longa permanência. A clientela dos manicômios foi desde sempre predominantemente formada por pessoas das classes populares, ou seja: “desempregados, migrantes, filhos de subempregados, pacientes portadores de patologias físicas” (DELGADO, 2001), que se encontravam em situação de extrema vulnerabilidade social, caracterizada pelo baixo poder aquisitivo, baixa escolaridade e pela ausência da noção de direitos ou da possibilidade de reivindicá-los. Estas características, referendadas por um diagnóstico clínico, conferiam a condição de excluído e asilado, levando à pessoa a incorporação do papel de doente, alienado e definitivamente incapaz.

Não seria prudente afirmar que todas as pessoas “psiquiatrizadas” como diria Delgado (2001), em uma instituição manicomial, teriam um futuro brilhante, caso não houvessem recebido a sentença condenatória do diagnóstico psiquiátrico associado à reclusão prolongada. Entretanto, é inquestionável que a instituição fechada consegue ter um poder iatrogênico de

despersonalizar o indivíduo. Contrariando a opinião de especialistas que à época atribuíam a condição de morbidez, apenas ao curso natural da doença mental, Goffman (1993) atribuía esta condição aos prejuízos inerentes ao ambiente manicomial como a carreira moral do doente mental. Estudos de Barton já caracterizavam com detalhes os danos clínicos e sociais advindos da reclusão em instituições totalitárias e denomina este estado como neurose institucional (BARTON, 1974). Entre outros padrões de comportamento, é possível mencionar como característico da neurose institucional, a total submissão às atitudes autoritárias, indiferença, desinteresse por acontecimentos futuros, resignação diante de fatos e coisas e apatia diante de pessoas. Essa combinação de características inibem quaisquer discussões sobre direitos fundamentais, diante de tamanho dano à dignidade do ser humano.

Diante destas questões relacionadas à negligência dos direitos sociais vivenciadas pelas pessoas portadoras de transtornos mentais, o presente estudo teve como objetivo refletir sobre o processo de resgate dos direitos sociais de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos com base nas suas características psicossociais.

MÉTODO

Estudo descritivo, de corte transversal. Teve como cenário os 31 Serviços Residenciais Terapêuticos em funcionamento, até março de 2015, no município de Recife – PE.

A população do estudo considerou os 229 moradores de ambos os sexos, residentes em SRT entre janeiro e julho de 2015 no município de Recife – PE. A amostra foi do tipo censitário em virtude do tamanho da população e pelas singularidades que envolviam suas histórias clínicas e psiquiátricas. Considerando os critérios de elegibilidade, observou-se durante a coleta a ocorrência de óbitos (5), internamentos hospitalares (2), afastamento do morador da cidade durante a coleta de dados (3), recusa do participante (13)

ou de seu curador legal (16). Foram excluídos ainda, moradores impossibilitados de participar do estudo por questões de enfermidade física ou mental e que não possuíam curador legal nomeado ou que o curador não pudesse ser contatado durante o período de coleta de dados, de forma que foram entrevistados 190 moradores.

Utilizou-se para a coleta de dados de instrumento estruturado, elaborado com base no Caderno de Atenção Básica nº 19 do Ministério da Saúde e no modelo de formulário para atendimento ambulatorial do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), serviço universitário da Universidade Federal de Pernambuco que presta cuidado multiprofissional a idosos. Para este estudo foram analisadas as variáveis de perfil socioeconômico e familiar: idade, sexo, estado civil, renda, escolaridade, curatela, histórico de abandono familiar, de situação de rua, de perda de documentos pessoais pregressa ao SRT e contato familiar após mudança para SRT. Com relação ao perfil psiquiátrico, analisaram-se as variáveis: número de internamentos em hospital psiquiátrico durante a vida, tempo do último internamento em hospital psiquiátrico, tempo de residência em SRT, internamento em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, além dos diagnósticos psiquiátricos mais prevalentes em prontuário.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista, com uso de questionário estruturado, mediante pacto com a coordenação dos SRT e com as equipes técnicas de cada residência e dos respectivos CAPS de referência. Inicialmente, por exigência da gestão, a coleta de dados ocorreu individualmente, em local reservado nos CAPS, após o convite de participação na pesquisa pela equipe técnica das SRT e esclarecimento dos termos do estudo. No dia e horário agendados um veículo da prefeitura fazia o traslado de ida e volta desse morador ao seu CAPS de referência, onde seria realizada a entrevista.

Durante o primeiro momento evidenciou-se que parte da população apresentava dificuldades de locomoção, questões clínicas e psiquiátricas que dificultavam seu traslado ou até mesmo se recusavam a sair de casa. Devido

a tais questões, a equipe de pesquisa foi autorizada a realizar a coleta de dados nas instalações dos SRT nestes

casos específicos. Tal mudança não atrapalhou o andamento da pesquisa. Pelo contrário, contribuiu para que o número de perdas fosse reduzido. Para minimizar os vieses relacionados à memória e às respostas incompletas, foi realizada a triangulação dos dados com a confirmação dos dados informados, por meio de consulta ao prontuário disponível no CAPS bem como a validação das informações pelo cuidador responsável.

Para análise dos dados, foi construído um banco no programa EPI INFO, versão 3.5.2, por meio de dupla digitação, posterior validação e correção dos valores divergentes.

O banco foi exportado para o software SPSS, versão 18, em que foi realizada a análise.

Para avaliar o perfil epidemiológico, familiar e psiquiátrico foram calculadas as frequências percentuais e construídas as distribuições de frequência. Na avaliação da associação estatística da variável dependente com as independentes foi utilizado o teste quiquadrado para independência. Nos casos em que as suposições do teste não foram satisfeitas, foi aplicado o teste Exato de Fisher. Em todas as análises, foram consideradas como diferenças significativas p-valores $<0,05$.

Este artigo é parte do projeto intitulado “Serviços de Residências Terapêuticas: demandas de cuidado para enfermagem”, que atende a Resolução 466/12 e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, através do CAAE: 37085914.0.0000.5208 e parecer de número 859.731.

RESULTADOS

O perfil da população estudada (tabela 1) foi formado por homens (64,7%), solteiros (82,6%), não escolarizados (43,7%), não curatelados (77,9%) e com renda entre um e menos do que dois salários-mínimos (70,6%). A distribuição etária foi predominantemente de pessoas com 60 anos ou mais (33,2%), com idade mínima registrada de 25 anos, máxima de 89 anos e média de 54,05 anos (DP=13,33). Ao analisar os 31 SRT disponíveis no período de coleta de dados pode-se evidenciar que cerca da metade (16 casas, o que corresponde à 51,6%) estavam localizadas em área com cobertura da Estratégia Saúde da Família.

Com relação aos vínculos familiares (tabela 2) maior parcela dos usuários relatou durante a entrevista possuir familiares (55,8%) sendo 39,6% desses familiares de segundo grau (em especial irmãos). A identificação do padrão de visita dos familiares foi categorizada em períodos de tempo

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos de Recife-PE, 2015.

Característica	N= 190	%	p-valor ¹
Sexo			
Masculino	123	64,7	<0,001
Feminino	67	35,3	
Idade* (em anos completos)			
25 – 44	43	23,4	0,084
45 – 53	40	21,7	
54 – 59	40	21,7	
≥ 60	61	33,2	
Estado Civil			
Solteiro	157	82,6	<0,001
Separado/divorciado	23	12,1	
Viúvo	6	3,2	
Casado	4	2,1	
Escolaridade			
Não escolarizado	83	43,7	<0,001
Alfabetizado	18	9,5	
Ensino Fundamental completo / incompleto	67	35,3	
Ensino Médio completo / incompleto	13	6,8	
Ensino Superior	9	4,7	
Renda (Salários Mínimos)			
Sem renda	47	24,7	<0,001
<1 SM	8	4,2	
1 2	134	70,6	
2 3	1	0,5	
Curatela			
Sim	42	22,1	<0,001
Não	148	77,9	

*6 moradores não possuíam documentos e não sabiam relatar suas histórias de vida.

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção .

escolhidos pelos usuários em que a maior parcela relatou ter contato semanal com seus parentes (34,0%).

Tabela 2: Caracterização dos vínculos familiares de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos de Recife-PE, 2015.

Característica	N	%	p-valor [†]
Possui família			
Sim	106	55,8	0,110
Não	84	44,2	
Parentesco			
Pais e filhos	37	34,9	<0,001
Irmãos	42	39,6	
Tios, sobrinhos	8	7,5	
Primos	2	1,9	
Amigos	4	3,8	
Não informado	13	12,3	
Padrão de visitas familiares			
Semanais	36	34,0	<0,001
Quinzenais	7	6,6	
Mensais	33	31,1	
Anuais	9	8,5	
Sem padrão definido	21	19,8	

[†]p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção .

Em se tratando do histórico psiquiátrico dos usuários residentes em SRT (Tabela 3) evidenciou-se que 41,6% dos moradores tiveram entre 3 e 10 internamentos psiquiátricos durante a vida. No último internamento, o tempo de estada no hospital psiquiátrico variou entre 5 meses e 40 anos com tempo médio de 9,48 anos (DP=8,409). A maioria dos moradores residia em SRT entre 1 e 5 anos de SRT (55,8%). Pode ser identificado nesse estudo ainda que o relato de ausência de documentos na admissão ou perda durante o internamento psiquiátrico em hospital ocorreu em 32,6% dos casos.

Ao avaliar a distribuição dos usuários curatelados segundo as suas características epidemiológicas, familiares e psiquiátricas (tabela 4) evidenciou-se que o grupo de usuários curatelados é formado em sua maioria por homens (76,2%), com predominância dos extremos estudados de faixas etárias de (25 a 44 anos e maiores de 60 anos – 28,6%), com renda entre um e dois salários-mínimos (76,2%), com ensino fundamental completo ou incompleto (38,1%), com contato familiar atual (92,9%) principalmente de irmãos, mantendo um

padrão de visitas mensais (43,6%). Relatam ter vivenciado entre 3 e 10 internamentos psiquiátricos progressos com um tempo igual ou superior a 10 anos em seu último internamento.

Tabela 3: Perfil psiquiátrico de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos de Recife-PE, 2015.

Característica	N=190	%	p-valor ¹
Número de internamentos hospitalares			
1	48	25,3	<0,001
2	27	14,2	
3-10	79	41,6	
> 10	36	18,9	
Tempo do último internamento*(anos)			
≤ 2	39	21,1	0,002
2 9	72	38,9	
≥ 10	74	40,0	
Tempo de SRT (em anos completos)			
≤ 1	29	15,3	<0,001
1 5	106	55,8	
> 5	55	28,9	

* 5 moradores tiveram a indicação para residir em um SRT pelo CAPS de referência, dessa forma não tiveram internamento em hospital psiquiátrico progresso à residência. ¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção .

A análise bivariada entre a variável curatela e os fatores sociodemográficos e epidemiológicos (tabela 5) demonstrou que estão estatisticamente associados com a ausência de curatela dentre os moradores de SRT a ausência de renda (p-valor = 0,022), de escolaridade (p-valor=0,049), de contato familiar (p-valor<0,001) e último internamento psiquiátrico com duração entre 2 e 9 anos (p-valor=0,013). Não houve associação estatística significativa entre a variável dependente curatela e as independentes idade (p-valor= 0,549), sexo (p-valor=0,078), grau de parentesco do familiar que frequenta o SRT (p-valor = 0,433), padrão de visitas familiares (p-valor = 0,070) e número de internamentos psiquiátricos progressos (p-valor = 0,261).

DISCUSSÃO

A maior prevalência de homens solteiros, evidenciada nos SRT de Recife, também pôde ser encontrada em outros estudos realizados tanto em

residências do Piauí e Rio de Janeiro, quanto em Hospitais Psiquiátricos. Essa distribuição por sexo não é observada no perfil demográfico da cidade do Recife onde a população feminina corresponde a 53,87%. As análises epidemiológicas sobre a prevalência de transtornos mentais entre os gêneros evidenciam que as mulheres são mais vulneráveis aos transtornos mentais, com ênfase aos sintomas ansiosos e depressivos, aos transtornos alimentares e às sequelas das situações de violência de gênero (LAGO et al., 2014; ALVES et al., 2010).

Tabela 4. Distribuição dos usuários curatelados segundo o perfil epidemiológico, as características familiares e os antecedentes psiquiátricos de moradores de SRT, Recife – PE, 2015.

Fator avaliado	Curatela	
	Sim	Não
Idade (anos)		
25 44	12 (28,6%)	31 (21,8%)
45 53	7 (16,7%)	33 (23,2%)
54 59	11 (26,2%)	29 (20,4%)
≥ 60	12 (28,6%)	49 (34,5%)
Sexo		
Feminino	10 (23,8%)	57 (38,5%)
Masculino	32 (76,2%)	91 (61,5%)
Renda (Salários mínimos)		
< 1	4 (9,5%)	4 (2,7%)
1 2	33 (78,6%)	101 (68,7%)
Sem renda	5 (11,9%)	42 (28,6%)
Escolaridade		
Nenhuma	11 (26,2%)	71 (48,6%)
Alfabetizado	7 (16,7%)	11 (7,4%)
Fundamental comp/incomp	16 (38,1%)	51 (34,5%)
Médio comp/incomp	5 (11,9%)	8 (5,4%)
Superior comp/incomp	3 (7,1%)	6 (4,1%)
Contato Familiar atual		
Sim	39 (92,9%)	67 (45,3%)
Não	3 (7,1%)	81 (54,7%)
Parentesco		
Pais e filhos	13 (33,3%)	24 (35,8%)
Irmãos	16 (41,0%)	26 (38,8%)
Tios, sobrinhos	5 (12,8%)	3 (4,5%)
Primos	0	2 (3,0%)
Amigos	2 (5,1%)	2 (5,1%)
Não informado	3 (7,7%)	10 (14,9%)
Padrão de visitas		
Semanais	14 (35,9%)	22 (32,8%)
Quinzenais	3 (7,7%)	4 (6,0%)
Mensais	17 (43,6%)	16 (23,9%)
Anuais	2 (5,1%)	7 (10,4%)
Sem padrão definido	3 (7,7%)	18 (26,9%)
Nº de internamentos hospitalares		
1	7 (16,7%)	41 (27,7%)
2	4 (9,5%)	23 (15,5%)
3 a 10	21 (50,0%)	58 (39,2%)
> 10	10 (23,8%)	26 (17,6%)
Tempo do último internamento em hospital psiquiátrico (anos)		
≤ 2	9 (22,5%)	30 (20,7%)
2 9	8 (20,0%)	64 (44,1%)
≥ 10	23 (57,5%)	51 (35,2%)

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção .

Tabela 5: Análise bivariada da distribuição de curatela de moradores de SRT segundo fatores sociodemográficos, epidemiológicos e psiquiátricos. Recife-PE, 2015.

Fator avaliado	Curatela	
	Sim	Não
Renda (Salários mínimos)		
< 1	4 (50%)	4 (50%)
1 2	33 (24,6%)	101 (75,4%)
Sem renda	5 (10,6%)	42 (89,4%)
	<i>p-valor</i>	0,022[†]
Escolaridade		
Nenhuma	11 (13,3%)	71 (86,7%)
Alfabetizado	7 (38,9%)	11 (61,1%)
Fundamental comp/incomp	16 (23,9%)	51 (76,1%)
Médio comp/incomp	5 (38,5%)	8 (61,5%)
Superior comp/incomp	3 (33,3%)	6 (66,7%)
	<i>p-valor</i>	0,049[†]
Contato Familiar atual		
Sim	39 (36,8%)	67 (63,2%)
Não	3 (3,6%)	81 (96,4%)
	<i>p-valor</i>	< 0,001[†]
Tempo do último internamento em hospital psiquiátrico (anos)		
≤ 2	9 (23,1%)	30 (76,9%)
2 9	8 (11,1%)	64 (88,9%)
≥ 10	23 (31,1%)	51 (68,9%)
	<i>p-valor</i>	0,013[†]

O impacto que o transtorno mental exerce, no cotidiano doméstico, está relacionado à posição que o paciente ocupa nessa família. Culturalmente, o homem exerce o papel de provedor financeiro da casa, enquanto a mulher, apesar de hoje apresentar jornadas duplas de trabalho, ainda exerce a função de cuidadora da casa, da família e dos seus membros, adoecidos ou não (ROSA, 2003; SANTIN, KLAFKE, 2011; ROSA, CAMPOS, 2012).

Dessa forma, a família que recebe esse portador de transtorno mental em casa após longos períodos de internamento psiquiátrico, apresenta expectativas diferentes entre os gêneros, baseada no cenário cultural. O predomínio de pacientes do sexo masculino em hospitais psiquiátricos pode estar relacionado à esperada atuação do usuário, por sua família, no papel de provedor financeiro. Esta expectativa pode ser frustrada em decorrência do transtorno mental apresentado pelo usuário. Já entre as mulheres, mesmo com algum comprometimento, ainda é possível em muitos casos a realização de

atividades domésticas mais simples, culturalmente aceitas como desempenho social suficiente (FRAZÃO, 2007).

A falta de cobertura do Programa Estratégia de Saúde da Família é um fator que compromete o acesso dos moradores aos serviços de saúde. Gestores referem que estão cientes desta necessidade, entretanto se esbarram na falta de edificações no território adscrito que atendam as configurações legais necessárias a elevação de uma casa à condição de Residência Terapêutica. Por outro lado nem sempre os recursos disponíveis estão compatíveis a localidade, sendo preciso buscar bairros fora da área de cobertura da ESF. Estando fora da área de cobertura, os técnicos passam muitas vezes a ter que utilizar de influências pessoais para viabilizar atendimentos de saúde aos moradores, o que desvirtua a proposta do SUS.

Outro problema evidenciado foi a ausência de documentos, por parte dos moradores. Existem relatos, à semelhança do que se observou no manicômio de Barbacena, em que os pacientes chegavam ao manicômio sem documentos e por este motivo, não era possível assegurar os dados de nascimento e filiação, a falta destas informações compromete o acesso aos programas de benefícios sociais e geração de renda, funcionando como mais um entrave à ressocialização e ao acesso aos direitos de cidadania (ARBEX, 2013).

O morador curatelado, na maioria dos casos tem contato com seus familiares. Tal fato desperta a discussão acerca do relacionamento dessa família com o morador e do papel que a renda deste desempenha no cotidiano doméstico da sua família de origem. Se por um lado a curatela representa responsabilidade com relação às decisões e cuidados a alguém, pessoa inimputável, ao mesmo tempo, em muitos casos os curadores transferem essa responsabilidade de cuidado cotidiano para os SRT, assumindo de fato apenas com a responsabilidade nas decisões financeiras. Estas questões podem ter origem no desgaste das relações familiares, no ônus financeiro e na falta de expectativa deste grupo em relação ao futuro do doente, que traz conflitos e

descompassos, e repercute diretamente no processo terapêutico (FRAZÃO, 2007).

Faz-se importante evidenciar que, em proporções diferentes do que foi observado na população geral onde é mais prevalente a presença da população com 60 anos ou mais, no grupo de usuários curatelados são encontrados além de usuários idosos a faixa etária de usuários mais jovens do estudo (25 - 44 anos). A presença de altos percentuais de usuários em idade economicamente ativa no grupo de curatelados evidencia que além das fragilidades provocadas pela doença, a ociosidade e a falta de estímulo para a atuação em atividades laborais podem contribuir para manter o portador de transtorno mental economicamente improdutivo. Altas prevalências de pessoas em idade economicamente ativa nos hospitais psiquiátricos ou nos serviços da RAPS (como os ambulatórios e os CAPS) resulta no incremento da necessidade de concessão de benefícios financeiros por incapacidade temporária para os cofres públicos.

Estudo ecológico realizado com dados secundários do Ministério da Previdência Social entre 2008 e 2011, evidenciou que os transtornos mentais e comportamentais figuram como o terceiro maior motivo para a concessão de benefícios. A diminuição da força produtiva pode gerar importantes custos ao Estado e a exclusão social pode agravar ainda mais o sofrimento do grupo (SILVA JÚNIOR; FISCHER, 2014).

Entre os participantes do estudo observou-se um número elevado de pessoas que possuía nenhum, ou poucos anos de estudo. Tal fato pode ser explicado em razão de muitos destes participantes terem vindo de famílias socialmente vulneráveis, sem facilidade acesso à educação, principalmente nos casos em que há necessidade de atendimento especial no ambiente escolar. No Brasil, a educação especial só começou a ser implantada como política pública a partir de 2008, não contemplando os atuais moradores das RT (BRASIL, 2010).

Por outro lado, os transtornos psicóticos com frequência afloram seus primeiros sintomas entre o final da adolescência e o início da vida adulta. Esse fator por si já é suficiente para comprometer a formação acadêmica e profissional destas pessoas. Logo, além do transtorno mental, que, de certa forma, já contribui para estabelecer uma dificuldade nos relacionamentos interpessoais, o isolamento provocado pelos longos períodos de internamento reforça o comprometimento de ordem social. Ainda hoje é um grande desafio para as pessoas com transtornos mais graves manter-se na escola após o primeiro surto psicótico, tanto pelas manifestações clínicas, mas principalmente pela falta de suporte de uma rede de atenção que acolha esta pessoa em sua singularidade.

No presente estudo, entre os usuários curatelados a presença de renda mensal entre 1-2 SM foi a mais prevalente, tendo em vista que esta faixa salarial corresponde ao somatório de dois benefícios previdenciários: o benefício de prestação continuada e a bolsa de volta para casa. A renda de moradores de RT em geral não vem do trabalho destas pessoas. Isso pode comprometer a satisfação pessoal e a dignidade de ter seu trabalho e esforço reconhecido, mais uma vez pela falta de programas sociais que acolham as demandas de um trabalho protegido, o que viria a reforçar o princípio da equidade e do acesso igualitário às oportunidades.

É interessante evidenciar que esteve estatisticamente associado aos usuários não curatelados a ausência de vínculos familiares. Tal fato traz à discussão dois pontos importantes: o primeiro é que pela ausência de um vínculo familiar ou social de referência, muitos usuários são privados de receber benefícios financeiros, por se tratar de uma pessoa com comprometimento cognitivo grave e ou em estado de institucionalização 'profunda' e sem vínculos com o território onde residem atualmente. O segundo dado que pode auxiliar no entendimento é que, em muitos casos, o cuidado a um usuário com histórico de internamentos psiquiátricos de longa duração implica na renúncia do trabalho remunerado por parte do cuidador e envolve aumento dos custos com transporte para o tratamento e com alimentação

(muitas vezes associada a um aumento do apetite do usuário pelo uso do psicofármaco) (LIMA, NOGUEIRA, 2013).

Durante a realização do presente estudo, as autoras observaram que, por vezes, a família adota o benefício do usuário como principal provento familiar, mas ‘terceiriza’ a responsabilidade do cuidado deste doente ao hospital psiquiátrico ou SRT. Tal fato pode ser evidenciado pelos resultados observados na variável “padrão de visitas”, em que para os que são curatelados as visitas de seus familiares se dão em 43,6% dos casos mensalmente. Estudo realizado em um Centro de Referência em Saúde Mental de Teresópolis com usuários e familiares evidenciou que o benefício recebido por esse usuário lhe confere o status de provedor da renda familiar, sendo seu dinheiro fundamental para a sobrevivência da família. Geralmente esse provedor apresenta dificuldades para administrar suas finanças e, por consequência, não possui autonomia financeira para gastos pessoais (ROMAGNOLI, 2006).

A maioria não é curatelado e apesar de morar na RT, mantém contato com pais filhos ou irmãos. Apesar de todos os esforços das equipes de desinstitucionalização, as vezes é difícil retomar os laços familiares rompidos em alguns casos até de forma traumática e anos depois as marcas dos relacionamentos impedem uma reaproximação completa. Por outro lado, o estigma da irreversibilidade e da agressividade exigem do familiar um tempo de reaproximação que permita a quebra da crença perpetuada ao longo dos anos e que se estabeleça uma nova relação, lenta e gradualmente, onde as individualidades possam ser respeitadas e os afetos possam ser reconstruídos na medida do possível. Desta forma, é plenamente compreensível que os contatos se fortaleçam ao longo do tempo, sem que isso determine uma volta para casa dos familiares.

O tempo de internamento apresentado no estudo, refere-se apenas ao internamento mais recente. Este dado pode mascarar um longo internamento, sucedido por um internamento mais curto, o que não invalida os achados, pois mesmo com esta limitação, observa-se que os moradores possuem vários reinternamentos por tempo prolongado inclusive na última hospitalização. Ou

seja, este dado ainda poderia ser mais significativo se alcançasse o maior tempo de internamento na vida. Já em relação ao tempo de vida na RT, observa-se um predomínio daqueles que lá estão entre um e cinco anos, em virtude desta política ter recebido seus maiores investimentos nos últimos cinco anos. Antes disso haviam algumas iniciativas pontuais de residências, funcionando dentro de hospitais psiquiátricos, a exemplo do Hospital Ulisses Pernambucano que por volta de 1999 já possuía uma casa para onde iam os pacientes mais organizados psiquicamente. Entretanto, apesar de poderem circular livremente para fora do hospital, eles ainda ficavam sob os cuidados da equipe do mesmo, além da casa estar localizada dentro das grades do manicômio (AGUIAR, 2009).

A maioria dos curatelados mantém contato com a família, entretanto cabe destacar o registro de três moradores curatelados que não mantinham nenhum contato com a família regularmente e que possuíam renda proveniente de benefício. Tal dado pode servir como indício de que este benefício pode não estar sendo revertido para o beneficiário de direito. Logo, um quantitativo aparentemente pequeno pode estar escondendo algo grave que precisaria ser melhor apurado pelos órgãos competentes.

A variável curatela não expressou nenhuma diferença significativa em relação ao tempo do último internamento, entretanto observa-se que pessoas com maior tempo de internamento na vida apresentam-se mais frequentemente sob a curatela de terceiros. Tal observação reforça o entendimento de que o internamento prolongado é gradualmente incapacitante e desta forma, nocivo à pessoa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora existam diversos estudos analisando o perfil de moradores de hospitais psiquiátricos e de outros dispositivos da RAPS, os resultados acima apresentam dados relevantes a respeito dos usuários que efetivamente encontram-se atualmente em processo de desinstitucionalização, mesmo

apresentando o impedimento de reinserção pela via da família. Diante do pouco tempo de existência dos Serviços Residenciais Terapêuticos e dos números expressivos casas adicionadas à rede do município de Recife-PE, os dados descritos adicionam clareza acerca do perfil sociodemográfico, psiquiátrico e familiar deste usuário e das dificuldades enfrentadas na ressocialização destas pessoas com histórico institucionalização de longo período.

Os resultados evidenciaram que uma parcela pequena da população estudada é curatelada, mas que este grupo apresenta características peculiares em relação a faixa etária, renda, (compreendida pelo somatório do benefício de prestação continuada e a bolsa de volta para casa), o recente contato com a família, sendo feito principalmente por parentes de segundo grau e que frequentam os SRT em média uma vez ao mês para visitar o morador. Já os usuários não curatelados estiveram estatisticamente associados com a ausência de renda, de escolaridade e de contato com familiares.

A saída do manicômio não rompe automaticamente com os efeitos deletérios da prolongada alienação que se construiu ao longo dos anos. Já fora dos muros e grades, o morador da residência terapêutica continua enfrentando muitas dificuldades no processo de ressocialização e quebra da institucionalização instalada. Ao estigma de “louco” são somadas: a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o cuidado com o transtorno mental, as comorbidades clínicas decorrentes da realidade do envelhecimento, o persistente distanciamento da família, dos antigos amigos e de sua comunidade de origem agravado pelos longos anos vivendo alienado; a perda de fases de vida onde se esperava constituir uma família, adquirir uma formação acadêmica ou profissional que o habilitasse ao mercado de trabalho; a falta de recursos financeiros ou ainda a falta de acesso aos recursos existentes, devido a apropriação por parte de um curador, entre outros desafios que precisam ser enfrentados singularmente, no resgate da cidadania.

Cabe aos gestores, órgãos formadores, dispositivos da RAPS, trabalhadores sociais, da saúde e do direito, dentro das suas esferas de

atuação, manter o tema em constante discussão, de forma a avançar nas práticas que buscam devolver aos ex-moradores de instituições manicomiais o cuidado à saúde negligenciado, a dignidade ignorada, os laços rompidos e os afetos esquecidos. Desta forma, poderemos ter a esperança de um futuro mais equânime e justo para toda sociedade.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, B. L. **Serviços de Residências Terapêuticas: entre a tutela e a autonomia, a incansável busca pelo cuidado...**2009. 124 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

ALVES, C. et al. Perfil dos pacientes de três residências terapêuticas de um hospital psiquiátrico municipalizado do Estado do Rio de Janeiro. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, p. 149-52, out/nov. 2010.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2015

BARTON, R. **La Neurosis Institucional**. 4ª ed. Madrid: Paz Montalvo, 1974.

BRASIL Ministério da Saúde. Portaria 106, de 11 de fevereiro de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 fev. 2000, n. 39-E, Seção 1, p. 23.

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

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Marcos político-legais da educação especial na perspectiva da educação inclusiva**. Brasília: Secretaria de Educação Especial, 2010.

DELGADO, P. G. G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: COSTA, S. (Ed.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001. p. 171-202.

FRAZÃO, I. S. **Eu acho que a pessoa doente mental pode trabalhar ; Eu trabalho e não sou doente mental?: o processo de reinserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho**. 2007. 275 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar, 1993.

LAGO, E. A. et al. Perfil de moradores de serviços residenciais terapêuticos. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 3, n. 1, p. 10-7, 2014.

LIMA, M. T.; NOGUEIRA, F. M. D.. **O modelo brasileiro de assistência a pessoas com transtornos mentais: uma revisão sistemática da literatura.** **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, v. 26, p. 1, p. 128-138, 2013.

MACEDO, J. Q.; SILVEIRA, M. F. A.; EULÁLIO, M. C.. Com a palavra, os profissionais: estudo das representações sociais da autonomia dos moradores da “Casa Azul”. In: SILVEIRA M. F. A.; SANTOS JÚNIOR H.P.Q. **Residências Terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização.** Campina Grande: EDUEPB, 2013.

OLIVEIRA, R. M. et al. Dependência nicotínica nos transtornos mentais, relação com indicadores clínicos e o sentido para o usuário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 685-92, 2014.

PARENTE, A. C. M. Reform of psychiatric care in Brazil: reality and perspective. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Piauí, v. 2, n. 2, p 66-73, 2013.

ROSA, L. C. **Transtorno mental e o cuidado na família.** São Paulo: Cortez Editora, 2003.

ROSA, L. C. S.; CAMPOS, R. T. O. Etnia e gênero como variáveis sombra na saúde mental. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 95, p. 648-656, dec. 2012 .

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. **Revista Barbarói**, n. 34, p. 146-160, 2011.

SILVA JUNIOR, J.; FISCHER, F. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 48, n. 1, p. 186-190, feb. 2014.

ROMAGNOLI, R. Famílias na rede de saúde mental: um breve estudo esquizoanalítico. **Psicologia em estudo**, Maringá , v. 11, n. 2, p. 305-314, aug. 2006.