

QUINZE ANOS DEPOIS: SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS FRENTE À PORTARIA 106/2000

FIFTEEN YEARS ON: RESIDENTIAL TREATMENT SERVICES AND ORDINANCE 106/2000

QUINCE AÑOS DESPUÉS: SERVICIOS RESIDENCIALES TERAPÉUTICOS ANTE LA ORDENANZA 106/2000

 Aline Cristina Dadalte¹
 Luiz Jorge Pedrão¹
 Loraine Vivian Gaino¹
 Enio José Porfírio Soares²

¹ Universidade de São Paulo - USP, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP, Enfermagem Psiquiátrica. Ribeirão Preto, SP – Brasil.

² Universidade do Porto, Faculdade de Letras - FLUP, 3º Ciclo de Estudos em Ciências da Linguagem. Porto - Porto – Portugal.

Autor Correspondente: Aline Cristina Dadalte
E-mail: dadalte@usp.br

Contribuições dos autores:

Aquisição de Financiamento: Aline C. Dadalte; **Coleta de Dados:** Aline C. Dadalte; **Conceitualização:** Aline C. Dadalte; **Gerenciamento de Recursos:** Aline C. Dadalte; **Gerenciamento do Projeto:** Aline C. Dadalte; **Redação - Preparação do Original:** Aline C. Dadalte, Luiz J. Pedrão, Loraine V. Gaino; **Redação - Revisão e Edição:** Enio J. P. Soares; **Supervisão:** Luiz J. Pedrão.

Fomento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. Bolsa de Doutorado.

Submetido em: 13/11/2018

Aprovado em: 02/04/2020

RESUMO

Introdução: os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), instituídos pela Portaria 106/2000, oferecem moradia a egressos de hospitais psiquiátricos no processo de desinstitucionalização e devem seguir as determinações legais, com o objetivo de promover a reabilitação psicossocial. **Objetivo:** descrever e analisar 11 SRTs do estado de São Paulo, Brasil, a partir da portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000. **Método:** estudo quantitativo-descritivo que utilizou como instrumento de coleta um questionário autopreenchido por um profissional-chave de cada serviço. Os dados foram organizados de acordo com os núcleos de informação e analisados de forma estatístico-descritiva. **Resultados:** os SRTs estudados cumprem a maior parte das determinações nos aspectos relacionados ao funcionamento e organização, como: serem de natureza pública, cadastrados no SUS, integrados à rede de saúde mental e número de moradores por casa; por outro lado, quanto às visitas de acompanhamento estaduais e municipais, o estado realizava pouco mais da metade e os municípios, abaixo disso; mais da metade das casas situava-se fora da comunidade; muitos não recebiam auxílio financeiro a que tinham direito. **Discussão:** os SRTs precisam de mais acompanhamento das autoridades estaduais e municipais, oportunizando melhorias de funcionamento para os serviços; as casas fora da comunidade dificultam o convívio comunitário e o objetivo de reabilitação psicossocial; o BPC-LOAS pode ser recebido por todos os usuários, fomentando mais autonomia financeira. **Conclusão:** a adequação dos aspectos que ainda não correspondem aos instituídos pela portaria pode aprimorar os serviços, principalmente na busca pela reabilitação psicossocial.

Palavras-chave: Moradias Assistidas; Reabilitação Psiquiátrica; Saúde Mental; Psiquiatria.

ABSTRACT

Introduction: Residential treatment services (RTSs), instituted by Ordinance 106/2000, offer housing to those discharged from psychiatric hospitals in the process of deinstitutionalization and must follow certain legal requirements, with the aim of promoting psychosocial rehabilitation. **Objective:** describe and analyze 11 RTSs in the state of São Paulo, Brazil, based on Ordinance/GM (Minister's office) No. 106 of February 11, 2000. **Method:** quantitative-descriptive study using a self-administered questionnaire to collect data from a key professional from each service. The data were organized according to information core and analyzed using descriptive statistics. **Results:** the RTSs studied comply with most of the determinations in aspects related to functioning and organization, such as: being public in nature, registered with the SUS, part of the mental health network and number of residents per household; on the other hand, regarding state and municipal monitoring visits, the state carried out just over half and municipalities, fewer than that; more than half of the houses were outside the community; many

Como citar este artigo:

Dadalte AC, Pedrão LJ, Gaino LV, Soares EJP. Quinze anos depois: serviços residenciais terapêuticos frente à Portaria 106/2000. REME - Rev Min Enferm. 2020[citado em _____];24:e-1314. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20200051

did not receive financial aid to which they were entitled. Discussion: the RTs require more monitoring by state and municipal authorities, providing opportunities for improvements to the functioning of the services; houses outside the community hinder community living - the aim of psychosocial rehabilitation; all users are entitled to BPC/LOAS (Social Care Benefits), promoting greater financial autonomy. Conclusion: adjusting aspects that still do not comply with the ordinance could improve services, especially in the search for psychosocial rehabilitation

Keywords: Assisted Living Facilities; Psychiatric Rehabilitation; Mental Health; Psychiatry.

RESUMEN

Introducción: los servicios residenciales terapéuticos (SRT), instituidos por la Ordenanza 106/2000, en el proceso de desinstitucionalización y con el objetivo de promover la rehabilitación psicossocial, ofrecen alojamiento a pacientes que recibieron alta de internación psiquiátrica. Esos servicios deben cumplir con los requisitos legales. **Objetivo:** describir y analizar 11 SRT en el estado de São Paulo, Brasil, ante la Ordenanza / GM No. 106 del 11 de febrero de 2000. **Método:** estudio cuantitativo-descriptivo con datos recogidos a través de un cuestionario autoadministrado por un profesional clave de cada servicio. Los datos se organizaron de acuerdo con los núcleos de información y se analizaron de forma estadísticamente descriptiva. **Resultados:** los SRT analizados cumplen con la mayoría de las determinaciones en aspectos relacionados con el funcionamiento y la organización, tales como: ser de carácter público, registrado en el SUS, integrado en la red de salud mental y cantidad de residentes por hogar; por otro lado, con respecto a las visitas de seguimiento estatales y municipales, el estado realizó algo más de la mitad y los municipios por debajo de eso; más del 50% de las casas estaba fuera de la comunidad; muchos no recibían la ayuda financiera a la que tenían derecho. **Discusión:** los SRT necesitan más monitoreo por parte de las autoridades estatales y municipales, con miras a brindar oportunidades de mejora en el funcionamiento de los servicios; las casas fuera de la comunidad obstaculizan la vida comunitaria y el objetivo de la rehabilitación psicossocial; el beneficio BPC de la ley LOAS puede ser recibido por todos los usuarios, promoviendo mayor autonomía financiera. **Conclusión:** la adecuación de aspectos que aún no se corresponden con los establecidos por la ordenanza podría mejorar los servicios, especialmente en la búsqueda de rehabilitación psicossocial.

Palabras clave: Instituciones de Vida Asistida; Rehabilitación Psiquiátrica; Salud Mental; Psiquiatría.

INTRODUÇÃO

Os serviços residenciais terapêuticos (SRTs) assumem papel de reinserção social dos usuários dos serviços de saúde mental na vida da cidade. O serviço surge do processo de desinstitucionalização, após o movimento da Reforma Psiquiátrica e da legislação da Política Nacional de Saúde Mental, garantindo o cuidado em liberdade.¹

Os SRTs exercem o papel de inclusão e moradia para egressos de hospitais psiquiátricos, por anos excluídos e que, por direito, receberam sua liberdade. Esse serviço foi oficialmente instituído pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria 106 de 11 de fevereiro de 2000. Esse instrumento legal define como devem ser a estrutura, organização e funcionamento dos referidos serviços, assim como destaca que seu principal objetivo é o de reabilitação psicossocial.¹ Há dois tipos de SRTs regulamentados e seus usuários têm direito a receber, caso cumpram os requisitos, dois auxílios financeiros governamentais.

Os SRTs tipo I são moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização. Podem acolher, em cada casa, no mínimo quatro e no máximo oito moradores e devem contar com um cuidador de referência por moradia. A incorporação desse profissional deve ser decidida pela equipe técnica, de acordo com a necessidade de cuidados de cada grupo.¹

Os SRTs tipo II são moradias destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência que, especialmente em função de seu comprometimento físico, necessitam de cuidados específicos e intensivos em tempo integral, com apoio técnico diário e pessoal. Cada casa pode acolher no mínimo quatro e no máximo 10 moradores e deve contar com cinco cuidadores em regime de escalas, bem como com um profissional técnico em Enfermagem diário.¹

Todos os SRTs devem ser de natureza pública e podem funcionar em parceria com organizações não governamentais (ONGs) de naturezas diversas, como ONGs de saúde ou de trabalhos sociais; podem ainda ser organizadas por pessoas físicas, nos moldes das famílias de acolhimento; devem estar integradas à rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e estar vinculadas tecnicamente ao serviço ambulatorial mais próximo para receber supervisão desse serviço.¹

Outro requisito é que as secretarias estaduais e municipais que acompanhem, supervisionem, controlem e avaliem os serviços. Para garantir a qualidade e o bom funcionamento, precisam estar devidamente cadastradas no SUS. Além disso, é preciso que os SRTs tenham sua estrutura física fora dos espaços hospitalares, preferencialmente na comunidade.¹

Acerca dos dois auxílios financeiros, estes podem ser cumulativos e o usuário, para receber um ou ambos deles, deve apresentar os requisitos específicos. Para receber o auxílio denominado “De Volta Para Casa” (PVC), a pessoa deve ser egressa de hospital psiquiátrico ou de hospital de custódia e tratamento psiquiátrico e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social, tendo, no mínimo, dois anos de internação. Esse auxílio tem duração de um ano, podendo ser renovado, caso necessário.²

Para obter o benefício da prestação continuada da Lei Orgânica de Assistência Social (BPC-LOAS), no valor de um salário mínimo, não é necessário ter contribuído com a Previdência Social. É destinado a

idosos com mais de 65 anos e/ou ao cidadão com deficiência física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo, desde que a renda familiar seja menor que um quarto do salário mínimo vigente.³

Mais de uma década depois da instituição da Portaria dos SRTs,¹ as pesquisas acerca de residências terapêuticas têm focado na experiência, percepção de profissionais e usuários a respeito do serviço.⁴ Também se faz necessário avaliar quanto aos seus principais objetivos e valores, para que não se tornem (os serviços) reprodutores de lógicas manicomial.⁵ Este trabalho propõe-se a contribuir com a avaliação de serviços de saúde mental ao descrever e analisar 11 serviços residenciais terapêuticos do estado de São Paulo, Brasil, a partir da Portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000.¹

Este artigo é parte de uma pesquisa maior de doutorado, realizada na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo – EERP-USP, intitulada “Serviços Residenciais Terapêuticos: da privação à liberdade”, que analisou 11 SRTs do estado de São Paulo, Brasil, a partir da Portaria 106/2000 e do referencial teórico da reabilitação psicossocial e que produziu um vídeo documentário acerca de algumas memórias de vida dos moradores, com vistas a aproximar e desmistificar seu cotidiano, disponível no *Youtube* com o título “Serviços Residenciais Terapêuticos - Documentário: ...em casa”.

MÉTODO

Neste artigo apresentam-se os dados quantitativos da referida pesquisa de doutorado. Trata-se, neste recorte, de estudo quantitativo-descritivo realizado em 11 SRTs do estado de São Paulo, Brasil, durante o mês de outubro de 2015. Para a escolha dos referidos serviços foi realizado levantamento na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), Brasil, de todos os SRTs existentes nessa unidade federativa. Encontraram-se 45 municípios com SRTs, perfazendo o total de 49 SRTs, pois havia municípios com mais de um desses serviços.⁶

O critério de inclusão foi estar em funcionamento regular há pelo menos 10 anos. Dos 49 SRTs, 26 atenderam ao critério. Foi elaborada uma lista dos serviços que atendiam ao critério de inclusão e fez-se uma randomização. A coleta de dados teve início com o primeiro serviço sorteado e, assim, sucessivamente, até o total de 11, considerando uma amostragem por saturação. Não houve recusas à participação.

Foram incluídos no estudo 11 profissionais (um de cada serviço). Para essa seleção, os critérios foram: a) serem técnicos do serviço (enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, entre outros); e b) que o profissional acompanhasse todas as casas que compunham o SRT, conhecesse o projeto e a história.

Assim, foi pedido aos responsáveis dos SRTs que indicassem um profissional que atendesse a tais critérios. O grupo de profissionais escolhidos para responder ao questionário foi composto de: cinco

coordenadores, dois(duas) enfermeiros(as), um(uma) psicólogo(a), um administrador e dois responsáveis técnicos pelo serviço. Esses profissionais acompanham todas as casas do SRT, a rotina dos cuidadores e moradores.

Para a coleta de dados, foram contatados os profissionais escolhidos de cada SRT para agendar dia e horário. Realizou-se a visita, foram apresentados os objetivos do estudo e entregue o questionário, que foi elaborado pelos próprios pesquisadores com 28 questões fechadas, abordando os principais aspectos indicados pela Portaria como essenciais ao funcionamento do serviço, em especial os relacionados à reabilitação psicossocial.

Para a elaboração deste artigo, foi realizado um recorte do questionário com as principais características da lei, a saber: cumprimento de determinações legais (natureza pública, cadastro no SUS, integração às redes de serviço de saúde mental, número de moradores por casa); rotinas de visitas municipais e estaduais (de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação); localização (na comunidade ou fora dela); principais características dos moradores (sexo e faixa etária de idade adulto/idoso); e se recebiam os benefícios BPC-LOAS e/ou “De Volta Para Casa”.

O questionário foi previamente testado com um profissional ligado ao mesmo tipo de serviço, com o intuito de observar possíveis falhas no instrumento e realizar alguns ajustes e adequações NECESSÁRIAS, após o que foi considerado pronto para uso na pesquisa.

Dos 11 questionários, sete foram autopreenchidos nas dependências dos próprios SRTs, e quatro em outros locais da preferência dos participantes. As respostas aos questionários foram organizadas em planilhas do *Microsoft Excel*[®] de acordo com o núcleo de informação a ser analisado de forma estatístico-descritiva.

O projeto do presente estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, sob o número de protocolo CAAE: 27369614.9.0000.5393.

RESULTADOS

No total dos 11 SRTs investigados (n=11), havia 130 casas, sendo 66 (51%) do tipo I e 64 (49%) do tipo II. Entre elas, 78 (60%) eram masculinas, 34 (26%) femininas e 18 (14%) mistas.

Como pode ser observado na Tabela 1, a maioria dos SRTs cumpria as seguintes determinações legais: ser de natureza pública, ter cadastro no SUS, estar integrado à rede de serviço de saúde mental, ter no máximo oito moradores na SRT tipo I e no máximo 10 moradores na SRT tipo II.

A respeito das rotinas de visitas cumpridas pelo estado ou município, o primeiro tem realizado as de acompanhamento, supervisão e avaliação em mais da metade dos serviços, o segundo cumpre apenas pouco mais da metade das visitas de controle, conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 1 – SRTs que cumprem as determinações legais no estado de São Paulo, Brasil, 2015 (n=11)

| Determinação legal | SRTs | |
|-----------------------------------------------|------------|-----------------|
| | Quantidade | Porcentagem (%) |
| Natureza pública | 11 | 100 |
| Cadastro no SUS | 10 | 90,9 |
| Integrados à rede de serviços de saúde mental | 11 | 100 |
| Máximo 8 moradores (tipo I) | 10 | 90,9 |
| Máximo 10 moradores (tipo II) | 11 | 100 |

Tabela 2 – Rotina de visitas das secretarias estadual e municipal aos SRTs estudados, por quantidade e porcentagem de SRTs que as cumprem, no estado de São Paulo, Brasil, 2015 (n=11)

| Rotinas de visitas cumpridas | | SRTs | |
|------------------------------|----------------|------------|-----------------|
| | | Quantidade | Porcentagem (%) |
| Estadual | Acompanhamento | 6 | 55 |
| | Supervisão | 6 | 55 |
| | Controle | 4 | 36 |
| | Avaliação | 7 | 64 |
| Municipal | Acompanhamento | 5 | 45 |
| | Supervisão | 4 | 36 |
| | Controle | 6 | 55 |
| | Avaliação | 2 | 18 |

A maioria das casas dos SRTs era do tipo I e situava-se fora dos limites da comunidade (constituídas no território do hospital psiquiátrico ou em fazendas), as do tipo II metade dentro da comunidade e a outra metade fora, conforme Tabela 3.

Tabela 3 – Número de casas e porcentagem por tipo e localização dos SRTs estudados (n=11), no estado de São Paulo, Brasil, 2015 (n=130)

| Localização | Tipo I | Tipo II | Total | Porcentagem em relação ao total geral (%) |
|--------------------|--------|---------|-------|-------------------------------------------|
| Na comunidade | 29 | 32 | 61 | 47 |
| Fora da comunidade | 37 | 32 | 69 | 53 |
| Total | 66 | 64 | 130 | 100 |

Os moradores estudados totalizaram 654 e a maioria era do sexo masculino, não trabalhava, era egressa de hospitais psiquiátricos e recebia os benefícios do Programa “De Volta Para Casa” (PVC) e/ou o Benefício da Prestação Continuada da Lei Orgânica de Assistência Social (BPC-LOAS), conforme pode ser observado na Tabela 4.

Tabela 4 – Principais características dos moradores dos SRTs estudados, no estado de São Paulo, Brasil, 2015 (n=654)

| Principais características dos moradores | | | | | |
|------------------------------------------|-----|----|-----------------------|-----|----|
| Sexo | N | % | Faixa Etária | n | % |
| Feminino | 222 | 34 | Adultos | 329 | 50 |
| Masculino | 432 | 66 | Idosos | 325 | 50 |
| Trabalha | N | % | Origem | n | % |
| Não Trabalha | 627 | 96 | Hospital Psiquiátrico | 498 | 76 |
| Trabalha | 27 | 4 | Outras instituições | 156 | 24 |
| Benefício BPC-LOAS | N | % | Benefício PVC | n | % |
| Recebe | 483 | 74 | Recebe | 379 | 58 |
| Não recebe | 171 | 26 | Não recebe | 275 | 42 |

DISCUSSÃO

De acordo com a Tabela 1, em geral, os SRTs têm cumprido as determinações legais do artigo 5º da portaria, que estabelece normas e critérios para inclusão desses serviços no SUS.¹

Apenas um (9,1%) dos serviços ainda não cumpria a determinação legal referente ao cadastro no SUS, ficando, assim, sem receber recursos financeiros tal como R\$ 10.000,00 de incentivo por cada SRT implementado. Esse incentivo deve ser usado para reparos na casa, compra de utensílios domésticos e móveis.⁷

A respeito do número de moradores por casa, um (9,1%) dos SRTs, em uma das casas do tipo I que o compõem, não respeita o limite máximo estabelecido de oito pessoas, enquanto que os serviços do tipo II respeitam o limite de 10 moradores.

Ainda que as residências terapêuticas apresentassem características coletivistas, assemelhando-se a repúblicas estudantis, onde diversos moradores, com diversas histórias, encontram-se e convivem, há algo que os une e que precisa ser preservado de intimidade. Por isso, a importância de cada casa tipo I ter no máximo oito moradores, tipo II ter no máximo 10 e, nos quartos, no máximo três pessoas. Do contrário, perde-se a noção de “[...] um lugar protegido, onde a pressão do corpo social sobre o corpo individual é descartada, onde o plural dos estímulos é filtrado ou, em todo caso, devia sê-lo, teoricamente”.⁸

Acerca das visitas estaduais e municipais, conforme o artigo 12 da portaria, a rotina de visitas é importante para garantir a qualidade e o bom funcionamento dos serviços.¹ A Tabela 2 mostra falhas quanto aos apoios das secretarias estaduais e municipais de saúde em todos os sentidos: rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação. Os números relativos às rotinas de visitas da Secretaria Estadual deixam isso claro: acompanhamento 55%, supervisão 55%, controle 36% e avaliação 64%; bem como os da Secretaria Municipal: acompanhamento 45%, supervisão 36%, controle 55% e avaliação 18%.

Essa falta de rotinas de visitas prejudica os SRTs, pois é por meio do *feedback* e ajustes propostos a partir dessas visitas que os serviços podem refletir acerca do trabalho e garantir uma assistência de qualidade. Chama atenção o fato de que apenas quatro rotinas determinadas legalmente estavam a ser cumpridas em mais de 50% dos SRTs.⁹

Não faz sentido cumprir determinantes burocráticos e estruturais como os descritos na Tabela 1, se não há problematização dos trabalhos, acompanhamento de avaliação e supervisão. Há o risco de esses serviços, sem apoio rotineiro de equipes alinhadas aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, não superarem a lógica manicomial/institucional e não cumprirem o seu efetivo papel da inclusão social, o objetivo da reabilitação psicossocial.¹⁰

Na Tabela 3, das residências pesquisadas, 53% foram constituídas dentro de território do hospital psiquiátrico, em fazendas ou distantes do convívio comunitário diário. De acordo com o parágrafo 5º do artigo 2º do documento legal¹, os SRTs devem ser inseridos, preferencialmente, na comunidade e destinados a cuidar e viabilizar a inserção social e comunitária de seus moradores. O território facilita o contato e a construção de redes de apoio social, assim como o acesso a recursos culturais, sociais, de lazer e de saúde.^{11,12}

Pierre Mayol,¹³ ao estudar o bairro, fazendo uma análise socioetnográfica da vida cotidiana, mostra o quanto este é importante na construção de identidades, nas tramas das relações intersubjetivas e internalização do que chama de “conveniência” das ações dos sujeitos, uma série de *benefícios simbólicos*¹³ enraizados nas tradições culturais dos usuários do espaço. O morador precisa circular pelo bairro para que ocorra a criação de vínculos e laços afetivos.^{9,12,14}

O fato de o SRT estar na comunidade/bairro é um aspecto muito importante para a reabilitação psicossocial dos moradores, tornando-se um lugar de novas experiências, de aventuras boas e ruins que são vivenciadas por pessoas que circulam pelas ruas da comunidade, e essas experiências fortalecem e transformam o morador e a comunidade, pois ambos foram privados dessa relação por longo tempo.

O bairro compreende o lugar por onde transitamos sem a necessidade de meios complexos de transporte, basta uma caminhada para estar imbuído na trama complexa de relações que ele oportuniza.

“O bairro aparece assim como o lugar onde se manifesta um ‘engajamento’ social ou, noutros termos: uma arte de conviver com parceiros (vizinhos, comerciantes) que estão ligados a você pelo fato concreto, mas essencial, da proximidade e da repetição”.¹³ Assim, pouco a pouco os sujeitos vão assumindo seus papéis sociais, sendo reconhecidos nesse espaço intermediário entre o público (cidade) e o privado (casa). Tal processo é importantíssimo para os moradores dos SRTs, pessoas que saíram de uma condição de apagamento identitário, de isolamento e subjugação, e agora, buscam ressignificarem-se.

Acerca do recebimento dos auxílios BPC-LOAS e PVC, descrito na Tabela 4, é necessário que fique claro quem teria direito a eles e se os usuários dos serviços aqui analisados se enquadravam no que as leis determinam.

O Art. 1º da portaria 106 de 11 de fevereiro de 2000, em seu parágrafo único, especifica que os SRTs destinam-se a “[...] portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares”, sendo definido no parágrafo único do art. 2º-A que “será considerada internação de longa permanência a internação de dois anos ou mais ininterruptos”.

Entretanto, o documento intitulado “Residências terapêuticas: o que são, para que servem”, publicado pela Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde, abre a possibilidade de acolhimento a “pessoas em acompanhamento nos centros de atenção psicossocial (CAPS), para as quais o problema da moradia é identificado, por sua equipe de referência, como especialmente estratégico no seu projeto terapêutico”, bem como a “moradores de rua com transtornos mentais acentuados, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanhados nos CAPS”.¹⁷ Estes não necessariamente passaram por internações de longa permanência.

Uma vez que o PVC é um benefício que estabelece como requisito ter passado por mais de dois anos de internação, torna-se impossível afirmar que o elevado número de moradores que não o recebiam (42%) devia-se a essa exigência, pois uma lacuna do questionário aplicado está em não ter levantado dados referentes ao tempo de internação ou tipo de encaminhamento para o serviço.

Por outro lado, o BPC-LOAS é direito de qualquer pessoa com deficiência, estando essa condição definida no parágrafo 2º do art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, como: “aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”.²

Além disso, a pessoa precisa comprovar, conforme o *caput* do art. 20 supracitado, “não possuir meios de prover a própria manutenção”, não havendo menção a tempo mínimo de internação. Assim, excetuando-se aqueles moradores que trabalhavam à época do estudo, 27 (4%), todos os demais teriam direito ao benefício. No entanto, 26% do total dos moradores não recebiam o BPC-LOAS. Tal fato está fortemente relacionado à reabilitação psicossocial dos usuários do serviço.

É preciso destacar que receber os benefícios e poder gerir sua utilização é de extrema importância para a construção de mais autonomia, “[...] considerada a base para a desinstitucionalização, juntamente com a transformação cultural da sociedade. Caso contrário, cairá em um assistencialismo que apenas tenta remediar, sem sucesso, os efeitos de anos de exclusão”.¹⁵

Dar “empoderamento” financeiro ao morador dos SRTs significa respeitar os direitos do morador como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade, integrada ao ambiente comunitário. Promove-se, assim, sua reinserção na vida comum e sob os princípios da reabilitação psicossocial. Como exemplo, Pina e Mezzina¹⁶ relatam a experiência

italiana, em que os usuários dos serviços de saúde mental, além de administrarem seus próprios recursos financeiros, também ocupam papel fundamental na decisão de investimentos públicos que os beneficiam, atestando sua centralidade no cuidado e poder de decisão.

CONCLUSÃO

Os SRTs têm grande importância para a Reforma Psiquiátrica e são de extrema relevância para os que sofreram e que sofrem com os tratamentos desumanos impostos às pessoas com diagnósticos de transtornos mentais. Ao contrário dos lugares de violação de direitos, os SRTs surgem para ressignificar vidas, criar novas subjetividades, dar empoderamento e a possibilidade de ser livre.

De acordo com dados estatísticos, no tocante aos aspectos de funcionamento e organização (Tabela 1), notou-se ótimo desempenho no cumprimento das determinações legais.

Quanto às rotinas (Tabela 2) de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação, os dados estatísticos revelam uma lacuna. Essas são medidas importantes que deveriam ser cumpridas e precisam ser mais bem estruturadas para atenderem à demanda e, assim, oferecerem apoio de melhor qualidade aos SRTs, com vistas a evitar que estes se tornem mais uma reprodução da instituição psiquiátrica clássica.

Quanto à localização das casas (Tabela 3), os dados mostram uma fenda entre o real e o ideal: as casas que estavam dentro do território dos hospitais psiquiátricos, afastadas da cidade, tirando o direito de ir e vir e tornando mais difícil o acesso ao convívio social diário, como uma instituição convencional.

Os dados mostram também que ainda havia moradores que não recebiam o BPC-LOAS (Tabela 4), sendo esse um direito de todos que estão incluídos no projeto.

Os benefícios BPC-LOAS e o PVC exercem papel fundamental no processo da reabilitação psicossocial, pois tornam possível a realização de desejos e necessidades básicas que fazem parte do cotidiano em relação a alimentação, vestuários, cuidados com a saúde e higiene pessoal, lazer e cultura, proporcionando autonomia para os moradores. Cabe ao serviço de saúde mental ao qual o SRT está ligado providenciar o seu recebimento.

É possível considerar a importância desse serviço como sendo uma travessia, um começo de mudança de paradigmas, dos preconceitos relacionados a essas pessoas, da dignidade e liberdade para todos. Os dados aqui apresentados e discutidos não perfazem toda a complexidade dos serviços, mas contribuem para que rotas e trilhas possam ser mais bem construídas.

Portanto, a adequação dos aspectos ainda não conformes aos instituídos pela portaria pode aprimorar o funcionamento dos serviços, contribuindo para a sua qualidade e para uma atuação ainda mais coerente com a reabilitação psicossocial.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 106 GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000: institui os serviços de Residenciais Terapêuticos. Brasília; 2000[citado em 2019 nov. 18]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>
2. Presidência da República (BR). Casa Civil. Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe da organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília; 1993[citado em 2020 jan. 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm
3. Presidência da República (BR). Casa Civil. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília; 2003[citado em 2020 jan. 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm
4. Firmo AAM, Jorge MSB. Experiências dos cuidadores de pessoas com adoecimento psíquico em face à reforma psiquiátrica: produção do cuidado, autonomia, empoderamento e resolubilidade. Saúde Soc. 2015[citado em 2020 mar. 12];24(1):217-31. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0217.pdf>
5. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial a cidadania possível. Belo Horizonte (MG): Te Cora; 2001.
6. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SP). Residência Terapêutica no Estado de São Paulo. 2010[citado em 2013 mar. 9]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/areas-tecnicas-da-sessp/saude-mental-alcool-e-drogas/residencias-terapeuticas-no-estado-de-sao-paulo-dezembro-2010>
7. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Residências Terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília: MS; 2004[citado em 2020 mar. 12]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>
8. Certeau M. Espaços privados. In: Certeau M, Giard L, Mayol P, organizadores. A invenção do cotidiano: 2. morar, cozinhar. 12ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2013. p. 203-7.
9. Nóbrega MPSS, Veiga TFM. O significado de morar em um serviço residencial terapêutico. Rev Enferm Cent-Oeste Min. 2017[citado em 2020 jun. 18];7:e1388. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1388/1565>
10. Matos BG, Moreira LH. Therapeutic residential service: the user's perspective. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2013[citado em 2019 out. 15];17(4):668-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0668.pdf>
11. Onocko-Campos RT, Costa M, Pereira MB, Ricci EC, Tavares GL, Janeth E, et al. Recovery, citizenship, and psychosocial rehabilitation: a dialog between Brazilian and American mental health care approaches. Am J Psychiatr Rehabil. 2017[citado em 2020 jun. 17];20:311-26. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15487768.2017.1338071>
12. Silva DAB, Vicentin MCG. Cotidiano de uma residência terapêutica e a produção de subjetividade. Distúrbios Comum. 2017[citado em 5 jun. 2018];29(2):196-207. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/viewFile/29600/22991>
13. Mayol P. Morar. In: Certeau M, Giard L, Mayol P, organizadores. A invenção do cotidiano: 2. morar, cozinhar. 12ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2013. p. 37-109.
14. Ribeiro Neto PM, Avellar LZ. Concepções sobre a internação com moradores de residências terapêuticas. Psicol Soc. 2016[citado em 2019 jan. 15];28(1):162-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v28n1/1807-0310-psoc-28-01-00162.pdf>
15. Lima SS, Brasil SA. From the back home program to the achievement of autonomy: pathways required for the actual process of deinstitutionalization. Physis. 2014[citado em 2018 mar. 15];24(1):67-88. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00067.pdf>
16. Ridente P, Mezzina R. From residential facilities to supported housing: the personal health budget model as a form of coproduction. Int J Ment Health. 2016[citado em 2020 jan. 18];45(1):59-70. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207411.2016.1146510>

