

Quem são os moradores de residências terapêuticas? Perfil de usuários portadores de transtornos mentais desinstitucionalizados

Who are the residents of therapeutic residential services? Profile of de-institutionalized patients with mental disorders

Vanessa Vieira França¹, Marília Pereira Alves², Ana Luzia Medeiros Araújo da Silva³, Tatiane Gomes Guedes⁴, Iracema da Silva Frazão⁵

¹Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Departamento de Enfermagem - Recife (PE), Brasil. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip) - Recife (PE), Brasil. vanessafranca__@hotmail.com

²Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Departamento de Enfermagem - Recife (PE), Brasil. mariliaalvesenf@hotmail.com

³Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Departamento de Enfermagem - Recife (PE), Brasil. analuzia_medeiros@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Departamento de Enfermagem - Recife (PE), Brasil. tatiguedes@yahoo.com.br

⁵Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Departamento de Enfermagem - Recife (PE), Brasil. isfrazao@gmail.com

RESUMO Este artigo teve como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Trata-se de um estudo transversal, censitário, com 190 moradores de SRT de Recife (PE), analisando as variáveis de perfil socio-demográfico e o histórico psiquiátrico. Observou-se que os moradores se caracterizam, em sua maioria, por homens, solteiros, idosos, analfabetos e histórico de múltiplos e longos internamentos psiquiátricos. Conclui-se que as condutas iatrogênicas praticadas no hospital deixaram sequelas importantes em diversos aspectos da vida dos usuários e tornaram-se numa dívida social que ainda precisa ser paga pela sociedade.

PALAVRAS-CHAVE Moradias assistidas. Serviços de assistência domiciliar. Serviços de saúde mental. Transtornos mentais. Desinstitucionalização.

ABSTRACT This article aimed to characterize the sociodemographic and clinical profile of residents of Therapeutic Residential Services (TRS). A cross-sectional, census-based study was carried out with 190 TRS residents from Recife (PE), Brazil. Data collection occurred on an individual basis in TRS. Most of the residents are men, unmarried, elderly, illiterate and with history of various and long-term psychiatric hospitalizations. The iatrogenic conducts practiced in the hospital have left important sequels in several aspects of the life of users and have become a social debt that is yet to be paid by society.

KEYWORDS Assisted living facilities. Home care services. Mental health services. Mental disorders. Deinstitutionalization.

Introdução

Instituídos por meio da Portaria nº 106/2000 do Ministério da Saúde, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) podem ser conceituados como:

Moradias ou casas inseridas, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social. (BRASIL, 2000, P. 1).

Esses dispositivos foram criados no intuito de contribuir para a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos ocupados pelos ‘moradores do hospital’ que, apesar de terem o perfil clínico para residir na comunidade, apresentavam laços familiares e sociais comprometidos ou mesmo rompidos por decorrência da associação perversa entre o transtorno mental e longos anos de reclusão e distanciamento dos seus pares (SILVEIRA; SANTOS JUNIOR, 2011).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, em dezembro de 2014, existiam 610 SRT implantados no País com 3.470 moradores. Pernambuco conta com 58 SRT, dos quais 31 localizam-se em Recife (BRASIL, 2015).

É inegável a importância dos SRT para a efetivação da Reforma Psiquiátrica Brasileira e desospitalização daqueles com poucos ou nenhum laço social. Apesar da existência de tais dispositivos de forma oficial há 15 anos, evidenciam-se, na literatura científica, poucos estudos acerca do real perfil dos moradores desses serviços. Estudo realizado no Piauí com 11 moradores de dois SRT evidenciou um perfil composto por homens, com idade média de 45 anos e com ensino fundamental. No Rio de Janeiro, investigação realizada em prontuários com 66 moradores pertencentes a três SRT evidenciou um predomínio da faixa etária de 41 a 60 anos e a presença das comorbidades como

hipertensão e tabagismo (ALVES ET AL., 2010; BRASIL, 2005; LAGO ET AL., 2014).

Investigações aprofundadas sobre o perfil com amostras significativas da população são relevantes para evidenciar quais são as reais características que esse grupo, até o momento pouco estudado, possui. Dessa forma, pode-se contribuir para a elaboração de planos de cuidado e de políticas públicas voltadas às reais características que esses moradores apresentam. Diante dessas questões, o objetivo do estudo foi caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de moradores de STR, residentes em Recife (PE).

Métodos

Estudo descritivo, de corte transversal. Teve como cenário os 31 STR em funcionamento, até março de 2015, no município de Recife (PE).

A população do estudo foram os 229 moradores de ambos os sexos, residentes em SRT até julho de 2015 no referido município. Foram excluídos moradores em internamento hospitalar ou fora da cidade durante o período de coleta de dados; moradores impossibilitados para 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. A amostra foi do tipo censitário em virtude do tamanho da população e pelas singularidades que envolvem suas histórias clínicas e psiquiátricas.

Em decorrência de óbitos (5), de internamentos hospitalares (2), de afastamento do morador da cidade durante a coleta de dados (3), de recusa do participante (13) ou de seu curador legal (16), a amostra final correspondeu a 190 moradores.

Utilizou-se para a coleta de dados 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 (UFPE) 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 o 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 Centros de Atenção Psicossocial (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 nesses 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 a 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 sociodemográfico, clínico, psiquiátrico e de capacidade funcional, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as distribuições de frequência.

Este artigo é parte do projeto intitulado ‘Serviços de Residências Terapêuticas: demandas de cuidado para enfermagem’, que atende a Resolução nº 466/12 e que obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, por meio do CAAE: 37085914.0.0000.5208 e parecer de número 859.731.

Resultados

A maior parcela da população do estudo era composta por homens (64,7%), solteiros (82,6%), analfabetos (43,7%), com renda entre um e menos do que dois salários mínimos (70,6%), com 60 anos ou mais (33,2%), idade mínima de 25 anos e máxima de 89 anos, com média de 54,05 anos (desvio-padrão, DP=13,33). O teste de comparação de proporção foi significativo para todos os fatores sociodemográficos avaliados (p -valor<0,001), exceto para idade, na qual a chance de pertencer a qualquer uma das quatro faixas etárias foi idêntica (*tabela 1*).

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	
Mínimo		25	
Máximo		89	
Média±Desvio padrão		54,05 ± 13,33	
Estado Civil			
Solteiro	157	82,6	<0,001
Separado/divorciado	23	12,1	
Víuvo	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	

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

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

Com relação ao perfil familiar de moradores de SRT, 55,8% relataram, no momento da entrevista, manter contato com seus familiares. A história de transtorno mental na família esteve presente em 14,2% dos moradores. O abandono familiar aconteceu em 30,5% dos casos, e 26,3% dos moradores possuíam história pregressa de situação de rua. A curatela esteve presente em 22,1% da população.

O histórico psiquiátrico (tabela 2) demonstrou que 41,6% dos moradores apresentaram 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 tinha entre 1 e 5 anos de SRT (55,8%). O teste de comparação

de proporção foi significativo para todos os fatores avaliados (p -valor $<0,05$), indicativo de que o perfil psiquiátrico descrito é significativamente mais frequente na população em estudo. O internamento, em hospital de

custódia e tratamento psiquiátrico, esteve presente em 8,9% dos moradores. O relato de ausência de documentos na admissão ou perda durante o internamento psiquiátrico em hospital ocorreu em 32,6% dos casos.

Tabela 2. Perfil psiquiátrico de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos de Recife (PE), 2015

Característica	N= 190	%	p-valor
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 anos	74	40,0	
Mínimo		5 meses	
Máximo		40 anos	
Média±Desvio padrão		9,48 anos± 8,4	
Tempo de SRT (em anos completos)			
≤ 1	29	15,3	<0,001
1 5	106	55,8	
> 5	55	28,9	
Mínimo		2 meses	
Máximo		12 anos	
Média±Desvio padrão		5 anos ± 2	

Nota: 5 moradores tiveram a indicação para residir em um SRT pelo Caps de referência, dessa forma, não tiveram internamento em hospital psiquiátrico pregresso à residência.

Com relação ao diagnóstico psiquiátrico (tabela 3), foi mais prevalente o grupo dos transtornos esquizotípicos, esquizofrenia e transtornos delirantes (diagnóstico isolado) (57,4%). O transtorno mais prevalente foi a

esquizofrenia residual (isolado ou associada a outros transtornos), que esteve presente em 51,6%; e a esquizofrenia paranoide (isolado ou associada a outros transtornos) em 15,3% da amostra total.

Tabela 3. Diagnósticos psiquiátricos de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos de Recife (PE), 2015

Descrição dos diagnósticos	N	%
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	109	57,4
Esquizofrenia + Comorbidade psiquiátrica	22	11,6
Retardo mental	12	6,2
Retardo mental + Comorbidade psiquiátrica	14	7,2
Outros transtornos mentais	6	3,1
Outros diagnósticos duplos, triplos ou quádruplos	27	14,5
Total	190	100

Discussão

Inicialmente, é importante ressaltar que o público a que este estudo se refere possui um histórico de diversas violações de direitos, inclusive o de cuidado integral. Dessa forma, fazia-se importante olhar para a singularidade da experiência do internamento de longa permanência em hospital psiquiátrico com posterior moradia em residência terapêutica de forma a evidenciar todas essas demandas. Contudo, ao se consultar a literatura científica disponível, evidenciou-se um número reduzido de estudos quantitativos que analisavam quem são as pessoas que residem nesses espaços. Diante dessa lacuna, em muitos momentos, foi necessário comparar os resultados encontrados com outras prevalências evidenciadas na população brasileira e nordestina geral, com censos realizados em hospitais psiquiátricos em todo o País e com a análise do perfil de usuários de Caps.

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 como também 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 (ALVES ET AL., 2010; CAYRES ET AL., 2015; GOMES ET AL., 2002; LAGO ET AL., 2014; MELO ET AL., 2015; ROSA; CAMPOS, 2012).

O impacto que o transtorno mental exerce, no cotidiano doméstico, está relacionado com a 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; CAMPOS, 2012; SANTIN; KLAFFKE, 2011).

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 com a esperada atuação do usuário, por sua família, no papel de provedor financeiro. Essa 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).

Estudo realizado no município de Lorena, São Paulo, com 5.830 prontuários de usuários de ambulatórios de saúde mental e Caps, evidenciou uma idade média de 47,9 anos e predomínio do sexo feminino entre os usuários do ambulatório e de 41 anos e maior prevalência do sexo masculino entre aqueles que frequentam os Caps (PEREIRA ET AL., 2012).

No presente estudo, com relação à faixa etária, predominaram os moradores idosos, o que diverge dos resultados de outros estudos em que há relatos no cenário hospitalar de uma maior prevalência de adultos jovens ou daqueles com menos de 50 anos (⅓ da população). É importante, entretanto, evidenciar que a prevalência de usuários em idade produtiva (de 18 a 59 anos) foi expressiva (66,8%). Altas prevalências de pessoas de idade economicamente ativa nos hospitais psiquiátricos ou nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) (como os ambulatórios e os Caps) resulta no incremento da necessidade de concessão de benefícios financeiros por incapacidade temporária para os cofres públicos (GOMES ET AL., 2002).

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. Além disso, por volta dos 18 anos, início da idade economicamente ativa, o usuário pode ainda frequentar o ambiente escolar e aprender a realizar suas práticas sociais e laborais. 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.

Outros estudos realizados em hospitais psiquiátricos do Ceará, São Paulo e Rio de Janeiro encontraram prevalência mais

elevada de pessoas nas faixas etárias entre 40 e 59 anos (51,2%) ou superior a 50 anos (62,2%), com ênfase entre 50 e 59 anos (26,7%), o que sugere que além dos transtornos mentais de evolução crônica, o processo de envelhecimento e o ônus para saúde alcançarão também esses SRT (CAYRES ET AL., 2015; GOMES ET AL., 2002; MELO ET AL., 2015).

O rápido processo de envelhecimento evidenciado no País, em destaque nesses serviços, traz desafios ao sistema de saúde como: maior número de idosos com necessidades de tratamento e controle de doenças crônicas não transmissíveis, prevenção de agravos e promoção da saúde, de independência e de mobilidade. O relatório do Banco Mundial, de 2011, demonstrou que os gastos com a saúde terão um aumento considerável em virtude do aumento do número de idosos na população brasileira e com a frequência de uso dos serviços de saúde, relacionado com as comorbidades crônicas (FISCHER, 2014; SILVA JÚNIOR).

O fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e a ampliação da sua cobertura são considerados estratégicos para o cuidado do idoso na comunidade. Somado às estratégias aqui já consideradas, faz-se necessário que os profissionais da saúde, cuidadores e técnicos de referência envolvidos no cotidiano desse morador estejam preparados e capacitados para responder a essa demanda emergente. Estudo realizado em Botucatu (SP), mostrou que profissionais de nível superior envolvidos com o cuidado ao idoso reconhecem o aumento da população brasileira e, ao mesmo tempo, o despreparo para suprirem suas demandas de cuidado, demonstrando que, por vezes, essa assistência é prestada de forma tecnicista e fragmentada, centrada no modelo biomédico (SILVA JÚNIOR; FISCHER, 2014; VASCONCELOS; GOMES, 2012).

A falta de atividade remunerada entre os moradores dos SRT de Recife também foi observada em 82% dos internos nos hospitais psiquiátricos do Ceará. Chama a atenção que essa realidade ainda ocorra no SRT, tendo em vista que o trabalho poderia ser

uma ferramenta importante para a reinserção e busca da autonomia por esse morador (MELO ET AL., 2015).

Apesar de os moradores não exercerem atividade remunerada, 75,3% destes possuíam renda. Entre estes, 70% recebiam um e menos que dois salários mínimos, o que corresponde ao valor do benefício de prestação continuada; e R\$ 412,00 relativos à bolsa do Programa de Volta para Casa (PVC), (benefícios sociais que fazem parte da política de assistência social brasileira e política de saúde mental respectivamente). Salienta-se que o PVC é uma das principais estratégias utilizadas para fortalecer e contribuir para a realização do processo de desinstitucionalização, tendo em vista que é uma política pública de inclusão social instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que prevê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência, a fim de fornecer aporte financeiro e auxiliar na construção da autonomia dos egressos dos hospitais psiquiátricos após longa permanência (BRASIL, 2011).

Estudo qualitativo realizado entre usuários de Caps do Recife evidenciou dificuldade nesse grupo para traçar um plano de vida que não incluísse a aposentadoria ou o benefício já recebido. No Brasil, a manutenção ou retirada do benefício é realizada por perito que avalia o quadro psiquiátrico do beneficiário (FRAZÃO, 2007).

A economia solidária é uma solução viável para a problemática. Ela expressa um novo modo de produção, por meio da cooperação em empreendimentos coletivos e cadeias solidárias articuladas. Tal forma de produção é uma alternativa que estimula a autonomia financeira ao passo que considera o ser humano na sua integralidade, desenvolvendo suas potencialidades. Dentre as iniciativas, destacam-se as oficinas de geração de renda e as cooperativas que atuam na inclusão do portador de transtorno mental no âmbito da economia solidária. Esses dispositivos são importantes instrumentos na efetivação da

Reforma Psiquiátrica por realizarem a inclusão social dos usuários, aumento da autonomia e ampliarem o acesso à renda (BRASIL, 2010).

Atualmente, o trabalho formal é de difícil acesso para uma parcela considerável da população, portadora ou não de transtornos mentais. A competitividade presente nas empresas e no mercado de trabalho produz uma massa de excluídos, sem acesso às oportunidades laborais. O transtorno mental não é necessariamente um impeditivo para a busca pelo trabalho, mas é sabido que as vagas hoje são insuficientes. Somado à presença do transtorno, a população que é residente de SRT no município do Recife ainda possui uma baixa escolaridade e um número elevado de internações psiquiátricas durante a vida (entre 3 e 10), o que contribui para que esse grupo tenha dificuldades em participar efetivamente do mercado de trabalho, sem recorrer ao princípio da equidade por meio do benefício de uma condição diferenciada de acesso e permanência (FRAZÃO, 2007).

Para superar esses problemas, foram criadas estratégias que visam à reinserção do portador de transtorno mental no mercado de trabalho formal, no intuito de combater o estigma e elevar essa população ao mesmo patamar dos demais trabalhadores em direitos e deveres. Por exemplo, tem-se o Projeto de Gerência de Trabalho, realizado de forma pioneira no Brasil na cidade de Nova Friburgo (RJ), que pretende assegurar o acesso à pessoa com transtorno ao mercado trabalhista, cumprindo jornada de trabalho diferenciada e com salários compatíveis ao tempo trabalhado. Esses funcionários são acompanhados por estagiários de psicologia para cumprir a função de gerentes de trabalho e recebem a retaguarda dos serviços de saúde mental (SALIS, 2013).

No que tange à tutela desse morador, a curatela esteve presente em 22,1% da população de moradores de SRT em Recife. Censo realizado em 53 hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo evidenciou que 38% dos moradores eram curatelados, e que

64,9% destes recebiam benefícios financeiros. 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 (CAYRES ET AL., 2015).

Se por um lado a curatela representa responsabilidade sobre as decisões e cuidados à pessoa incapaz, por outro, em muitos casos, os curadores transferem essa responsabilidade de cuidado cotidiano para os SRT, assumindo de fato apenas com a responsabilidade nas decisões financeiras. Essas questões podem ter origem no desgaste das relações familiares, no ônus financeiro e na falta de expectativa desse grupo em relação ao futuro do doente, que traz conflitos, descompassos e repercute diretamente no processo terapêutico (FRAZÃO, 2007).

O cuidado do familiar ao portador de transtorno mental no ambiente doméstico implica, por vezes, a renúncia de trabalho remunerado e envolve aumento dos custos com transporte para o tratamento e com alimentação (muitas vezes associada a um aumento do apetite do usuário em decorrência do uso do medicamento psicotrópico). O contrário também é evidenciado na prática. Estudo realizado em um Centro de Referência em Saúde Mental de Teresópolis (RJ) 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. 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 desse doente ao hospital psiquiátrico ou SRT (LIMA; NOGUEIRA, 2013; ROMAGNOLI, 2001).

Estudos identificaram taxa de ausência de vínculos familiares nos hospitais psiquiátricos variando entre 39,5% e 74,4%. Cabe, pois, ressaltar que a prevalência encontrada nos SRT ficou muito próxima, a qual mostra, portanto, que, apesar da mudança de cenário, a reaproximação dos familiares ainda é frágil e que são necessários maiores estudos e investimentos para a compreensão e possível reversão dessa realidade. Censo realizado nos hospitais psiquiátricos de São Paulo evidenciou ainda que as fragilidades de vínculos familiares se agravam à medida que o tempo de internação se prolonga (CAYRES ET AL., 2015; GOMES ET AL., 2002; MELO ET AL., 2015).

O histórico de ausência/perda de documentos durante o internamento hospitalar neste estudo permeou 32,4% dos moradores de SRT. Realidade semelhante foi referida em censo psicossocial realizado em São Paulo em 2008, em que 21% não possuíam documentos, o que foi relatado nos SRT, por parte de seus gestores e profissionais, como sendo um problema frequente e relacionado com outros setores como o Judiciário (FURTADO, 2006).

Muito mais importante do que discutir de quem é a responsabilidade pela ausência desses documentos é a necessidade de buscar soluções para a regularização da situação de resgate das condições de cidadão dos ex-internos de hospital psiquiátrico, visto que a posse do documento civil alicerça o acesso a outros direitos de cidadania vinculados às políticas de proteção, seguridade social e saúde (CAYRES ET AL., 2015).

Em São Paulo, por exemplo, foi criado o 'projeto cidadania' com o intuito de recuperar a documentação original ou retirar a Certidão Tardíada de Nascimento, promover o resgate de histórias de vida, de identidades e vínculos e subsidiando o acesso aos benefícios (CAYRES ET AL., 2015).

A escolaridade dos moradores mostrou-se inferior à média nacional de anos de estudo, com uma prevalência de analfabetismo de 43,7% nos SRT. A Pesquisa Nacional por

Amostra de Domicílios de 2011 evidenciou que o percentual de brasileiros não escolarizados foi de 11,48%, três vezes menor do que a taxa identificada neste estudo. Estudo realizado em dois SRT observou taxa de analfabetismo, também, superior à média nacional, mas ainda inferior à do presente artigo (36,4%), sendo mais prevalente o ensino fundamental (54,5%). Estudos realizados em hospitais psiquiátricos identificaram taxas de 50% e 66,7% (IBGE, 2011; LAGO ET AL., 2014).

A média de tempo do último internamento em hospitais psiquiátricos foi de 9,5 anos, em que 38,4% têm 10 anos ou mais de internamento. O predomínio dessa faixa de tempo foi evidenciado nos hospitais psiquiátricos paulistas (75,5% dos internos) e cariocas (36,5%). É importante ressaltar que a maior parcela dos moradores de SRT de Recife possui um histórico de 3 a 10 internamentos em hospitais psiquiátricos durante a vida. Destaca-se, também, que longos períodos de internamento podem piorar as manifestações clínicas das doenças psiquiátricas (ALENCAR; AGUIAR, 2009; CAYRES ET AL., 2015; GOMES ET AL., 2002; MELO ET AL., 2015).

Com relação ao diagnóstico psiquiátrico, na realidade dos moradores recifenses, a esquizofrenia residual (51,6%) foi a mais prevalente, seguida pela esquizofrenia paranoide (15,3%). A esquizofrenia é a doença mais relatada nos artigos sobre perfil clínico-psiquiátrico de moradores de hospital psiquiátrico, com prevalência de 41% no Ceará, 43,1% em São Paulo e 53,6% no Rio de Janeiro. Estudo realizado com 1.444 portadores de transtornos psicóticos de Caps do estado de Sergipe demonstrou uma prevalência de 75,3% de esquizofrenia. A literatura aponta que a doença ocorre em 1% da população mundial. Ao longo do tempo, os sintomas positivos mais exuberantes (delírios e alucinações) tendem a diminuir de intensidade, enquanto os sintomas negativos mais residuais (embotamento afetivo e comportamentos bizarros) podem se tornar mais evidentes (CAYRES ET AL., 2015; GOMES ET AL., 2002; MELO ET AL., 2015; SILVEIRA ET AL., 2011).

A esquizofrenia residual, em muitos casos, é o estágio tardio de evolução que se caracteriza pela presença persistente de sintomas negativos, como retardo psicomotor, hipotatividade, embotamento afetivo, descuido pessoal, isolamento social e pobreza de discurso. A presença de um elevado percentual de casos de esquizofrenia residual corrobora o elevado tempo de doença encontrado nos moradores de SRT.

Conclusões

O estudo evidenciou que o perfil sociodemográfico e psiquiátrico de moradores de SRT de Recife (PE) é composto prioritariamente por homens, solteiros, idosos, analfabetos, com renda entre 1 e 2 salários mínimos, com histórico entre 3 e 10 internamentos psiquiátricos durante a vida e no último internamento passou mais de 10 anos. O diagnóstico mais prevalente é a esquizofrenia residual.

A identificação do perfil dessa população é estratégica para nortear as intervenções ajustadas à realidade vivenciada e ao histórico de adoecimento desses usuários. As sequelas biopsicossociais trazidas pela elevada quantidade de internamentos psiquiátricos durante a vida e pela longa duração do último precisam ser estudadas em profundidade no intuito de responder a uma dívida social histórica que a sociedade brasileira possui com essa população.

Somadas as questões secundárias ao período de reclusão, esses moradores apresentam em sua composição etária um importante percentual de idosos. O envelhecimento gera ao sistema de saúde uma série de repercussões, principalmente quando este envolve a convivência com doenças crônicas. É sugerido que a equipe que realiza a assistência diária nesses serviços enfatize em sua prática, além do cuidado ao transtorno mental crônico e a reinserção social, os aspectos clínicos relacionados com o envelhecimento.

É necessário que haja investigações adicionais sobre o relacionamento familiar dos moradores de SRT que questionem diretamente os atores envolvidos. O não recebimento desse usuário no seio familiar pode estar relacionado com o fato de que conviver com essa pessoa impõe à família reorganização estrutural, alteração nas rotinas, nas vivências de sentimentos, lembranças e emoções que consciente ou inconscientemente desestimulam o processo de reinserção familiar. É fundamental que continuem a ser realizados trabalhos com essas famílias visando reconstruir os laços rompidos ou fragilizados e que, na medida do possível, esse morador possa gradualmente fazer o caminho 'de volta para casa'.

A fim de superar as limitações causadas pela falta de documentos pessoais ou a perda da identidade do sujeito, recomenda-se a realização de convênios com órgãos públicos na realidade local, que viabilizem a retirada da segunda via dos documentos ou busca em cartórios, com vista à retomada da sua cidadania e efetivação do processo de Reforma Psiquiátrica pelos moradores. Além disso, recomenda-se também que sejam criados treinamentos ou capacitações que abordem os trabalhadores das SRT e da Raps; o manejo a essa população pautado no perfil identificado, em especial, dando atenção ao componente etário, no que tange ao manejo de comorbidades crônicas, à promoção da saúde e à prevenção de agravos.

A Reforma Psiquiátrica preconiza a reabilitação desse usuário para o máximo de sua função como bandeira mais importante desse processo, seja ela por meio do acesso ao trabalho, à renda, a centros de convivência e/ou à família, no intuito de viabilizar a possibilidade de retorno desse morador a sua comunidade. A elaboração de intervenções

para a retomada dos laços familiares fragilizados é, portanto, importante para o manejo com esse grupo.

Este estudo apresenta como limitações o fato de ter sido realizado em apenas um município, excluídos os moradores que não possuíam curador legal nomeado e de que parte da triangulação dos dados foi realizada por meio de prontuários, que em alguns casos encontravam-se com informações incompletas.

O estudo traz, também, entre as contribuições, a descrição do perfil de moradores de SRT de uma capital brasileira que historicamente apresentava o maior número de hospitais e leitos psiquiátricos do Nordeste. Apesar dos avanços acerca da desinstitucionalização de pacientes com transtorno psiquiátrico grave evidenciado em Recife nos últimos anos, faz-se necessário que o progresso da desospitalização adentre ainda mais o estado, ao levar os pacientes de volta às cidades natais e comunidades de origem antes do internamento psiquiátrico na capital do estado, ainda considerada grande polo médico-assistencial para diversas especialidades, inclusive da psiquiatria.

Colaboradores

Declara-se para os devidos fins que todos os autores deste artigo participaram das etapas abaixo listadas:

- a) contribuição substancial para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados;
- b) contribuição significativa para a elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo;
- c) participação na aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

- ALENCAR, B. L., 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) – 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 Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 149-52, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/848>>. Acesso em: 19 jul. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 11 nov. 2000.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 23 dez. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 2 jan. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil, documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados*, Brasília, DF, v. 8, n. 12, out. 2015.
- _____. Ministério do Trabalho. Secretaria Nacional de Economia Solidária. Departamento de Estudos e Divulgação. *Especificações complementares para cursos de atualização e Especialização para gestores públicos*. Brasília, DF: Ministério do Trabalho, 2010.
- CAYRES, A. Z. F. *et al.* *Caminhos para a desinstitucionalização no estado de São Paulo: Censo psicossocial 2014*. 1 ed. São Paulo: FUNDAP, 2015.
- 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*. 275 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.
- FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos serviços residenciais terapêuticos no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 785-95, jan. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300026>. Acesso em: 19 jul. 2017.
- GOMES, M. P. C. *et al.* Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no estado do rio de janeiro dados preliminares. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1803-1807, jan. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13279.pdf>>. Acesso em: 9 jul. 2017.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Coordenação de Emprego e Rendimento. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
- LAGO, E. A. *et al.* Perfil de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos. *Revista de Enfermagem da UFPI*, Piauí, v. 3, n. 1, p. 10-7, jan. 2014. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1113>>. Acesso em: 19 jul. 2017.
- LIMA, M. T.; NOGUEIRA, F. M. D. O modelo brasileiro de assistência a pessoas com transtornos mentais: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 26, n. 1, p. 128-38, jan. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2643>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

- MELO, M. C. A. *et al.* Perfil clínico e psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos no estado do Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 343-352, jan. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000200343&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 19 jul. 2017.
- PEREIRA, M. O. *et al.* Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município de Lorena – São Paulo. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 48-54, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100009>. Acesso em: 19 jul. 2017.
- ROMAGNOLI, R. C. Famílias na rede de Saúde Mental: um breve estudo. *Psicologia em Estudo*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 305-314, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a08.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2017.
- ROSA, L. C. S.; CAMPOS, R. T. O. Etnia e gênero como variáveis sombra da saúde mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 648-656, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a17v36n95.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2017.
- SALIS, A. C. A. Projeto de gerência de trabalho e inclusão social de usuários de saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 758-771, jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932013000300018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 19 jul. 2017.
- SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. *Barbaroi*, Santa Cruz do Sul, v. 34, n. 1, p. 1-10, jan. 2011. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1643/1567>>. Acesso em: 19 jul. 2017.
- SILVA JÚNIOR, J. S.; FISCHER, F. M. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 1-20, jan. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0186.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2017.
- SILVEIRA, M. F. A.; SANTOS JUNIOR, H. P. O. *Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização*. Campina Grande: EDUEPB, 2011.
- SILVEIRA, M. S. *et al.* Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos Centros de Atenção Psicossocial. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-32, 2011. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_1/artigos/CSC_v19n1_27-32.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2017.
- VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiologia e Serviços em Saúde*, Brasília, DF, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/Capacitacao%20NCI/Aula%201%20Transicao%20demografica.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2017.
- VIEIRA, T. S.; MONTEIRO, C. F. S. Serviços residenciais terapêuticos: um dispositivo de reinserção social no contexto da reforma psiquiátrica. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI*, Piauí, v. 3, n. 3, p. 44-48, set. 2010. Disponível em: <http://uninovafapi.edu.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v3n3/reflex/refl1_v3n3.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2017.

Recebido para publicação em março de 2017
 Versão final em julho de 2017
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve