



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Soares, Luciana de Medeiros Lacôrte; Silva, Paulo Roberto Fagundes da
Serviços Residenciais Terapêuticos na cidade do Rio de Janeiro: uma análise da estrutura e do processo de cuidado
Saúde em Debate, vol. 43, núm. 7, Esp., 2019, pp. 102-113
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S708>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406369177009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

Serviços Residenciais Terapêuticos na cidade do Rio de Janeiro: uma análise da estrutura e do processo de cuidado

Therapeutic Residential Services in the city of Rio de Janeiro: an analysis of the structure and process of care

Luciana de Medeiros Lacôrte Soares¹, Paulo Roberto Fagundes da Silva²

DOI: 10.1590/0103-11042019S708

RESUMO O objetivo do artigo foi analisar a estrutura e o processo de cuidado nos Serviços Residenciais Terapêuticos existentes no município do Rio de Janeiro. Trata-se de um estudo transversal que se concentrou na coleta de informações primárias por meio de instrumento estruturado. A pesquisa foi realizada em todos os dispositivos em funcionamento no mês de dezembro de 2016. No Rio de Janeiro, as Residências Terapêuticas recebem essencialmente pacientes egressos de internações psiquiátricas de longa permanência (94,3%), com grande oferta de vagas em dispositivos com presença de equipe nas 24 horas do dia (63,8%). Foi constatado que parte significativa dos moradores apresentava baixa frequência nas atividades assistenciais dos Centros de Atenção Psicossocial (48,7%). O cuidado interno nos dispositivos residenciais aponta para uma modelagem com forte entrelaçamento entre a moradia e as ações de reabilitação psicossocial. A baixa rotatividade de usuários mostra uma tendência para constituição de serviços com cuidado de longo prazo, o que deve ser levado em conta na manutenção e na expansão do programa no intuito de planejar serviços efetivos. Os resultados apontam que as bolsas de apoio à desinstitucionalização e, principalmente, a renda contínua aferida mediante o Benefício de Prestação Continuada são vitais para a sustentabilidade do programa.

PALAVRAS-CHAVE Desinstitucionalização. Saúde mental. Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasil.

ABSTRACT This paper aims to analyze the structure and the process of care in the existing Therapeutic Residential Services for people with mental health problems in the city of Rio de Janeiro. This is a cross-sectional study focused on the collection of primary information through a structured instrument. The research was conducted in all facilities operating in December 2016. In Rio de Janeiro, Therapeutic Residences receive mainly long-stay patients from mental hospitals (94.3%), with a large number of vacancies in devices with a 24-hours daily presence of staff (63.8%). A significant part of dwellers had a low frequency in the care activities of the Psychosocial Care Centers (48.7%). The internal care in the residential facilities points to a model with strong interweaving between housing and the psychosocial rehabilitation actions. The low turnover of users shows a trend towards the establishment of services with long-term care, which should be taken into account in the maintenance and expansion of the program to plan effective services. The results show that grants to support deinstitutionalization, and mainly the income received from the Continuous Cash Benefit program are vital to the program's sustainability.

¹Secretaria Municipal de Saúde – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
lucianas_medeiros@hotmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

KEYWORDS Deinstitutionalization. Mental health care. Residential facilities. Brazil.



Introdução

A partir da década de 1950, diversos países têm implementado políticas de saúde mental baseadas no elemento central comum de alteração do eixo da atenção do hospital para a comunidade, caracterizando o processo denominado desinstitucionalização da assistência psiquiátrica¹. O objetivo deste artigo é analisar o funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) em saúde mental no município do Rio de Janeiro no ano de 2016 com ênfase na sua estrutura e no processo de cuidado.

Segundo Shorter², a questão-chave nos anos após a segunda guerra é a gradual inclusão da saúde mental no âmbito dos seguros sociais e no Estado de bem-estar social. Considera que é na década de 1970 que ocorre a importante inflexão em relação à desinstitucionalização, observando-se uma redução de leitos em todos os países europeus. Esse processo foi marcado pela integração do cuidado psiquiátrico com os sistemas de saúde.

Como dito, a mudança de paradigma quanto ao tratamento para pessoas com transtornos mentais produziu um deslocamento do modelo centrado em hospitais psiquiátricos para o tratamento baseado na comunidade. Entre os princípios da reforma psiquiátrica europeia, estão: 1) desinstitucionalização e fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos; 2) implantação de dispositivos comunitários; 3) integração com os demais dispositivos de saúde e 4) integração com dispositivos sociais e da comunidade. O processo de desinstitucionalização não se deu de maneira similar em todos os países da Europa, tendo ocorrido diferentes níveis de implementação dos serviços, mas a maior parte dos países, em especial da Europa Ocidental, dispõe de uma rede abrangente de serviços comunitários de qualidade em saúde mental³.

Entre os chamados dispositivos comunitários, encontram-se moradias com suporte clínico e social implementados para permitir que pessoas com problemas de saúde mental

possam viver em comunidade. São considerados atualmente componentes-chave permanentes de sistemas de saúde mental e gradualmente estão substituindo os hospitais psiquiátricos para o cuidado de longo prazo⁴.

As pessoas que necessitam desses serviços frequentemente têm problemas de saúde mental severos e complexos como a esquizofrenia, com dificuldades associadas que prejudicam suas habilidades de manejar o viver cotidiano. O suporte de que precisam inclui assistência para manejar medicação, cuidado pessoal e outras atividades de vida diária. Muitos têm problemas de saúde relacionados com uma combinação de dieta inadequada, falta de exercício, fumo e efeitos colaterais de psicotrópicos. A maioria não tem emprego e pode ser socialmente isolada. Podem então requerer suporte para acessar recursos comunitários e para permanecer em contato com a família e com os amigos⁵.

Embora tenham sido criados originalmente para possibilitar a alta para pacientes de longa permanência (*long-stay*) de hospitais psiquiátricos, os dispositivos residenciais, ao longo do tempo, vêm adquirindo outras funções, como a provisão de serviços de reabilitação por tempo limitado, acomodação de moradores de rua com transtornos mentais, intervenção à crise em alternativa à internação em hospitais e transição para vida independente após internações breves. Podem apresentar realidades diversas entre países ou mesmo regiões do mesmo país, diferindo em metas, regras, tamanho, localização, nível e características da equipe, tempo de permanência, características ambientais e população-alvo⁴.

No Brasil, o programa de moradias voltado para a desospitalização de pacientes com transtornos mentais em situação de longa permanência hospitalar foi implantado, enquanto política oficial do Ministério da Saúde, em 2000. O dispositivo concebido recebeu a denominação, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de SRT⁶. Por definição da portaria que os regulamentou, configuraram-se como moradias inseridas na comunidade, destinadas

a pessoas egressas de longas internações em hospitais psiquiátricos (até oito moradores por módulo), com pouco ou nenhum suporte familiar, na perspectiva da reabilitação psicossocial. Em 2011, foi publicada a Portaria nº 3.090, criando uma tipologia de Residência Terapêutica (RT): a residência tipo II destinada a usuários com maiores níveis de dependência que demandem cuidados mais intensivos, podendo acolher, no máximo, dez moradores⁷.

Seguindo as diretrizes da política nacional, a política de saúde mental do Rio de Janeiro tem apontado para uma diminuição paulatina dos leitos localizados em hospitais psiquiátricos, tendo sido promovida uma extensiva redução de leitos psiquiátricos nas últimas duas décadas. Uma parcela dos leitos extintos era ocupada por pessoas em situação de moradores de hospitais psiquiátricos (longa permanência institucional), com baixas possibilidades de alta hospitalar, sem um efetivo suporte psicossocial. O programa de RT é o principal instrumento para possibilitar seu retorno para vida comunitária. O estudo visa contribuir para o aprimoramento da política pública de saúde mental da cidade.

Metodologia

O estudo concentrou-se na coleta de informações primárias para descrever a estrutura e o processo de cuidado nas RT sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O modelo da pesquisa utilizado foi exploratório, de estudo de caso, transversal e descritivo.

A pesquisa foi realizada em todos os 80 SRT em funcionamento na cidade no mês de dezembro de 2016. Para consecução do objetivo, a coleta de dados ocorreu por meio de instrumento estruturado construído na forma de módulos: identificação da unidade; estrutura; acesso e rotatividade; cuidado em saúde mental; cuidados de saúde em geral; trabalho,

lazer e renda; cotidiano dos SRT e composição da equipe. Os instrumentos foram distribuídos para os 80 respondentes para preenchimento e posterior devolução. A opção do autopreenchimento deveu-se à grande quantidade de informações administrativas demandadas que exigiam tempo para resposta. Os entrevistados foram os profissionais denominados Acompanhantes Terapêuticos (AT), que são os técnicos de referência que cada casa possui (um por casa). São profissionais de saúde de nível superior com o trabalho voltado para a reabilitação psicossocial de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes. Além disso, exercem uma função de supervisão e organização do processo de trabalho dos cuidadores⁸.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva em ambiente SPSS 24.0. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP – Ensp) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP – SMSRJ), sendo aprovado sob o número 57805816.0.0000.5240 e 57805816.0.3001.5279 respectivamente.

Resultados e discussão

A estrutura dos Serviços Residenciais Terapêuticos

No momento da coleta de dados, existiam, na cidade do Rio de Janeiro, 80 módulos residenciais, com capacidade instalada de 464 vagas. Estavam morando nos dispositivos 439 pessoas, caracterizando uma taxa de ocupação bastante elevada de 94,6%. Das vagas, 57% eram ocupadas por homens, enquanto 43% eram de mulheres. Dos moradores, 41% estavam com idade superior a 60 anos (*tabela 1*).

Tabela 1. Perfil dos moradores e estrutura dos Serviços Residenciais Terapêuticos (N=439). Rio de Janeiro, dezembro de 2016

Descrição		Frequência	%
Nº de Moradores do sexo masculino		252	57
Nº de Moradores do sexo feminino		187	43
Nº de Moradores com idade igual ou acima de 60 anos		179	41
Nº de Moradores oriundos de longa permanência hospitalar		414	94,3
Moradores que ingressaram nos SRT nos últimos 12 meses		125	28,5
Tipologias dos SRT	Tipo I	29	36,2
	Tipo II	51	63,8
Tipo de imóvel	Casa	61	76,3
	Apartamento	19	23,7
Imóvel	Alugado	61	76,3
	Próprio	19	23,7
Credenciadas junto ao Ministério da Saúde	Sim	38	47,5
SRT fora do limite de hospitais psiquiátricos		80	100
SRT localizados em até 15 min de centros comerciais (andando)		78	97,5

Fonte: Pesquisa 'Estrutura e processo de cuidado nos Serviços Residenciais Terapêuticos da cidade do Rio de Janeiro'.

Merece destaque a quantidade de idosos que residem nos módulos residenciais, pois provavelmente vão demandar, ao longo do tempo, cuidados mais complexos. De acordo com Silva e colaboradores, a mudança de idosos institucionalizados com transtornos mentais severos do meio hospitalar para dispositivos na comunidade pode ser uma experiência particularmente difícil uma vez que, nesta população, a condição de vulnerabilidade observada em outros idosos em face das condições de saúde física e mental é agravada pelos efeitos deletérios da institucionalização, como a perda de autonomia e de habilidades para a vida diária⁹.

Entre todos os moradores, 414 (94,3%) eram oriundos de internações psiquiátricas de longa permanência, aqui entendidas como as internações de dois anos ou mais. Essa constatação define um critério de admissão bem definido e caracteriza um perfil das residências voltado quase exclusivamente para a desinstitucionalização dos moradores de hospitais psiquiátricos, não beneficiando pessoas que são portadoras de transtorno mental grave, sem histórico de longas internações psiquiátricas,

mas que demandam cuidados intensivos, inclusive de moradia. Como comenta Furtado e colaboradores, o fato de os SRT serem destinados apenas para pacientes de longa permanência negligencia parte da população atendida em Centro de Atenção Psicossocial (Caps) com necessidades de moradia e que não encontram amparo de políticas públicas e apoio sistemático que se destinem a essa questão¹⁰.

Durante os últimos 12 meses, 125 pacientes ingressaram nos SRT da cidade, representando 28,5% do total de moradores existente, sendo que 14 das RT existentes foram inauguradas em 2016. No mesmo período, ocorreram 26 óbitos, e 9 pessoas deixaram de viver nos módulos residenciais. Quando perguntado aos respondentes sobre o destino dos moradores que deixaram de viver nas RT no último ano, a resposta foi que seis mudaram para outros SRT, e três retornaram para a família.

A baixa taxa de saídas (exceto óbitos) dos SRT aponta para uma tendência para constituição de casas com cuidado de longo prazo. As casas adquirem, assim, um caráter de moradia permanente, na qual os moradores residem por tempo indeterminado, não sendo esperado

que ocorra um itinerário do usuário no sentido de *settings* de maior autonomia e para a saída autônoma para a vida em comunidade.

Fakhoury e colaboradores consideram que, para um grupo de moradores, os dispositivos residenciais podem se caracterizar como *settings* de cuidado de longo prazo, enquanto, para outros, são indispensáveis novas formas de reabilitação psicossocial que permitam a transformação dos dispositivos em locais de transição para a vida comunitária mais independente¹¹. Essa concepção se coaduna com a experiência canadense do *continuum* residencial no qual o paciente transita, a depender da complexidade de cuidado necessário, em dispositivos residenciais que vão de casas mais estruturadas até casas com menor suporte com objetivo da vida autônoma¹².

Bigelow, em estudo sobre tipologia de dispositivos residenciais para pessoas com grave sofrimento psíquico na Inglaterra, pontua que uma parte significativa dos pacientes oriundos de leitos de longa permanência tem potencial para rápida recuperação se houver provisão de serviços de reabilitação suficientemente intensivos, incluindo a modalidade *way-station*. Este tipo de casa funciona como um modelo gradativo, no qual o objetivo é o aprendizado de habilidades para vida independente¹³.

No Brasil, o número de vagas por dispositivo é limitado em 8 para residências do tipo 1 e em 12 para residências do tipo 2 por normatização do Ministério da Saúde. A média de vagas por moradia nos dispositivos residenciais do Rio de Janeiro era de 5,8. Espera-se que um baixo quantitativo de moradores por moradia possibilite um acompanhamento mais individual e aumente a possibilidade da adoção de um ambiente menos institucionalizado. Trieman aponta que, em ambientes com menor número de moradores, há mais chances de haver construção de laços entre eles e maior cooperativismo, uma vez que um *setting* menor favorece a troca entre os pares¹⁴. Na Itália, o

parâmetro da capacidade de moradores por casa é mais elástico, chegando a um limite de 20 pessoas por moradia¹⁵.

Analizando a estrutura dos SRT, em relação à tipologia dos dispositivos residenciais, 51 (63,8%) eram módulos de tipo II, com cuidados intensivos nas 24 horas do dia (com presença de equipe); e 29 (36,2%), de tipo I, com acompanhamento flexível da equipe nas casas – em um período variável que chega até 12 horas por dia.

A presença de equipe nos módulos pode conferir um caráter mais institucional às moradias e, muitas vezes, contrasta com a opinião dos usuários, pois existem evidências da sua preferência por modelos mais independentes de morar, em casas normais com suporte domiciliar mais flexível, valorizando independência e privacidade, a viver permanentemente com a presença da equipe. Muitas vezes, esse desejo entra em conflito com a opinião das equipes de cuidado e familiares que tendem a optar por opções mais estruturadas, com acompanhamento mais intenso¹⁶.

Os dispositivos estavam predominantemente distribuídos em casas (73,6%) na modalidade de aluguel (73,6%). O programa de RT da Secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro se dá por meio de um contrato de gestão com instituição não governamental que é responsável pelo aluguel das residências.

As casas estavam localizadas fora de hospitais psiquiátricos e quase todas próximas a áreas urbanizadas, o que é importante para favorecer a integração social. Entre as RT existentes, 38 das 80 casas estavam credenciadas no Ministério da Saúde, havendo transferências financeiras regulares de recursos por parte da União para 47,5% dos módulos residenciais, acarretando sobrecarga financeira para a instância municipal. Quanto à estrutura física, a média de cômodos era de 3,6 quartos por SRT; e a média de quartos por morador era de 0,6. Em relação a banheiros, a média é de 1,96 banheiro por casa (0,4 por morador). As experiências subjetivas dos usuários podem ser influenciadas por uma gama de fatores,

como, por exemplo, as características do serviço, relações com o *staff*, a intensidade e a natureza do suporte. Em adição a esses fatores, deve ser incluída a estrutura física do ambiente que pode ser um componente a afetar positivamente a qualidade do cuidado¹⁷.

O processo de cuidado

No Rio de Janeiro, os 160 bairros existentes são agrupados pela Secretaria Municipal de Saúde em dez Áreas Programáticas (AP): 1.0 (Centro e adjacências), 2.1 (Zona Sul), 2.2 (Grande Tijuca), 3.1 (Região da Leopoldina), 3.2 (Grande Méier), 3.3 (Região de Madureira e adjacências), 4.0 (Região de Jacarepaguá e adjacências), 5.1 (Região de Bangu e adjacências), 5.2 (Região de Campo Grande e adjacências), 5.3 (Região de Santa Cruz e adjacências)¹⁸.

A AP 4.0, que engloba os bairros de Jacarepaguá e Barra da Tijuca, concentra quase 50% das SRT, com 39 moradias dentro do seu território de abrangência. Essa região de saúde possui uma especificidade em função da localização do Instituto Municipal Juliano Moreira (IMJM), que vem desenvolvendo um programa residencial de

desinstitucionalização, desde 2000, voltado para sua própria clientela internada e para pacientes oriundos de alguns hospitais psiquiátricos com leitos contratados pelo SUS que foram sendo descredenciados ao longo do tempo. Seguido da AP 4.0, a AP 3.2 aparecia como a segunda área com maior número de SRT (10), justificando-se por ser a região da cidade no qual o Instituto Municipal de Assistência à Saúde (Imas) Nise da Silveira está sediado, que, de forma análoga ao IMJM, era um hospital psiquiátrico de grande porte, que vem desenvolvendo programas de desinstitucionalização há vários anos.

Sobre o processo de implantação das RT na cidade do Rio de Janeiro, a primeira RT foi implantada em 1998, vinculada ao Instituto Municipal Phillipine Pinel, na época ainda sob gestão federal. A partir de 2000, com as RT já normatizadas pelo Ministério da Saúde, mais dispositivos residenciais foram paulatinamente sendo implantados. Após um triênio de baixa implantação (2008-2010), verifica-se uma forte expansão do programa nos últimos seis anos, correspondendo a quase 69% das unidades implantadas, conforme apresentado na *tabela 2*.

Tabela 2. Serviços Residenciais Terapêuticos por ano de implantação. Rio de Janeiro, dezembro de 2016

Anos de implantação	Frequência	%
Entre 1998 e 2007	19	23,75
Entre 2008 e 2010	6	7,5
Entre 2011 e 2013	23	28,75
Entre 2014 e 2016	32	40
Total	80	100

Fonte: Pesquisa 'Estrutura e processo de cuidado nos Serviços Residenciais Terapêuticos da cidade do Rio de Janeiro'.

Quanto à organização do processo de cuidado em saúde mental, todas as RT da cidade são vinculadas institucionalmente aos Caps. É esperado que os eles sejam os dispositivos de cuidado e acompanhamento

psicossocial dos moradores das RT. Equipe de segmento é a denominação adotada na Secretaria Municipal de Saúde para designar a equipe dos Caps que realiza o acompanhamento nos SRT e faz a gestão dos casos no território.

Diferencia-se assim da equipe localizada nos Caps e que oferecem outras modalidades de atenção. É composta por um coordenador, um Acompanhante Terapêutico (AT), cuidadores e técnicos de enfermagem – estes últimos para os módulos de tipo II. A equipe é responsável pela oferta de suporte diário, privilegiando o cuidado nas casas; e espera-se que funcionem como recurso para construção do laço social dos pacientes em processo de desinstitucionalização e configurem como ponto de integração de recursos comunitários para os projetos de reabilitação psicossocial^{8,19}.

Observou-se uma forte concentração de RTS vinculadas a poucos Caps: dois Caps da AP 4 (Arthur Bispo do Rosário e o Manuel de Barros) eram responsáveis pelo acompanhamento de quase metade dos módulos residenciais – 23 (28%) e 16 (20%) do total das equipes, respectivamente. O Caps Clarice Lispector era responsável por 8 SRT (10%), e os demais SRT eram distribuídos em 14 Caps, em número que variava de 1 a 4 RT por Caps.

Conforme esperado, 425 (96,8%) dos moradores das RT estavam matriculados nos Caps. Dos moradores, 166 (37,8%) frequentavam o serviço semanalmente; e 59 (13,4%), quinzenalmente. Já 214 (48,7%) moradores compareciam ao Caps mensalmente ou mais esporadicamente. Havia uma parcela de moradores que comparecia aos serviços menos do que trimestralmente, caracterizando um cuidado com características pouco intensivas. Quatorze moradores não frequentavam os serviços.

Essa situação aponta para a relevância das equipes de segmento como estratégia assistencial. Quando perguntado aos respondentes quais ações de atenção psicossocial aconteciam nos SRT, empreendidas pela equipe de cuidadores, AT e técnicos de enfermagem (equipes de segmento), foi respondido que o lazer, a apropriação da casa e do território por parte dos moradores, a construção de autonomia e autocuidado são as ações mais frequentes. Pode-se considerar que existe um trabalho de reabilitação psicossocial interno aos dispositivos residenciais (realizado no próprio

âmbito das casas). Essa modelagem pode ser incluída na tipologia proposta por Nelson e colaboradores de *supportive housing*, em que existe o entrelaçamento entre moradia e a reabilitação psicossocial²⁰.

A baixa presença dos moradores das RT da cidade do Rio de Janeiro nas atividades de cuidado dos Caps pode ser comparada com uma situação similar na Inglaterra que mostra que, entre todos os pacientes que moram em módulos residenciais, somente metade frequenta centros de tratamento em saúde mental. Um dos argumentos que explicam esse fenômeno é o fato de esses pacientes realizarem atividades de reabilitação por meio das equipes dos módulos residenciais, não demandando o tratamento oferecido pela equipe de atenção comunitária em saúde mental. Os autores advertem que esse arranjo pode não refletir uma reabilitação ativa e pode contribuir pouco para a melhoria da autonomia dos pacientes²¹.

Em relação ao acompanhamento técnico dos moradores, 42 (52,5%) dos módulos realizavam reuniões sistemáticas para discussão de casos; e 47(58,8%) dos usuários possuíam Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Esses dois indicadores foram instituídos como referência para avaliação da qualidade da atenção. Esses achados podem apontar para uma baixa integração na condução clínica e dão indícios de um possível problema na qualidade do acompanhamento realizado pelo Caps. Por definição de Boccardo e colegas, o PTS é um plano cuja estratégia de cuidado é organizar, por meio de ações articuladas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e definida a partir da singularidade do indivíduo, um processo de atenção psicossocial contínuo que viabilize a produção de autonomia, protagonismo e inclusão social dos usuários²².

Na *tabela 3*, observa-se que, entre todos os moradores, 316 (72,0%) tinham o diagnóstico de esquizofrenia. A literatura aponta que, como no caso do Rio de Janeiro, a esquizofrenia é o diagnóstico preponderante entre os moradores de dispositivos residenciais, como observado

nas casas inglesas, italianas e dinamarquesas^{21,23,24}. Para Thornicroft e Tansella, um dos achados mais importantes da epidemiologia da esquizofrenia é a proporção de pacientes que sofrem com níveis moderado e grave de incapacidades (*disabilities*) nas esferas pessoais,

domésticas, familiares e do trabalho. O serviço de saúde mental deve estar implicado em disponibilizar uma gama de intervenções integradas e de longo prazo, tanto para prevenção da agudização do quadro quanto para minimizar as incapacidades provocadas pelo transtorno²⁵.

Tabela 3. Cuidado em saúde mental dispensado aos moradores das Residências Terapêuticas. Rio de Janeiro, dezembro de 2016

Descrição	Frequência	%
Nº de moradores com diagnóstico de esquizofrenia	316	72,0
Nº de moradores em uso de psicoativos	406	92,5
Nº de moradores em uso de três ou mais psicoativos	306	69,7
Nº de moradores em uso de medicação antipsicótica	340	77,4
Nº de moradores sem atendimento no Caps por médico psiquiatra há 3 ou mais meses	142	32,6
Nº de moradores em atendimento psicoterápico individual	106	24,1
Nº de moradores que frequentavam oficinas terapêuticas	147	33,7

Fonte: Pesquisa 'Estrutura e processo de cuidado nos Serviços Residenciais Terapêuticos da cidade do Rio de Janeiro'.

Em relação às modalidades de cuidado em saúde mental oferecidas aos moradores das RT da cidade, a intervenção farmacológica era a mais prevalente: 406 (92,5%) moradores faziam uso de medicação psicoativa, sendo que 306 (69,7%) faziam uso de três ou mais psicotrópicos; e 340 (77,4%) faziam uso de medicação antipsicótica. Apesar do uso extensivo de psicofármacos, 142 (32,6%) moradores estavam sem atendimento médico psiquiátrico por mais de três meses.

A literatura internacional denomina o uso de duas ou mais medicações psicoativas usadas para o tratamento de um mesmo indivíduo ou para a mesma condição diagnóstica ou sintomatológica de polifarmácia²⁶. Tomasi e colegas, em estudo sobre prescrição de psicotrópicos em dispositivos residenciais italianos, referem que a média de usos de psicotrópicos é de 2,7 (mediana 3) por morador. Os autores apontam que a polimedicação é comum e que as diretrizes internacionais para a prescrição de medicações para a esquizofrenia não

recomendam uso associado de antipsicóticos. Ao contrário, a monoterapia está associada a benefícios para o estado clínico geral. O uso de múltiplos psicotrópicos está associado ao aumento de efeitos adversos e à diminuição da taxa de sobrevivência. Concluem que o padrão de prescrição nas casas apresenta alta taxa de uso associado de múltiplas medicações, com variações nos padrões de prescrição e relação fraca entre o diagnóstico e a prescrição²⁷.

Segundo as conclusões de um estudo de revisão sistemática, publicado em 2013, as evidências de efetividade da utilização polifarmacária com antipsicóticos emanada de ensaios clínicos são inconsistentes, mas a terapia é associada a uma gama de efeitos indesejáveis e à baixa aderência ao tratamento. Referem que todas as diretrizes clínicas para a esquizofrenia recomendam a monoterapia e sugerem o uso da polifarmacária como último recurso²⁸.

Sobre outras intervenções técnicas, 106 moradores (24,1%) recebiam atendimento psicoterápico individual, e 147 (33,7%)

participavam de oficinas terapêuticas, sendo esta a principal modalidade de acompanhamento não medicamentoso oferecida pelo Caps aos moradores das RT. Quando perguntado quais oficinas terapêuticas eram mais frequentadas pelos moradores, foram citadas as atividades de música, expressão corporal, atividades manuais e de esportes e lazer. Oficina terapêutica é um termo genérico que abrange um conjunto de atividades heterogêneas dentro de uma perspectiva de atenção psicossocial. Segundo Ribeiro e colaboradores²⁹, as oficinas podem ser caracterizadas como atividades grupais que se destinam à socialização de familiares e

usuários, expressão de emoções e sentimentos e desenvolvimento de autonomia e habilidades.

Quanto aos mecanismos de suporte econômico à desinstitucionalização, a maioria dos moradores se beneficiava de bolsas e políticas de transferência de renda, sendo que 331 (75,4%) recebiam o Benefício da Prestação Continuada (BPC), 159 (36,2%) recebiam a bolsa incentivo para acompanhamento e integração fora de unidade hospitalar (Bolsa Rio), prevista pela Lei municipal nº 3.400/2002, 31 (7,1%) recorriam ao Auxílio-Reabilitação psicossocial do Programa de Volta para Casa (PVC) e 50 (11,4%) recebiam aposentadorias

Tabela 4. Benefícios e bolsas recebidas por moradores das Residências Terapêuticas. Rio de Janeiro, dezembro de 2016

Descrição	Frequência	%
Nº de moradores com que recebem BPC	331	75,4
Nº de moradores que recebem Bolsa Rio	159	36,2
Nº de moradores que recebem PVC	31	7,1
Nº de moradores que recebem aposentadorias	21	4,8
Nº de moradores que recebem outro tipo de benefício	29	6,6

Fonte: Pesquisa 'Estrutura e processo de cuidado nos Serviços Residenciais Terapêuticos da cidade do Rio de Janeiro'.

ou outros benefícios (*tabela 4*).

O BPC é um direito constitucional vinculado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), sendo operacionalizado pelo Instituto Nacional da Previdência Social. Foi instituído para transferir renda para pessoas idosas e com deficiência e integra a proteção social básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social. Como critério de elegibilidade, a renda familiar per capita deve ser comprovadamente inferior a um quarto do salário mínimo³⁰.

Uma das explicações possíveis para a baixa adesão ao PVC é valor do auxílio, uma vez que a bolsa municipal paga um salário-mínimo, enquanto o PVC paga R\$ 412,00. Diferentemente

do BPC, a bolsa municipal e bolsa federal não são cumulativas entre si. Já para a bolsa municipal, é necessário que o sujeito solicitante tenha sido institucionalizado até o ano de 2000 e com, pelo menos, três anos ininterruptos de internação em hospital psiquiátrico³¹. Muitos moradores já não possuem direito a essa renda em função de institucionalização mais recente. Já para o PVC, o critério atual de seleção é a internação psiquiátrica por 2 anos³².

Considerações finais

No Rio de Janeiro, o programa de SRT se encontrava em forte expansão (principalmente no período de 2011 a 2016), apontando para

um notável esforço da instância municipal em sua implantação. Sua destinação era essencialmente para propiciar convívio comunitário e acompanhamento psicossocial para pessoas com transtornos mentais graves que se encontravam anteriormente institucionalizados em hospitais psiquiátricos.

A característica do programa é de cuidado de longo termo. As altas se dão particularmente por óbitos. Gestores devem levar esse dado em conta na manutenção e expansão do programa no intuito de planejar serviços efetivos. Os resultados apontam que as bolsas e, principalmente, a renda contínua aferida por intermédio do BPC são vitais para a sustentabilidade do programa.

A estrutura física do SRT era bastante satisfatória, e a qualidade das instalações pode influir positivamente na qualidade do cuidado. A média de pessoas que vivia por casa era pequena quando comparada a outros países, bem como em relação aos tetos estabelecidos pelas diretrizes do Ministério da Saúde. Uma casa composta por poucos moradores pode ser uma experiência exitosa para o processo de desinstitucionalização, uma vez que remonta mais proximamente o convívio e o cotidiano de um lar. O impacto econômico de casas com poucos moradores na sustentabilidade de programas de maior escala deve ser objeto de pesquisas adicionais.

Chama atenção que uma parte significativa dos moradores dos SRT não frequentava os Caps de maneira regular, estava sem Projeto terapêutico singular e sem que seus casos fossem alvo de discussão clínica sistemática. Esses são dados que apontam para fragilidades na implantação no programa das RT. Um dos motivos pode estar relacionado com a forte concentração de módulos residenciais em poucos Caps. Enquanto um serviço atendia a mais de 20 SRT, existiam outros que atendiam a apenas um, o que provavelmente gera sobrecarga para as equipes dos Caps,

comprometendo a capacidade dos serviços no acompanhamento dos moradores.

Outra questão que merece atenção adicional é o manejo da medicação psiquiátrica no âmbito das RT. Os resultados do estudo apontam que as RT no município do Rio de Janeiro eram ambientes altamente medicados – 406 moradores faziam uso regular de psicotrópicos. Logo, a medicação tinha um papel central na intervenção em saúde mental para a população estudada. Ressalte-se que quase um terço dos usuários não era acompanhado regularmente por médicos psiquiatras e que quase metade dos moradores tinha baixa frequência nos Caps.

Por fim, conclui-se que os SRT no Rio de Janeiro eram dispositivos de cuidado intensivo dos pacientes, com processo de reabilitação psicossocial propiciado pelas equipes dos módulos residenciais das moradias e com grande oferta de vagas nas 24 horas do dia, o que garante a provisão de cuidados para aqueles pacientes que demandam cuidados mais complexos. Por outro lado, interessa avaliar se esse processo é suficiente para uma reabilitação ativa e melhoria de autonomia ou se existe uma fragilidade em relação ao trabalho de reabilitação psicossocial que as equipes de atenção comunitária sediadas nos Caps conseguem oferecer. Um futuro desafio para os programas residenciais está relacionado com sua ampliação para novos grupos de pessoas portadoras de transtornos mentais além dos que estiveram internados em hospitais psiquiátricos por longos períodos.

Colaboradores

Soares LML (0000-0003-4051-560X)*, Silva PRF (0000-0003-0811-4080)* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Desviat M. La Reforma Psiquiatrica. Madrid: Ediciones Dor; 1994.
2. Shorter E. The historical development of mental health services in Europe. In: Knapp M, McDaid D, Mossialos E, et al., organizadores. Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care. Maidenhead, Berkshire; New York, NY: Open University Press; 2007.
3. Amadeo F, Becker F, Fioritti A, et al. Reforms in community care: the balance between hospital and community-based mental health care. In: Knapp M, McDaid D, Mossialos E, et al., organizadores. Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care. Maidenhead (UK): Open University Press; 2007. p. 235-249.
4. Barbato A, Civenti G, D'Avanzo B. Community residential facilities in mental health services: A ten-year comparison in Lombardy. *Health Policy*. 2017; 121(6):623-628.
5. Holloway F. The forgotten need for rehabilitation in contemporary mental health services. London: Royal College of Psychiatrists; 2005.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. *Diário Oficial da União*, 11 Fev 2000.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos sejam definidos em tipo I e II. *Diário Oficial da União*, 23 Dez 2011.
8. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Processo seletivo SMS 002/2015. *Diário Oficial do Município*, 19 Jun 2015. p. 64-80
9. Silva PRF, Carvalho MCA, Cavalcanti MT, et al. Desinstitucionalização de pacientes de longa permanência de um hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(7):2341-2352.
10. Furtado JP. Subsídios para a diversificação de moradias destinadas a pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma revisão. *Interface* (Botucatu). 2013;17(46):635-47.
11. Fakhoury WKH, Priebe S, Quraishi M. Goals of new long-stay patients in supported housing: a UK Study. *Int J Psychiatry*. 2005; 51(1):45-54.
12. Piatti M, Sabetti J. Residential housing for persons with serious mental illness: the fifty year experience with foster homes in Canada. In: Stone JH, Blouin M, editores. International Encyclopedia of Rehabilitation, 2010.
13. Bigelow DA. Supportive homes for life versus treatment way-station: An introduction to TAPS Project 41. *Com Ment Heal*. 1998; 34(4):403-407.
14. Trieman N. Residential Care for the mentally ill in the community. In: Leff JP, editor. Care in the community: illusion or reality? Chichester: Wiley; 1997. p. 51-67.
15. Santone G, Girolamo G, Fallon I, et al. The process of care in residential facilities: a national survey in Italy. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2005; 40:540-550.
16. Shepherd G, Macpherson R. Residencial Care. In: Thornicroft G, Szmukler G, Mueser KT, et al. Organizadores. Oxford Textbook of community mental health. New York: Oxford University Press; 2011.
17. Krotofil J, McPherson P, Killaspy H. Service user experiences of specialist mental health supported accommodation: A systematic review of qualitative studies and narrative synthesis. *Health Soc Care Community*. 2018; 26(6):787-800.
18. Soranz D, Pinto LF. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(5):1327-1338.

19. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde, Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência, Superintendência de Saúde Mental. As Residências Terapêuticas no Município do Rio de Janeiro: habitando a casa, a cidade e a vida. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2014.
20. Nelson G. Housing for people with serious mental illness: approaches, evidence, and transformative change. *Journal of sociology and social welfare*. 2010; 37(4):123-146.
21. Priebe S, Saidi M, Want A, et al. Housing services for people with mental disorder in England: patient characteristics, care provision and costs. *Soc Psychiat Epidemiol*. 2009; 44:805-814.
22. Boccardo ACS, Zane FC, Rodrigues S, et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2011; 22(1):85-92.
23. Santone G, Girolamo G, Fallon I, et al. The process of care in residential facilities: a national survey in Italy. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2005; 40:540-550.
24. Nordenof M, Perdersen MG, Perdersen CB, et al. The new asylums in the community: severely ill psychiatric patients living in psychiatric supported housing facilities. A Danish register-based study of prognostic factors, use of psychiatric services, and mortality. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012; 47:1251-1261.
25. Thornicroft G, Tansella M. The implications of epidemiology for service planning in schizophrenia. In: Murray RM, Jones PB, Susser E, et al., organizadores. *The epidemiology of schizophrenia*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003. p. 411-426.
26. Protection & Advocacy Service, Inc., Investigations units. Psychiatric polypharmacy: a word of caution. Oakland (CA). 2004. [acesso em 2019 nov 24]. Disponível em: <https://www.disabilityrightsca.org/system/files/file-attachments/702001.pdf>.
27. Tomasi R, Gilloamo G, Santone G, et al. The prescription of psychotropic drug in psychiatric residential facilities a national survey in Italy. *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 113(3):212-223.
28. Hideaki T, Hiroyuki U, Takefumi S, et al. Interventions to reduce antipsychotic polypharmacy: A systematic review. *Schizophrenia Research*. 2013; 143(1):215-220.
29. Ribeiro LA, Sala ALB, Oliveira AGB. As oficinas terapêuticas nos Centros de Atenção Psicossocial. REME. 2008; 12(4):516-522.
30. Costa NR, Marcelini MA, Duarte CMR, et al. Proteção social e pessoas com deficiência no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(10):3037-3047.
31. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Lei nº 3.400, de 17 de maio de 2002. Cria a bolsa incentivo a desinstitucionalização. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro. 17 de maio de 2002.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Volta para casa Condições para se beneficiar: Quem pode se beneficiar. [acesso em 2019 mar 12]. Disponível em: <http://portalsms.saude.gov.br/acoess-e-programas/programa-de-volta-para-casa/condicoes-para-ser-um-beneficiario>.

Recebido em 21/03/2019
Aprovado em 24/09/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve