



Serviços Residenciais Terapêuticos como instrumentos de mudança na saúde mental

The Sheltered Homes as instruments of change in the mental health care

Marcos Aurélio FONSÊCA*

Resumo: Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são uma importante estratégia de inclusão de pessoas com transtornos mentais na cidade. Nas últimas décadas, no Brasil, tem sido estimulada a criação desses serviços como forma de concretizar os ideais do movimento da Reforma Psiquiátrica, cuja contestação ao modelo asilar representado pelo hospital psiquiátrico implicou no surgimento dos serviços substitutivos. A partir de 60 entrevistas, este estudo discutiu a implementação dos SRT em Belo Horizonte e problematizou as interações sociais entre os vizinhos e os moradores dessas casas e suas percepções sobre os transtornos mentais. Concluiu-se que esse serviço tem extrema relevância e que os atores envolvidos devem promover a integração dos moradores com a vizinhança. Além disso, o ritmo de instalação dos SRT é lento e insuficiente, se considerada a necessidade e sua potência terapêutica.

Palavras-chave: Serviço Residencial Terapêutico. Reforma Psiquiátrica. Interação Social. Vizinhança. Cidade.

Abstract: Sheltered Homes (Therapeutical Home Services - SRT in Portuguese) are an important part of the city's strategy to include people with mental disorders. These services have been stimulated in the last decades in Brazil, as a way of achieving the ideals of the Psychiatric Reform movement. This movement has been countering the asylum model represented by psychiatric hospitals and requires the emergence of alternative services. Based on 60 interviews, this study assesses the SRTs' implementation in Belo Horizonte and discusses the social interaction between the residents of these houses and their neighbors. We conclude that this service is extremely important and that the actors involved must encourage the integration of residents with their neighborhood. The pace of implementation of SRTs' has been slow and insufficient, given their necessity and therapeutical power.

Keywords: Sheltered Homes. Psychiatric Reform. Social Interaction. Neighborhood. City.

Submetido em: 19/7/2018. Revisado em: 2 e 23/11/2018 e 21/12/2018. Aceito em: 21/12/2018.

1 INTRODUÇÃO

Durante mais de dois séculos, as pessoas com transtornos mentais tiveram um destino comum: o hospital psiquiátrico. Essa poderosa instituição teve papel definitivo na exclusão e usurpação da cidadania das pessoas que desviavam daquilo que as diversas sociedades entendiam como normalidade. No mundo ocidental, especialmente na Europa, o modelo hospitalocêntrico manteve-se hegemônico até que as primeiras críticas surgissem e outras

* Terapeuta Ocupacional e Administrador. Mestre em Sociologia. Professor do Departamento de Terapia Ocupacional, da EEEFTO, da Universidade Federal de Minas Gerais. (UFMG, Belo Horizonte, Brasil). Av. Pres. Antônio Carlos, 6627, Campus - Pampulha, Belo Horizonte (MG) CEP.: 31270-901. ORCID ID: <<http://orcid.org/0000-0003-2453-2792>>. E-mail: <mfonseca@ufmg.br>.

 © A(s) Autora(s)/O(s) Autor(es). 2018 **Acesso Aberto** Esta obra está licenciada sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR), que permite copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato, bem como adaptar, transformar e criar a partir deste material para qualquer fim, mesmo que comercial. O licenciante não pode revogar estes direitos desde que você respeite os termos da licença.

propostas de assistência começassem a ser formuladas. No Brasil, a fundação do primeiro manicômio (como seria mais conhecido o hospital psiquiátrico), o Hospital Pedro II, no Rio de Janeiro, data de 1852. No final do século XX, após várias experiências de contestação do modelo hegemônico ocorridas em diversos países, tiveram início as ações de desospitalização e de desinstitucionalização no Brasil, com o repercussões do movimento nomeado como Reforma Psiquiátrica (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI (2001); CADERNOS DO IPUB (2006); FERRO (2009)).

Ao se consolidar na década de 1980, o movimento deflagrado no final da década anterior, que passou a ser reconhecido como Reforma Psiquiátrica, contou com a participação de outros profissionais além dos médicos psiquiatras (AMARANTE, 1995, 1998). A organização social provocou mudanças importantes, mas seria crucial que as mudanças propostas fossem garantidas pelo aparato legal. Depois de aprovado na Câmara dos Deputados e de permanecer em um debate interminável no Senado Federal, finalmente, o projeto se transformou na Lei Federal 10.216, de 06 de abril de 2001, depois de mais de dez anos de expectativa dos usuários e trabalhadores em saúde mental (BRASIL, 2001).

Nas últimas três décadas, o país está instituindo o que veio a ser nomeada de Rede de Atenção Psicossocial (Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011), que abrange os serviços 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 (SUS)”. O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em 1987, na cidade de São Paulo. A partir de então, outros continuaram sendo criados em várias cidades do país. Concomitante a eles, foram inaugurados centros de convivência e cultura, hospitais-dia, oficinas terapêuticas, serviços ambulatoriais, cooperativas de trabalho e, mais recentemente, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), cuja regulamentação será apresentada a seguir, além das Unidades de Acolhimento (UA), conforme Portaria GM/MS nº 121, de 25 de janeiro de 2012.

Em todas as modalidades de serviços substitutivos, agora entendidos como Rede, estimulou-se a busca da colaboração de associações civis, usuários e voluntários sociais. O novo modelo de reabilitação (PITTA, 1996)¹ procurava “desenvolver habilidades que permitam ao usuário melhorar seu manejo do cotidiano e sua competência, tornando-o menos vulnerável. A reabilitação atua nas três áreas que compõem a vida de um indivíduo: trabalho, descanso e lazer” (DESVIAT, 1999, p. 95). Por isso, era de extrema importância que se constituíssem serviços e práticas voltadas ao pleno exercício da sociabilidade pelas pessoas com transtornos mentais.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, que instituiu os Serviços Residenciais Terapêuticos, há a noção clara de que esse serviço compõe a rede de assistência e precisa estar referenciado aos demais serviços, devendo trabalhar para promover a inserção do indivíduo na comunidade. Ainda segundo esta Portaria inaugural, o número de moradores em cada SRT poderia variar de um a oito (máximo) pessoas, o que foi ampliado

¹ Nesse momento histórico, o que, de certa forma, perdura até os dias atuais, ainda havia um grande contingente de pessoas egressas dos manicômios, daí a manutenção do termo reabilitação, que também denota a recuperação de habilidades perdidas.

para 10 pessoas atualmente, e estes deveriam sempre contar com o suporte de alguns profissionais, sob a coordenação de um técnico de saúde mental de nível superior², para promover a reabilitação psicossocial dos moradores, inclusive facilitando a inserção na comunidade, a partir das demandas e necessidades de cada um. Esta Portaria foi alterada pela Portaria GM/MS nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, que “dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)”. De acordo com a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências, os SRT são definidos da seguinte forma:

Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) moradias inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência, prioritariamente egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia, que não possuam suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção.

Nota-se que, ainda que as alterações pareçam sutis, a redefinição do serviço, após quase duas décadas, a preocupação com casos “novos” foi admitida, pois atenderiam de forma prioritária, mas não exclusiva, os egressos de internações de longa permanência e inclui, ainda, os egressos de hospitais de custódia. Há, ainda, o Anexo 4 do Anexo V da Portaria de Consolidação no 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017, que reelabora a definição de SRT, ao estabelecer as diretrizes para o funcionamento do serviço.

Entende-se por SRT um local destinado exclusivamente ao morar e o que justifica o uso da palavra “terapêutico” para designar este serviço é o seu papel fundamental dentro de um projeto de reabilitação psicossocial, considerando-se o seu caráter de proteção mínima, já que mantém um coordenador/referência, originário da rede de assistência, e outros profissionais, a partir de projetos terapêuticos (FRANCO; CORNELIS, 2015).

A criação dos SRT no Brasil não se refere apenas à restauração de uma dívida social, mas também se efetiva como um elemento concreto de respeito aos direitos humanos e civis. Para Weyler (2006),

A abertura de casas para pessoas tomadas como loucas e que passaram por inúmeras internações psiquiátricas traz, no cerne de sua proposta, implicações que tangem, sobretudo, à questão dos direitos civis sociais e políticos desse segmento da população. (...) A problemática dos direitos sociais está presente nas contínuas transformações da cidade. É nela que se constrói e se garante a identidade do cidadão e de sua história pessoal e coletiva, pois nada há de pessoal que não conserve as marcas do que o antecedeu. (WEYLER, 2006, p. 116)

² A composição da equipe que atua em um SRT varia de acordo com as necessidades dos moradores. Geralmente, não são muitos profissionais; além do coordenador, são comuns “cuidadores” e/ou pessoas encarregadas da rotina doméstica.

Este estudo teve a intenção de apresentar e discutir a implantação dos SRT como instrumento de mudança na concepção de saúde mental, tomando como referência a experiência de Belo Horizonte. Para tanto, foi utilizada parte dos resultados de uma pesquisa realizada pelo autor, em 2008, cujo objetivo geral foi compreender como a presença das pessoas com transtornos mentais era percebida pelos vizinhos e como se dava a convivência, desde a instalação do SRT naquele território. Nesta pesquisa foram investigadas as percepções dos vizinhos dos primeiros serviços implantados na cidade quanto às interações com os moradores dos SRT. Com a finalidade de discutir a evolução histórica da implantação deste tipo de serviço e de elaborar proposições, os resultados da pesquisa foram complementados com dados sobre a continuidade da constituição desses serviços na cidade, considerando o período da última década. Em última análise, este artigo teve como objetivo contribuir para o debate sobre a relevância do seguimento da implantação deste serviço na Rede e do fortalecimento dos SRT como potente instrumento terapêutico na cidade de Belo Horizonte e em todas as outras do país.

2 Desenvolvimento

Neste estudo, foi investigado o percurso de implantação dos SRT na cidade de Belo Horizonte, que teve início no final dos anos 1990, primeiro com uma experiência da iniciativa privada, da qual este autor participou efetivamente, e, logo a seguir, com a implantação dos serviços públicos. Em direção à mudança concreta para a construção de novos territórios para a loucura, a partir de 1999, começa a ser planejada, pela Coordenação de Saúde Mental, em Belo Horizonte, a criação dos primeiros SRT da rede pública, tendo como referência experiências de outras cidades e a já citada na iniciativa privada. Foram estabelecidas parcerias com entidades civis para viabilizar o Programa de Desospitalização Psiquiátrica (PDP) – instituído oficialmente através da portaria SMSA/SUS-BH nº 054/2000, de 29 de dezembro de 2000 – com o objetivo de cadastrar, avaliar e propor assistência adequada a 638 pessoas internadas há mais de um ano em hospitais psiquiátricos da cidade – públicos e conveniados – e que poderiam ser tratadas fora do ambiente manicomial (BELO HORIZONTE, 2000).

2.1 Métodos

Este artigo foi originário dos resultados da pesquisa intitulada “Percepções da vizinhança sobre as interações sociais com os moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) na cidade de Belo Horizonte”, realizada em 2008, em Belo Horizonte, Minas Gerais, quando foi feita a coleta dos dados primários, através de uma amostragem não probabilística e intencional, da seguinte forma: foram realizadas entrevistas, com adesão voluntária, com os vizinhos mais diretamente ligados aos cinco primeiros SRT públicos de Belo Horizonte – nos bairros Concórdia, Carlos Prates (que contava com 2 unidades), Padre Eustáquio e Pedro II – e do SRT privado - Moradia Protegida Nossa Casa, em funcionamento no bairro Santa Tereza. À época da pesquisa, existiam dez serviços públicos e apenas um serviço privado em Belo Horizonte. Portanto, foram pesquisadas metade dos primeiros e a totalidade no segundo caso. Justificou-se a escolha destes seis serviços a partir do maior tempo de funcionamento de cada um deles em relação aos demais, já que seriam aqueles nos quais provavelmente teriam ocorrido mais oportunidades de interações sociais. Foi utilizada a

estratégia quali-quantitativa, de natureza exploratória, baseando-se diretamente no objetivo geral, que foi compreender como a presença das pessoas com transtornos mentais era percebida pelos vizinhos e como se dava a convivência, desde a instalação do SRT naquele território. O projeto de pesquisa foi apresentado ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais e, tendo cumprido todas as exigências, foi aprovado (PARECER N° ETIC 484/07, de 30 de outubro de 2007), bem como o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas foram realizadas usando uma amostra por conveniência, que foi determinada geograficamente, com 60 vizinhos (10 para cada serviço) cujos imóveis estivessem localizadas na mesma rua, em três quarteirões seguidos, tomando-se o do SRT como centro, ou, ainda nos dois quarteirões (direita e esquerda) das ruas perpendiculares. Foram critérios de inclusão: tempo mínimo de residência ou trabalho de seis meses e ser maior de 18 anos. O instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário semiestruturado desenvolvido pelo pesquisador.

As 27 perguntas foram agrupadas em 6 eixos, a saber: I) Percepção sobre o bairro; II) Organização social e comunitária; III) Percepção sobre o Serviço Residencial Terapêutico; IV) Percepção sobre as novas concepções dos transtornos mentais; V) Dados pessoais e socioeconômicos; e VI) Usos e ocupação do solo. As perguntas foram agrupadas a partir dos objetivos e dos referenciais teóricos que balizaram a pesquisa, partindo da concepção geral de cada vizinho sobre o território, a vizinhança, a convivência, o SRT e a percepção sobre interação com pessoas com transtornos mentais e o morador de um SRT. Os dados para traçar o perfil dos entrevistados foram coletados pelas últimas perguntas.

A escolha dos instrumentos de análise foi feita da seguinte forma: (I) para as questões fechadas do questionário, basicamente foi dado o tratamento descritivo estatístico, com o uso de software adequado (SPSS), buscando-se em seguida a associação estatística dos dados, com a apresentação dos resultados em quadros e tabelas; (II) para as questões abertas, o discurso individual foi transcrito através de análise de conteúdo por categorias, que foram estabelecidas a posteriori.

Posteriormente ao desenvolvimento da pesquisa, o autor acompanhou a implantação dos demais SRT na cidade, e realizou, para complementar a discussão apresentada neste artigo, a análise documental relativa à continuidade da implementação da Política de Saúde Mental e da desospitalização, decorrente do fechamento das instituições asilares remanescentes na cidade de Belo Horizonte, no período de 2000 a 2018.

2.2 Resultados

Na pesquisa, foram entrevistados 40 mulheres e 20 homens, com idade média de 45,17 anos (com desvio padrão de 18,152), tendo o entrevistado mais novo 20 e o mais velho 88 anos. Quanto à escolaridade, o grupo era bastante heterogêneo, com a média tendendo para cima, sendo que o maior percentual (45%) possuía segundo grau completo; do total dos entrevistados, 70% tinham até o segundo grau completo e os 30% restantes tinham nível superior ou acima. Em relação à renda familiar mensal, a média tendia para inferior, com quase a metade dos entrevistados (48,3%) respondendo ser de até cinco salários mínimos.

Dos sessenta endereços pesquisados, quarenta e seis tinham uso residencial (76,7% do total), doze (20% do total) tinham uso comercial e apenas dois tinham uso múltiplo. Os dados sócio demográficos e de uso e ocupação compunham o eixos V e VI da pesquisa.

Com as perguntas dos eixos I e II do questionário, buscou-se identificar as percepções das pessoas sobre o bairro em que vivem e sobre a organização social e comunitária naquela região. A convivência entre as pessoas no bairro foi considerada boa ou muito boa pela maioria dos entrevistados. Quanto à pergunta “Como você descreveria a convivência entre as pessoas no seu bairro?”, os resultados foram os seguintes (Tabela 1):

Tabela 1 - Convivência entre as pessoas no bairro

Convivência	n	Percentual Válido	Percentual Cumulativo
Muito boa	15	25,0	25,0
Boa	28	46,7	71,7
Nem boa, nem ruim	17	28,3	100,0
Total	60	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa.

Ao serem perguntados com que frequência os vizinhos conversavam com os moradores do serviço (Tabela 2), apenas 7 pessoas (11,7%) conversavam com frequência com os moradores e 16 pessoas (26,7%) nunca conversavam. Apesar da convivência no bairro ter sido apresentada positivamente pelos entrevistados, era baixa a frequência de conversas com os moradores do SRT.

Tabela 2 - Frequência com que você conversa com os moradores do SRT

Frequência	n	Percentual Válido	Percentual Cumulativo
Frequentemente	7	11,7	11,7
Às vezes	6	10,0	21,7
Raramente	9	15,0	36,7
Nunca	16	26,7	63,3
Não se aplica	22	36,7	100,0
Total	60	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa.

No eixo III da pesquisa, buscou-se identificar as percepções dos entrevistados a respeito do SRT instalado na região e quanto ao relacionamento que essas pessoas tinham com os moradores daquele serviço. Sobre conhecer os moradores do SRT, a grande maioria dos entrevistados disse que não (76,7%), o que correspondia a 46 pessoas, 13,3% dos entrevistados disseram que sim (8 pessoas) e seis pessoas (10%) não souberam responder. Então, foi perguntado aos que responderam não a essa pergunta, a sua opinião sobre o porquê desta atitude dos vizinhos frente aos moradores do SRT, apresentando-se cinco alternativas e uma sexta alternativa para *outras opiniões*, apresentadas na Tabela 3:

Tabela 3 - Motivos dos vizinhos para não conhecer os moradores do SRT

Motivos	n	Percentua l Válido	Percentual Cumulativ o
Ainda não deu tempo de conhecerem os moradores do SRT	1	1,7	1,7
As pessoas não têm interesse	18	30,0	31,7
Os moradores do SRT são vistos como estranhos	11	18,3	50,0
Os moradores do SRT são vistos como perigosos	4	6,7	56,7
Outras opiniões	15	25,0	81,7
Não se aplica	11	18,3	100,0
Total	60	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto às percepções dos entrevistados a respeito do SRT instalado na região e quanto ao relacionamento que essas pessoas mantinham com os moradores daquele serviço, verificou-se que havia muitas queixas quanto à instalação dos serviços nos bairros, mas também puderam ser vislumbradas inúmeras manifestações de solidariedade. Foi recorrente a sugestão de maior esclarecimento à vizinhança sobre o que é o SRT. Os vizinhos alegaram que a prefeitura e a coordenação não informaram sobre o funcionamento do serviço e que são *fechados* ao contato com os vizinhos.

No eixo IV, pretendia-se identificar as percepções dos entrevistados sobre as novas concepções dos transtornos mentais. Ao responderem sobre este tema, com a pergunta: “Qual sua opinião sobre a convivência entre as pessoas com problemas mentais e as demais pessoas da comunidade?”, 75% escolheram uma das alternativas, a saber: para 45% (27 pessoas), a convivência “é semelhante à convivência com as demais pessoas”; para 18,3% (11 pessoas), a convivência “é um pouco difícil, mas é suportável”; para 11,7% (7 pessoas), a convivência “é muito difícil e, por isso, essas pessoas devem ser cuidadas por outras pessoas”; nenhum entrevistado concordou com a quarta opinião “é tão difícil que essas pessoas precisam ser separadas das outras”.

Ao serem perguntados sobre “quais atitudes poderiam melhorar o relacionamento dos moradores do SRT com seus vizinhos?”, a partir da análise do discurso, foram categorizadas conforme o quadro a seguir:

Quadro 1 - Atitudes para melhorar o relacionamento dos moradores do SRT com seus vizinhos

Categoria	Atitude sugerida
Da coordenação do serviço	<p>“o pessoal que trabalha na casa é fechado, não abrem as portas ao público e, por isso, as pessoas não têm contato” (ENTREVISTADO 29);</p> <p>“dar mais abertura para o contato. Não se sabe quem são, é sempre fechado. Apenas um morador busca contato” (ENTREVISTADO 6);</p> <p>“eles não poderiam tomar atitude porque são deficientes mentais; o serviço é que deveria tomar atitude; é um engana-bobo” (ENTREVISTADO 9);</p> <p>“a coordenação deve dar mais acesso aos vizinhos para conhecerem os moradores” (ENTREVISTADO 40).</p>
Do comportamento dos moradores	<p>“eles tiram a roupa, jogam coisas na rua, se beijam na varanda; no bairro moram pessoas conservadoras que não entendem isso” (ENTREVISTADO 7);</p>

	<p>“os moradores deveriam sair mais de casa; só vão à padaria, não têm contato com a vizinhança” (ENTREVISTADO 6);</p> <p>“diminuição do barulho” (ENTREVISTADO 21);</p> <p>“deve haver maior interesse dos moradores para interagir com os vizinhos” (ENTREVISTADO 18);</p> <p>“depende deles (os moradores); não sei se eles gostariam de ser visitados”;</p> <p>“vai muito da pessoa” (ENTREVISTADO 39).</p> <p>“Falta uma abertura maior; poderiam se mais amistosos; eles não procuram contato com os vizinhos” (ENTREVISTADO 2).</p>
Do funcionamento do serviço	<p>“ficam sempre muito presos. Não têm convivência. Talvez, proporcionar algum encontro, maior comunicação” (ENTREVISTADO 18);</p> <p>“a prefeitura poderia explicar à comunidade o que é e como funciona o SRT” (ENTREVISTADO 25);</p> <p>“a rua (vizinhos) poderia ter recebido informações (uma cartilha) e ter um telefone para se comunicar nas emergências” (ENTREVISTADO 57);</p> <p>“informar as pessoas, principalmente os vizinhos, sobre o que é o SRT” (ENTREVISTADO 33);</p> <p>“acho que se todos se informassem sobre o que é o SRT, tudo ficaria mais fácil e melhor” (ENTREVISTADO 35).</p>
Do comportamento dos vizinhos	<p>“o pessoal da rua deve participar mais, com mais solidariedade” (ENTREVISTADO 2);</p> <p>“conhecer e se envolver para saber como ajudar” (ENTREVISTADO 26);</p> <p>“os vizinhos devem procurá-los mais, pois precisam de ajuda, são carentes” (ENTREVISTADO 46);</p> <p>“as pessoas deveriam se interessar em conhecer estes moradores e conviver mais com eles” (ENTREVISTADO 5);</p> <p>“procurar saber se precisam de alguma coisa; conversar mais e aumentar o contato” (ENTREVISTADO 28).</p>
Das ações de aproximação	<p>“fazer uma festa de confraternização e convidar os vizinhos para conhecer os moradores” (ENTREVISTADO 23);</p> <p>“o proprietário do imóvel poderia ter apresentado aos demais vizinhos os novos inquilinos” (ENTREVISTADO 55);</p> <p>“deveriam apresentá-los à comunidade” (ENTREVISTADO 22);</p> <p>“poderiam promover festas no bairro para que todos interagissem e se conhecessem” (ENTREVISTADO 5);</p> <p>“talvez se eles andassem mais pela vizinhança, as pessoas os conheceriam”;</p> <p>“um programa que falasse e explicasse quem são eles” (ENTREVISTADO 23);</p> <p>“um trabalho de conscientização para que as pessoas sejam mais solidárias; não foi feito um trabalho com a vizinhança” (ENTREVISTADO 11).</p>
Da resistência ao contato	<p>“não tem nada para ser feito. Acho que deveriam tirá-los daqui” (ENTREVISTADO 35);</p> <p>“tirando-os daqui, pois acho super errado estas pessoas conviverem entre nós” (ENTREVISTADO 15);</p> <p>“não sei dizer; não gosto deles por aqui” (ENTREVISTADO 59).</p>

Fonte: Dados da pesquisa.

Foram analisadas, ainda, as respostas dos dez entrevistados em cada bairro separadamente. Quanto à pergunta “você conhece o SRT que funciona no seu bairro?” foi identificado que os dois serviços do bairro Carlos Prates eram os mais conhecidos pelos vizinhos (o SRT Teófilo Otoni era conhecido por 90% e o SRT Serpentina por 80% dos entrevistados), enquanto o SRT Concórdia era o menos conhecido (por apenas 20% dos entrevistados). Utilizando-se o teste estatístico Kruskal Wallis Test, verificou-se que, com intervalo de confiança igual a

0,95 e nível de significância igual a 0,05, há diferença significativa (0,029) a respeito do conhecimento do SRT entre os bairros pesquisados.

Sobre conhecer os moradores dos SRT, 50% (5 pessoas) dos entrevistados nos bairros Pedro II, Padre Eustáquio e Santa Tereza disseram que sim. No bairro Concórdia, somente 20% dos vizinhos conheciam os moradores do SRT (os mesmos que conheciam o serviço). Utilizando-se o teste estatístico Kruskal Wallis Test, verificou-se que, com intervalo de confiança igual a 0,95 e nível de significância igual a 0,05, não há diferença significativa (0,205) a respeito do conhecimento dos moradores do SRT entre os bairros pesquisados.

De modo complementar, foi realizada uma pesquisa documental cujo objetivo foi descrever a continuidade do processo de implantação dos SRT em Belo Horizonte, durante a última década. A continuidade da implantação dos serviços tem sido motivada especialmente pelo fechamento de instituições que abrigavam as pessoas que eram classificadas como “asilares” ou “crônicos”, ou seja, internados por um período mínimo de dois anos. Por pressão legal, da mobilização dos trabalhadores ou de grupos da sociedade civil, o poder público foi impelido a dar continuidade ao processo. Atualmente, são 33 SRT em funcionamento na cidade, com uma média de 9 a 11 moradores em cada um deles, abrigando cerca de 270 pessoas (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018). O crescimento do número de serviços não está sendo balizado por um plano sistematizado de favorecimento da inclusão social dos moradores na cidade.

Nos últimos anos, tem havido a preocupação de manter e ampliar a Rede de saúde mental em Belo Horizonte. No caso dos SRT, a estratégia tem sido a instituição de parcerias com organizações do terceiro setor para a gestão e contratação de pessoal, inclusive estagiários que atuam junto aos moradores dos serviços. De acordo com o relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, em 2015, “Houve uma maior organização e estruturação do processo de acompanhamento das SRT, com ampliação de 100% da carga horária dos supervisores das casas e a definição de três profissionais para fazer o gerenciamento mais próximo do processo de trabalho das SRT”. E, além disso, os gestores têm investido na qualificação dos coordenadores e cuidadores dos serviços.

Para o Ministério da Saúde, no Brasil, em 2018, há 489 SRT habilitados (tipos I e II), sendo que 317 desses (64,83%) estão localizados na região Sudeste do país. Ainda há estados sem nenhum ou apenas um equipamento deste tipo. Essa distribuição desigual se repete para os demais serviços substitutivos. Ainda segundo o Ministério da Saúde, “apenas no ano de 2018, foram habilitados 108 CAPS, 92 SRT, 140 Leitos em Hospitais Gerais e 03 Unidades de Acolhimento. Nos dois últimos anos, o Ministério da Saúde criou cerca de 40% de todos os SRT existentes no país” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Mesmo que os esforços para fortalecer a Rede e ofertar os serviços à sociedade estejam ocorrendo, o “passivo” da área de saúde mental ainda é enorme e os investimentos não seguem a progressão linear adequada à superação da insuficiência da Rede.

3.1 Discussão

A partir das respostas ao questionário, ficaram transparentes as relações de vizinhança que são estabelecidas nos diferentes bairros e, por conseguinte, com os moradores dos SRT. De

modo geral, verificou-se que os serviços instalados no bairro Carlos Prates (Teófilo Otoni e Serpentina) eram os mais conhecidos e os moradores eram percebidos como acessíveis a conversas por 60% e 30% dos entrevistados, respectivamente; por outro lado, os vizinhos não procuravam contato com os moradores do SRT nesse bairro (70% e 90%, respectivamente). O bairro Pedro II demonstrou ser, a partir dos dados coletados, onde os índices eram mais favoráveis à interação social dentre os pesquisados; também no bairro Pedro II o índice de desinteresse dos vizinhos para conhecimento dos moradores do SRT foi menor. Najar e Peres (2007) recuperaram as escolas sociológicas para explicar o modo de vida urbano e remeteram a uma das possíveis explicações para o desinteresse nas interações sociais dos habitantes das grandes cidades, considerando que “diante da intensificação dos contatos e estímulos plurais e diferenciados, o indivíduo se distanciaria – por não ser capaz de lidar adequadamente com eles - adotando uma postura de indiferença ou de contatos “efêmeros”, que Simmel denominou de *blasé*” (NAJAR e PERES, 2007, p.677).

Confirmando-se a hipótese de pesquisa, verificou-se que há bairros mais ‘amistosos’ para receber as diferenças e essa ‘predisposição’ tem origem nos modos gerais de conviver dos habitantes do bairro. Em nenhum dos bairros pesquisados foi percebido, através dos dados, grandes distâncias sociais entre os habitantes, mas pôde-se comprovar que a reabilitação psicossocial não é dependente somente da aproximação física dos excluídos à cidade, mas sim da promoção de ações para a aproximação das pessoas. Guerra (2004), em um profícuo artigo sobre os paradigmas da reabilitação psicossocial no Brasil, conclui, a partir da prática em curso, alinhada aos ideais da Reforma Psiquiátrica, que:

Contando ou prescindindo da rede de cuidados, ainda que sem um formato ou modelo definido *a priori*, temos construído uma prática polimorfa que acompanha o traçado da história do sujeito, considerando sua inserção na vida social e cultural junto aos contextos locais por onde circula (GUERRA, 2004, P.94)

A análise dos resultados da pesquisa demonstrou que processo de implantação dos SRT poderia incluir as informações sobre como se dão as interações entre os moradores do bairro. O fato de o serviço ser conhecido pelos vizinhos não indicou necessariamente o mesmo nível de conhecimento dos seus moradores, nem maior interesse em conhecê-los. Do total de entrevistados que disse conhecer os moradores do SRT, o maior percentual (26,7%) afirmou que nunca conversava com eles e somente 11,7% conversavam frequentemente.

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que a equipe responsável por cada SRT, em especial o (a) coordenador (a), deveria promover ações de aproximação dos moradores com seus vizinhos e vice-versa. Apostando-se que a imagem dos moradores é positiva para seus vizinhos, conforme suas respostas seria plausível imaginar que os resultados da aproximação serão produtivos, no sentido de promover o compartilhamento de espaços, a sociabilidade e a personalização das relações, de modo que as contribuições de cada morador sejam percebidas e incluídas naquele contexto particular.

3 Conclusões

Ao pensarmos sobre a criação de um serviço na comunidade, devemos admitir que as interações sociais precisam ser provocadas, em um momento inicial, nos encontros mais constantes e intensos com os novos vizinhos. Pelos resultados desta pesquisa, algumas estratégias simples, mas significativas, poderiam ser incluídas na qualificação das ações definidas pelos gestores públicos e profissionais da saúde mental para o funcionamento dos SRT. Ainda que não houvesse diferenças sociais expressivas entre os diferentes bairros pesquisados, foi demonstrado que há bairros mais receptivos que outros, como é o caso do bairro Pedro II. Por outro lado, concluiu-se que a desinformação e a falta de diálogo afetavam sensivelmente o desenvolvimento do projeto. Vários entrevistados se dispuseram a ajudar e um bom percentual já se comunicava com os moradores, mas uma enorme parcela desconhecia o trabalho desenvolvido nos SRT.

Não seria defensável que um serviço substitutivo, sustentado pelos princípios da Reabilitação Psicossocial, reproduzisse a lógica veementemente combatida. Amorim e Dimenstein (2009) realizaram um estudo aprofundado em relação à participação dos moradores do SRT, em Natal (RN), nas atividades da Rede e do CAPS e destacaram a preocupação com a “institucionalização do CAPS”, que poderia ser estendida a qualquer outro serviço substitutivo, incluindo o SRT. O indicativo de que algo está errado para as autoras está contido na afirmação de que “A cada dia aumenta o número de usuários que frequentam o CAPS, forçando-nos a questionar como construir outros projetos de vida que não dependam dos serviços e como escapar das práticas tutelares sem desassistir, bem como criar fluxos de encaminhamentos, como criar efetivamente uma rede de assistência” (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009, p.197). Neste sentido, é mister discutir a lógica institucional reproduzida no SRT, ou seja, se ela se compromete com a abertura para a vida comunitária e urbana, ou se reproduz a lógica da segregação das pessoas em lugares fechados.

A Prefeitura de Belo Horizonte poderia elaborar estratégias para ‘acolhimento’ dos moradores pela vizinhança, atentando-se para a necessidade de não reforçar o preconceito frente à diferença. Em relação ao desconhecimento dos entrevistados sobre a Reforma Psiquiátrica e as novas formas de assistência propostas, pode-se creditar esta situação a diversos fatores, mas certamente não esquivar-se de que há muito trabalho de informação a ser feito e que o discurso reformista precisa sair do âmbito dos profissionais, usuários e familiares da saúde mental para atingir toda a sociedade.

Como foi constatado pela continuidade da pesquisa, não foram implementadas ações de aproximação ou interação entre os moradores dos SRT e seus vizinhos durante a abertura das demais unidades, ao longo dos anos e não foram encontrados registros de desenvolvimento de estratégias de interação social dos moradores com outras pessoas para além dos outros usuários e dos profissionais das equipes dos demais serviços de saúde do município. As ações de qualificação dos profissionais poderiam englobar orientações nesse sentido. Um outro aspecto relevante identificado nesta pesquisa, que poderá subsidiar futuras pesquisas, diz respeito à potência terapêutica desses serviços no caso das pessoas que não passaram por longos períodos de internação; por definição, como foi visto, os SRT “configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização” (Anexo 4 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017) e foram

criados para viabilizar a desospitalização, mas são indicados também para pessoas que, por exemplo, vivenciam a convivência familiar como o núcleo do sofrimento, tenham laços familiares e sociais frágeis ou inexistentes ou não estejam em condições de assumir temporariamente as suas vidas de forma autônoma.

Para além das contribuições ao debate sobre a consolidação da RAPS e mesmo do movimento da Reforma Psiquiátrica no país, o presente estudo apresentou como principais limitações o fato de ter se concentrado na perspectiva dos vizinhos dos SRT e não ter incluído as perspectivas dos moradores e/ou dos representantes institucionais do município, além de ter se concentrado na área geográfica mais próxima do serviço, admitindo somente as interações sociais mais imediatas. Em estudos futuros, o território a ser considerado poderia ser expandido, assim como ampliada a investigação dos deslocamentos dos moradores na cidade.

4 Referências

AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, Paulo (Coord.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. rev. Ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMORIM, Ana K. M. A.; DIMENSTEIN, Magda. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 195-204, 2009.

BELO HORIZONTE (Prefeitura). Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**. Belo Horizonte, 2015.

BELO HORIZONTE (Município). Portaria SMSA/SUS-BH nº 054/2000, de 29 de dezembro de 2000. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 29 dez. 2000.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 10216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 7 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas**. Brasília (DF), 18 maio 2018. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 19 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 21 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 121. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de

Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF), 25 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF), 23 dez. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.090. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 23 dez. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no sus: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: relatório de Gestão 2003-2006**. Brasília (DF), 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 246 de 17 de fevereiro de 2005. Destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 2000.

CADERNOS DO IPUB, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, n. 22, nov./dez. 2006. (Tema: Desinstitucionalização: a experiência dos serviços residenciais terapêuticos).

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FERRO, Luís F. Trabalho territorial em hospitais psiquiátricos: construindo no presente um futuro sem manicômios. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 29, n. 4, p. 752-767, 2009.

FONSÊCA, Marcos Aurélio. Serviços residenciais terapêuticos: quando compartilhar espaços e estimular a solidariedade tornam-se estratégias terapêuticas. **Revista PROPEC do Instituto de Arquitetos do Brasil**, Belo Horizonte: IAB, ano 1, n. 1, jul./dez. 2004.

FRANCO, Renato F.; CORNELIS, Johannes V. S. Desinstitucionalização psiquiátrica: do confinamento ao habitar na cidade de Belo Horizonte. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte: ABRAPSO, v. 27, n. 2, p. 312-321, 2015.

GUERRA, Andréa M. C. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 83-96, jun.2004.

NAJAR, Alberto L.; PERES, Fábio F. A divisão social da cidade e a promoção da saúde: a importância de novas informações e níveis de decupagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 675-682, 2007.

PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

RIBEIRO NETO, P. M., AVELLAR, L. Z., TRISTÃO, K. G. Convivência social com moradores de residências terapêuticas. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte: ABRAPSO, n. 29, e152335, 2017.

ROTELLI, F., LEONARDIS, O. de ; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In F. Nicácio (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SALLES, Mariana M.; BARROS, Sônia. Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. **Acta Paul Enfermagem**, São Paulo: UNIFESP, v. 22, n. 1, p. 11-16, 2009.

SILVA, Danielle S.; AZEVEDO, Dulcian M. As novas práticas em saúde mental e o trabalho no serviço residencial terapêutico. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, (impressa), v. 15, n. 3, p. 602-609, jul./set.2011.

SIMMEL, G. As grandes cidades e a vida do espírito (1903). **Mana**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 577-591, 2005.

VIDAL, Carlos Eduardo L.; VIDAL, Leandra M. de V. M.; FASSHEBER, Vanessa B. Residência Terapêutica: uma nova modalidade de cuidados em saúde mental - a experiência de Barbacena. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, n. 22, p. 155-161, nov./dez. 2006. (Tema: Desinstitucionalização: a experiência dos serviços residenciais terapêuticos).

WEYLER, Audrey Rossi. As transformações no relacionamento entre o louco e a cidade: do desenraizamento ao morar. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, n. 22, p. 155-161, nov./dez. 2006. (Tema: Desinstitucionalização: a experiência dos serviços residenciais terapêuticos).

Marcos Aurélio FONSÊCA

Possui graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de Minas Gerais (1996) e em Administração pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2005). Atualmente é professor do curso de graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais. Nesta área, atua com ênfase em Saúde Mental, principalmente nos seguintes temas: Saúde Mental e Desempenho Ocupacional de adultos, adolescentes e crianças, Reabilitação Psicossocial, Acompanhamento Terapêutico e Serviço Residencial Terapêutico. É sub-coordenador dos ambulatórios do setor de Terapia Ocupacional no Complexo Hospital das Clínicas/UFMG e tutor do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto Raul Soares. É Diretor Geral do Hospital Cristiano Machado, na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Em Administração, atua com Gestão em Saúde, Gestão de Pessoas, Gestão do Conhecimento, Gestão da Qualidade e Empreendedorismo. É especialista e mantém educação permanente nas áreas em que atua.
