

**Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo  
Cruz**



**Mestrado Profissionalizante - Turma SAS - 2002/03**

**Maria Cristina Costa de Arrochela Lobo**

***Serviços Residenciais Terapêuticos no  
Estado do Rio de Janeiro:  
Um diagnóstico inicial***

***Orientadora:***

***Profª Drª Vera Lúcia Edais Pepe***

***Co-orientadora:***

***Profª Drª Maria Paula Cerqueira  
Gomes***

*Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde, do Programa de Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/MS.*

**Abril/2004**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
FIOCRUZ**

---

**SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS NO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO:  
UM DIAGNÓSTICO INICIAL**

**Maria Cristina Costa de Arrochela Lobo**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde, do Programa de Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/MS.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vera Lúcia Edais Pepe  
Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Paula Cerqueira Gomes

Brasília  
2004

## SUMÁRIO:

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>1. A REFORMA PSIQUIÁTRICA .....</b>	<b>15</b>
1.1. A REFORMA PSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL .....	15
1.2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA .....	17
1.3. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	20
1.3. SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO .....	28
<b>2. SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS .....</b>	<b>34</b>
2.1 BREVE HISTÓRICO .....	34
2.2 CONCEITO .....	35
2.3 NORMATIZAÇÃO.....	40
2.4 CLIENTELA .....	43
<b>3. OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>48</b>
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	48
<b>4. METODOLOGIA .....</b>	<b>49</b>
4.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....	49
4.2 INSTRUMENTO DE COLETA .....	50
4.3 UNIVERSO DE ESTUDO .....	55
4.4 ORGANIZAÇÃO, SELEÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	56
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>57</b>
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>90</b>
<b>7. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>102</b>
<b>8. ANEXOS .....</b>	<b>107</b>
8.1 ANEXO 1 - MODELO DO QUESTIONÁRIO APLICADO NA PESQUISA.....	107
8.2 ANEXO 2 - MANUAL DE ORIENTAÇÕES .....	113
8.3 ANEXO 3 - RELAÇÃO DOS SRTS EM FUNCIONAMENTO NO RIO DE JANEIRO EM DEZEMBRO DE 2003.....	121

## **LISTA DE QUADROS**

- Quadro 1 - Rede de atenção hospitalar e extra-hospitalar no estado do Rio de Janeiro, ano de 2003.
- Quadro 2. Descrição das variáveis do instrumento de coleta.
- Quadro 3. Número de SRTs, segundo atividades constantes do projeto terapêutico. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Quadro 4. Critérios de seleção dos moradores para os SRTs. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Quadro 5. Dificuldades enfrentadas para a implantação dos SRTs. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Quadro 6. Dificuldades enfrentadas para o funcionamento e manutenção dos SRTs. Estado do Rio de Janeiro, 2003.

## **LISTA DE GRÁFICOS**

- Gráfico 1. Evolução comparativa entre número de leitos psiquiátricos existentes e número de CAPS no país, no período de 1996 a 2003.
- Gráfico 2. Distribuição percentual dos recursos do SUS, em reais (R\$), segundo tipo de assistência em Saúde Mental, no período de 1997 a 2003.
- Gráfico 3. Evolução da implantação dos serviços residenciais terapêuticos no Rio de Janeiro, no período de 1999 a 2003.
- Gráfico 4. Evolução do número de leitos psiquiátricos no estado do Rio de Janeiro, nos anos 1999, 2002 e 2003.
- Gráfico 5. Evolução do número de internações psiquiátricas no estado do Rio de Janeiro, no período de 1999 a 2002.
- Gráfico 6. Valor aprovado no procedimento Acompanhamento Residencial Terapêutico no SIA/SUS, por município, no período 2001-2003.
- Gráfico 7. Distribuição dos SRTs, segundo natureza da gestão. Estado do Rio de Janeiro, 2003.

- Gráfico 8. Distribuição dos SRTs, segundo cadastro no SUS. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Gráfico 9. Distribuição dos SRTs, segundo vinculação técnica da moradia. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Gráfico 10. Distribuição dos SRTs, segundo fonte de financiamento para a criação da moradia. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Gráfico 11. Distribuição dos SRTs, segundo instituição pagadora do aluguel. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Gráfico 12. Distribuição dos SRTs, segundo fonte para manutenção da moradia. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Gráfico 13. Distribuição dos SRTs, segundo existência de transferência de recursos oriundos do fechamento de leitos psiquiátricos. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Gráfico 14. Distribuição dos SRTs, segundo local de funcionamento. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Gráfico 15. Distribuição dos SRTs, segundo instituição responsável pelo abastecimento da medicação. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Gráfico 16. Distribuição dos SRTs, segundo existência de cuidadores. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Gráfico 17. Distribuição dos SRTs, segundo vínculo institucional do cuidador. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Gráfico 18. Distribuição dos moradores, segundo o sexo. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Gráfico 19. Distribuição dos SRTs, segundo o sexo dos moradores. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Gráfico 20. Distribuição percentual dos moradores, segundo faixa etária. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Gráfico 21. Distribuição percentual dos moradores, segundo origem institucional dos moradores. Estado do Rio de Janeiro, 2003.

- Gráfico 22. Distribuição dos moradores, segundo recebimento de visitas. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Gráfico 23. Distribuição dos moradores, segundo porte de documento de identidade. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Gráfico 24. Distribuição percentual dos moradores, segundo recebimento de benefício. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Gráfico 25. Distribuição dos moradores, segundo participação no Programa de Volta para a Casa. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Gráfico 26. Distribuição dos SRTs, segundo existência de projeto terapêutico escrito. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Gráfico 27. Distribuição percentual dos moradores, segundo livre circulação no último trimestre. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Gráfico 28. Distribuição dos moradores, segundo atividades regulares realizadas na casa. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Gráfico 29. Distribuição dos SRTs, segundo natureza de atividades regulares realizadas na comunidade. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Gráfico 30. Distribuição dos moradores, segundo internações psiquiátricas no último semestre. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Gráfico 31. Distribuição dos SRTs, segundo frequência nos serviços da rede local. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Gráfico 32. Distribuição dos SRTs, segundo existência de critérios de seleção de moradores. Estado do Rio de Janeiro, 2003.

## **LISTA DE TABELAS**

- Tabela 1. Número de leitos psiquiátricos, por 10.000 habitantes, segundo Unidade Federativa, nos anos de 1996 a 2001.
- Tabela 2. Distribuição de hospitais e leitos psiquiátricos, segundo Unidade Federativa e natureza jurídica. Brasil, 2002.

- Tabela 3. Rede de atenção hospitalar e extra-hospitalar no estado do Rio de Janeiro, ano de 2003.
- Tabela 4. Indicadores de gestão da política Estadual de Saúde Mental - 2001/2003. (Número de SRTs a serem implantados no período, por região).
- Tabela 5. Teto da atenção psicossocial extra-hospitalar. Estado do Rio de Janeiro - 2003.
- Tabela 6. Produção dos SRTs cadastrados no SIA/SUS, período 2001 - 2003.
- Tabela 7. Distribuição de SRTs por município, região, existência de programas de Saúde Mental, número de leitos psiquiátricos e número de SRTs. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Tabela 8. Distribuição dos SRTs, segundo tempo de funcionamento. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Tabela 9. Distribuição dos moradores, segundo sexo e SRT. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Tabela 10. Distribuição dos SRTs, segundo número de moradores. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Tabela 11. Distribuição dos moradores, segundo atividades regulares realizadas na casa. Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- Tabela 12. Quantitativo de profissionais segundo categoria profissional. Estado do Rio de Janeiro, 2003
- Tabela 13. Equipe responsável pelo acompanhamento das 29 residências. Estado do Rio de Janeiro, 2003

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>AIH</b>	Autorização de Internação Hospitalar
<b>APACOJUM</b>	Associação de Parentes e Amigos do complexo Juliano Moreira
<b>AVD</b>	Atividades de vida diária
<b>AVP</b>	Atividades de vida prática
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CID</b>	Código Internacional de Doença
<b>CRIS</b>	Centro de Reabilitação e Integração Social do Instituto Juliano Moreira
<b>CNSM</b>	Conferência Nacional de Saúde Mental
<b>CSM</b>	Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde
<b>DATASUS</b>	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
<b>FAEC</b>	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
<b>IPUB</b>	Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro
<b>LOAS</b>	Lei Orgânica da Assistência Social
<b>MTSM</b>	Movimento dos trabalhadores de Saúde Mental
<b>NAPS/CAPS</b>	Núcleo de Atenção Psicossocial/Centro de Atenção Psicossocial
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PAD</b>	Plano de Apoio à Desospitalização
<b>PNASH</b>	Programa Nacional de Assistência Hospitalar
<b>SAS/MS</b>	Secretaria de Assistência à Saúde até dezembro de 2002 e Secretaria de Atenção à Saúde a partir de 2003
<b>SES/RJ</b>	Secretaria Estadual do Rio de Janeiro
<b>SIA/SUS</b>	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
<b>SIH/SUS</b>	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde



<b>SM</b>	Saúde Mental
<b>SRT</b>	Serviço Residencial Terapêutico
<b>UFRJ</b>	Universidade Federal do Rio de Janeiro

*"Habitar não significa estar passivamente num lugar. Habitar pressupõe criar sentidos, criar relações, desdobramentos e aprofundamentos na espacialidade onde se inscreve o homem. Habitar é uma experiência de amorosidade, de afetividade".*

**Carvalho (2000:121)** citado pela autora no seu artigo *A poética da casa: a tessitura dos espaços do habitar*.

## **DEDICAÇÃO**

Ao D` Arrochela, companheiro de longas caminhadas, pelo apoio e amor incondicionais.

Ao Artur, filho querido, que soube suportar a indisponibilidade temporária da mãe com seus poucos 4 anos.

À D<sup>a</sup> Luta, minha mãe, pela sabedoria e exemplo.

## **AGRADECIMENTO**

A minha orientadora, Vera Pepe, pela capacidade de apontar caminhos, pela competência, dedicação, espírito solidário e acolhimento, essenciais para a elaboração deste trabalho.

A minha co-orientadora, Paula Cerqueira, pela valiosa e qualificada contribuição e pelo seu jeito especial de ser.

Às coordenadoras dos serviços residenciais terapêuticos do Rio de Janeiro, pela disponibilidade de contribuir com as informações necessárias para a construção do trabalho: Patrícia Albuquerque, Adriana (Carmo), Carmen Tourinho, Rosana Rodrigues, Denise dos Santos e Tânia Ferreira.

A Antonia Angulo, coordenadora da Assessoria de Políticas do Decit/MS, pela compreensão.

Às amigas e companheiras do Decit/MS, pela paciência, cuidado e apoio nesta difícil etapa, em especial Flávia Elias, Margarete Oliveira, Márcia Motta, Lillian Peters, Patrícia Melo .

Ao Alfredo Schechtman e a Ruth Glatt pelo incentivo e amizade.

Às amigas e colegas do mestrado, pelo carinho e solidariedade nesta caminhada, em especial, Sueli Rodrigues, Karla Larica e Rejane Vieira.

## **RESUMO**

A Reforma Psiquiátrica no Brasil tem como um de seus pilares a proposta de desinstitucionalização. A existência de alternativas ao hospital psiquiátrico para os indivíduos longamente institucionalizados é um dos principais e urgentes desafios e a atual política de saúde mental prevê a implantação de serviços residenciais terapêuticos (SRTs). Este estudo teve como objetivo realizar um diagnóstico dos 30 SRTs existentes no ano de 2003, em cinco municípios do estado do Rio de Janeiro. Foram consideradas as principais características destes SRTs e de seus moradores, bem como as principais dificuldades para a sua implantação e manutenção. Realizou-se um estudo descritivo, de corte transversal, baseado em informações dos gestores dos SRTs. Encontrou-se 129 moradores, a maioria (74%) do sexo masculino, na faixa etária de 50-59 anos (32,2%), egressos de internação psiquiátricas (92%), que não recebem benefícios (63%). Apenas 52% receberam visitas e 72% possuíam documento de identidade. As casas eram majoritariamente de natureza municipal (69%) não cadastradas no SUS (55%), tendo como principal fonte de recursos para a implantação e manutenção o município (62%). Apenas 16,7% tinham tempo de funcionamento inferior a 12 meses e a maioria localizava-se em bairros residenciais (72%), embora contasse com o hospital para o abastecimento da medicação (86%). A quase totalidade dos SRTs referiu possuir projeto terapêutico (90%) cujas principais atividades relatadas na casa e na comunidade foram de lazer, respectivamente 35% e 28%. No período de 6 meses, 7% dos moradores sofreram reinternações psiquiátricas. Cerca de 30% dos moradores utilizaram serviços da rede de saúde local. Critérios de seleção dos moradores foram referidos em 96% das casas e as principais dificuldades elencadas foram de ordem financeira e técnica-operacional.

## **ABSTRACT**

One of pillars of the Brazilian psychiatric reform is the process of desinstitutionalization. In this sense, the identification of alternatives for long term inpatient care is an important and urgent challenge, being in the Mental Health Policy agenda the implementation of therapeutic residential service (SRTs). This study evaluated 30 SRTs, located in five counties of Rio de Janeiro State, Brazil, in the year of 2003, focusing on their residents and own characteristics, as well as on the difficulties in their implantation and maintenance. It is a cross-sectional and descriptive study, based on information provided by SRTs managers. One hundred and twenty nine SRTs residents were identified, being the majority males, 50 to 59 years old (32,2%), formerly submitted to in-patient psychiatric care (92%), with no benefits (63%). Among them only 52% had received visitants and 72% had identification card. The SRTs were mostly municipal (69%), unregistered by the Brazilian Unified Health System (SUS) (55%), and mainly funded by municipal resources (62%). Very few had been implanted for less than a year (16,7%), and 72% were located in residential areas. However, 86% of the SRTs managers referred their dependence of the psychiatric hospital to obtain medication. Ninety percent of the SRTs were reported to have a therapeutic project, involving as main activities leisure either in the SRT (35%) or in the community (28%). In six months 7% of the SRTs residents were found to have psychiatric hospital readmissions and 30% of them used local services. Residents selection criteria were referred by 96% of the SRTs, which pointed out financial and technical-operational difficulties as their main problems

## **APRESENTAÇÃO**

A escolha do objeto de investigação está relacionada à experiência profissional acumulada durante anos como técnica da equipe da coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Essa experiência permitiu-me acompanhar o início das discussões e posterior criação de estratégias para a implantação dos serviços residenciais terapêuticos (SRTs) e concluir que o ritmo da implantação desses serviços estava abaixo das expectativas dos gestores, formuladores, profissionais e usuários da área. O cenário apresentado no período inicial de implantação dos serviços era amplamente favorável, apresentando: linha política bem definida; instrumentos legais disponibilizados; clientela potencial do serviço carecendo de uma modalidade de atenção que possibilitasse o resgate de sua vida após anos de institucionalização; vontade política expressa do gestor e das equipes, na sua maioria; e, finalmente, recursos financeiros disponíveis para a manutenção das moradias no SUS. A situação apresentada sugeria a existência de dificuldades no processo de implantação dos serviços residenciais terapêuticos no país.

Ao iniciar o mestrado profissionalizante, fruto de parceria entre o Ministério da Saúde e a Fiocruz, ficou claro ser um bom momento para lançar um olhar mais aprofundado para as questões afetas ao funcionamento dos serviços residenciais terapêuticos. O universo selecionado foi o conjunto de serviços residenciais terapêuticos em funcionamento, no período do final da década de 90 até dezembro de 2003, no estado do Rio de Janeiro.

A proposta do estudo consistiu em conhecer as características do funcionamento dos serviços residenciais terapêuticos no Rio de Janeiro, bem como de seus moradores. Optou-se por fazer um diagnóstico inicial com destaque para os aspectos relevantes para a discussão sobre a implantação dos SRTs, o que determinou o nível de aprofundamento das questões apontadas. Por outro lado, buscou-se ampliar o universo estudado para 100% dos serviços em funcionamento no estado Rio de Janeiro, envolvendo 29 das 30 existentes no estado com os seus 129 moradores.

## 1. A REFORMA PSIQUIÁTRICA

### 1.1. A REFORMA PSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL

Os primeiros sinais da reforma psiquiátrica contemporânea podem ser percebidos no período pós-guerra, momento histórico marcado pela reconstrução social e econômica, que despertou o interesse da sociedade para sentimentos tais como igualdade e solidariedade, e ampliou conseqüentemente a tolerância e a sensibilidade para com as minorias (Desviat, 1999).

Para Desviat, as nuances da reforma psiquiátrica em cada país e a definição do modelo de atenção em saúde a ser adotado tinham relação com:

*“As características sócio-políticas de cada país - e, mais concretamente, de seu sistema sanitário -, juntamente com o papel outorgado ao manicômio, iriam diferenciar os movimentos de reforma psiquiátrica. O tipo de sistema sanitário, sua forma de organização e seu grau de cobertura condicionaram o modelo adotado de atendimento de saúde e, portanto, dos serviços de saúde mental”* (Desviat, 1999:23).

A reforma psiquiátrica italiana representou uma das experiências mais significativas do movimento, e serviu de referência para vários países, inclusive o Brasil. O marco da reforma psiquiátrica italiana foi a experiência do psiquiatra Franco Basaglia e da equipe de profissionais que atuavam com ele, no interior do hospital da província italiana de Gorizia. Inicialmente, com a finalidade de humanizar o tratamento, vivenciaram a experiência de transformar a instituição em uma comunidade terapêutica, o que logo demonstrou ser insuficiente para atingir os objetivos propostos. Em seguida, Franco Basaglia e sua equipe concluíram que o melhor tratamento psiquiátrico era devolver o doente mental à sociedade e desarticular a instituição manicômio.

O movimento que tinha como principal alvo a humanização da assistência e a transformação do hospital psiquiátrico congregou adeptos da sociedade civil unidos pela posição única e radical de condenar o manicômio. Com a ampliação do movimento, surgiu a necessidade de aumentar as bases de tratamento do sofrimento psíquico para além do desmonte da estrutura hospitalar.

Nesse contexto, foi criada a Lei 180 em 1973, aprovada em 1978 (Desviat, 1999). As principais orientações dessa lei foram a proibição da construção de novos hospitais, a limitação do número de leitos psiquiátricos no hospital geral, que era o local destinado a realizar todas as internações psiquiátricas, a criação de serviços comunitários regionalizados, a proximidade entre o paciente e a equipe técnica para garantir a continuidade do tratamento, abolir o estatuto de periculosidade social do paciente psiquiátrico e garantir os direitos dos usuários.

A reforma psiquiátrica italiana contribuiu decisivamente para a revisão da atenção psiquiátrica em todo o mundo, tendo como principais características: (1) diminuição, até a extinção, do hospital, de forma gradativa; (2) criação de novos serviços concebidos como alternativa ao hospital; (3) integração entre serviços da rede de cuidados, que viabilizem a continuidade do tratamento; (4) acesso facilitado aos centros de Saúde Mental (Tansella & Williams 1987, apud Desviat, 1999).

Franco Rotelli (apud Barros, 1994:57) situa quatro eixos fundamentais para a transformação das instituições psiquiátricas italianas:

*"(...)a luta contra as atuais estruturas psiquiátricas enquanto repressivo-custodiais; a luta contra as estruturas psiquiátricas, ainda que reformadas, mas lugar de institucionalização da doença; a luta contra a institucionalização do sofrimento através da doença; e a luta contra o sofrimento como necessidade no mundo do capital e da sociedade de troca, isto é, como universo de não escolha, onde o sofrimento vem se transformando em algo mercantilizável".*

Para Amarante, a proposta de Basaglia está comprometida com um projeto mais amplo de desconstrução de componentes da loucura:

*"O projeto de transformação institucional de Basaglia é essencialmente um projeto de desconstrução/invenção no campo do conhecimento, das tecnociências, das ideologias e da função dos técnicos e intelectuais e ainda, o que estava em jogo neste cenário dizia respeito a um projeto de desinstitucionalização, de desmontagem e desconstrução de saberes/práticas/discursos comprometidos com uma objetivação da loucura e sua redução à doença. Neste sentido, desinstitucionalizar não restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e*



*saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos” (Amarante, 1998: 49).*

## **1.2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

O início do movimento de reforma psiquiátrica no Brasil ocorreu nos anos 70 e 80 e contou com a participação de vários atores da sociedade. Amarante destaca o papel do MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - como decisivo na consolidação da reforma psiquiátrica brasileira. Esse movimento tinha como objetivo representar um espaço de luta não institucional, um local de debate e encaminhamento de propostas comprometidas com as mudanças do modelo de assistência psiquiátrica vigente no país. Era composto por trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade e apresentava uma característica peculiar: estrategicamente, não contava com nenhuma vinculação institucional. Anos depois, deu origem à Articulação Nacional da Luta Antimanicomial, que atua com a participação de entidades de amigos, familiares e usuários, de forma bastante ativa, e ocupa lugar de destaque na condução do processo da reforma psiquiátrica e na defesa dos direitos dos portadores de transtornos mentais.

No início da década de 80, surgem outros movimentos, orquestrados por distintos segmentos sociais que apontam para a necessidade premente de uma reestruturação da atenção em Saúde Mental prestada no país, unidos pelo ideal comum de substituir a assistência hospitalar vigente por modalidades de atenção extra-hospitalar, diária e de base comunitária. No campo político, estava em curso, no país, depois de um longo período de silêncio e repressão política, um contagiante movimento que somava esforços de variados segmentos sociais para a recuperação da democracia. Essa onda nacional influenciou decisivamente as reformas do setor saúde e, desse contexto, emergiu a reforma sanitária. O auge do movimento ocorreu com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. A concretização desse ideário deu-se com a promulgação da nova Constituição, que proclamou a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado. Estas transformações determinaram mudanças nas diversas áreas específicas, inclusive na Saúde Mental.

Nesse contexto de mudanças, ocorreu a realização da I e da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987 e 1992, respectivamente. A primeira foi fortemente

influenciada pela VIII Conferência Nacional de Saúde, cujas principais deliberações foram a reorganização da assistência à Saúde Mental, com proposições gerais voltadas à concepção de saúde, participação popular, cidadania e interesse dos usuários. A segunda conferência debateu a atenção integral, a territorialidade, os direitos dos usuários e a terapêutica cidadã. O processo de mudança de paradigmas na atenção em Saúde Mental estava em curso, comprometido com a reestruturação de seu modelo.

Destacam-se outras influências concretas importantes, como a implantação do primeiro serviço de atenção extra-hospitalar no ano de 1982, o CAPS - (Centro de Atenção Psicossocial) Luiz Cerqueira, em São Paulo. Essa experiência foi um marco para as transformações da área e sua divulgação consistiu em importante contribuição para outros municípios, abrindo portas para a criação de novos serviços psicossociais.

Não podemos deixar de citar a importante repercussão nacional, em 1989, da intervenção da Secretaria Municipal de Santos, com o conseqüente fechamento da Casa de Saúde Anchieta, possibilitando a implantação de sistema substitutivo ao modelo manicomial, com redefinição do espaço físico e criação do NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial -, através de cooperativas, associações e instituição de residências.

Outro marco na consolidação das diretrizes da reestruturação da assistência psiquiátrica foi a realização da Conferência Regional para as Américas, em 1990, coordenada pela Organização Mundial da Saúde. Nesse evento, foi aprovada a declaração de Caracas que, entre outras diretrizes, propunha com ênfase a revisão do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico.

Do ponto de vista político e jurídico, cabe destaque para a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado - PT/MG, que, ao proibir a criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos, cumpriu importante papel de garantir, mesmo que indiretamente, a não construção de novos hospitais psiquiátricos. A Legislação específica vivenciou durante muitos anos uma lacuna do ponto de vista jurídico. Apesar do referido projeto de lei ter sido apresentado em 1989, o substitutivo, com alterações significativas em relação ao projeto original, somente foi promulgado 12 anos depois, como Lei nº 10.216. Este projeto representou um marco significativo no sentido de possibilitar a ampliação do debate público sobre a saúde mental e as suas instituições.

As principais diretrizes desse movimento de reforma psiquiátrica foram incorporadas pelo Ministério da Saúde e fazem parte da atual política nacional de Saúde Mental.

Para Amarante (2003), a nova conceituação da Reforma Psiquiátrica deverá compreendê-la enquanto processo social complexo<sup>1</sup>, articulado nas e pelas várias dimensões simultâneas e interligadas, envolvendo movimentos, atores e conflitos. As dimensões deverão ter a seguinte abrangência:

- O campo epistemológico, que se refere à produção de conhecimento e sustenta o saber/fazer médico psiquiátrico;
- a dimensão técnico-assistencial, que diz respeito ao modelo assistencial;
- a dimensão jurídico-política, que rediscute e redefine as relações sociais e civis em termos de cidadania, direitos humanos e sociais dos atores envolvidos;
- a dimensão sócio-cultural, que diz respeito ao conjunto de ações suficientemente potentes para transformar a loucura no imaginário social, modificando as relações entre sociedade e loucura.

---

<sup>1</sup>Amarante utiliza o conceito da reforma sanitária de processo de transformação estrutural desenvolvido por Sônia Fleury e colaboradores em 1989 e a noção de processo social complexo introduzido por Franco Rotelli em 1990, para desenvolver o conceito de processo social complexo, possibilitando assim, uma compreensão dinâmica e inovadora da Reforma Psiquiátrica.

### 1.3. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Para Alves (1996), no final da década de oitenta, a assistência em Saúde Mental no país apresentava custos financeiros e sociais elevados. Nesse cenário, o Ministério da Saúde elegeu como principais estratégias de ação:

- Mudar o financiamento da área de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde, SUS;
- Constituir um colegiado permanente dos coordenadores/assessores estaduais de Saúde Mental, para gerir articuladamente o processo de mudanças;
- Pactuar com a sociedade o processo de mudança definido pela II Conferência nacional de Saúde Mental;
- Assessorar o Parlamento com vistas a alterar a legislação psiquiátrica.

Para operacionalizar tais estratégias, a Secretaria de Assistência à Saúde, que abrigava a COSAM - Coordenação de Saúde Mental -, publicou duas portarias, em 1991 e 1992, que foram fundamentais na definição do modelo de atenção para a área. A Portaria 189/91 ampliou e diversificou os procedimentos das tabelas do SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares) e SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais) do SUS e a portaria 224/92 regulamentou o funcionamento dos serviços de atenção ambulatorial e hospitalar em Saúde Mental: unidade básica, centro de saúde e ambulatório, NAPS/CAPS (Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial), Hospital-dia, Serviços de urgência psiquiátrica em hospital geral, leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral e hospital especializado em psiquiatria. Na oportunidade, estabeleceu padrões mínimos para o financiamento dos serviços de Saúde Mental no Brasil, que possibilitaram a inclusão de procedimentos extra-hospitalares na tabela do SUS e induziram a criação de uma rede de atenção extra-hospitalar.

O Ministério da Saúde apresentou, em 1995, o Plano de Apoio à Desospitalização - PAD<sup>2</sup> -, que tinha como objetivo apoiar a desospitalização dos

---

<sup>2</sup> O PAD foi analisado pela Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde, que o considerou não exequível do ponto de vista legal. Atualmente, com as devidas alterações e adaptações, configura-se como uma das estratégias para a manutenção do usuário fora da instituição hospitalar, implantada com o nome de "Programa de volta para a casa", traduzido como repasse de auxílio financeiro mensal para o usuário viver na comunidade ou nos serviços residenciais terapêuticos.

usuários com longas internações psiquiátricas (consideradas como 1 ano ou mais de internação) e conceder um bônus financeiro para o usuário que saísse do hospital, entendido como criação de condições para que ele pudesse viver fora da internação .

No final da década de 90, Alves (1998) descreveu como principais diretrizes da política de Saúde Mental:

- Estabelecimento de mecanismos de financiamento das ações e serviços compatíveis com as mudanças no financiamento setorial e com o processo de descentralização em curso, com base nos preceitos da Lei Orgânica da Saúde;
- Estabelecimento de programas de caráter intersetorial para a clientela dos chamados crônicos/cativos residentes nos hospitais psiquiátricos;
- Implantação de estratégias de qualificação da assistência prestada;
- Estabelecimento de um programa de capacitação de recursos humanos, voltado para um modelo assistencial não manicomial;
- Estímulo à revisão da legislação psiquiátrica.

No início da década de 2000, o elenco de estratégias de mudança do modelo de atenção em Saúde Mental que norteia a política do Ministério da Saúde para a área tornou-se cada vez mais diversificado para dar conta da atenção para os usuários de Saúde Mental. Nesse sentido, o trabalho é direcionado para reverter o modelo de atenção hospitalocêntrico e compor uma rede de atenção de serviços comunitários e de atenção diária, com diminuição e qualificação da assistência hospitalar, com o objetivo de ofertar modalidades de serviços que acompanhem as demandas e necessidades terapêuticas dos usuários. Assim, têm sido propostos alguns dispositivos, como serviços apropriados para atender crianças, adolescentes, usuários de álcool e outras drogas e também serviços residenciais terapêuticos, que representam a possibilidade de desospitalizar usuários em condições de viver fora do ambiente hospitalar.

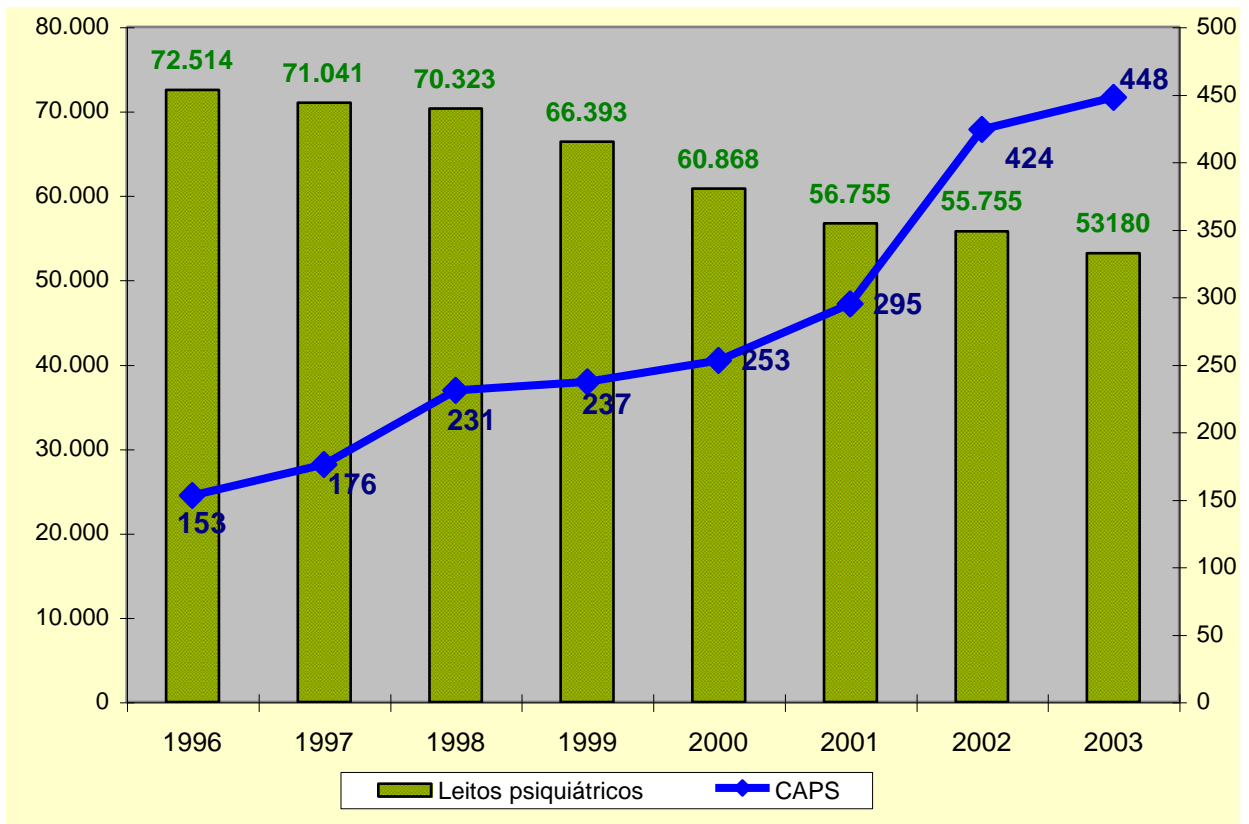
Para contextualizar o atual processo de implantação da política de Saúde Mental, foi utilizado como referência o relatório da área técnica de Saúde Mental para o período de 2001/2002 (Saúde Mental no SUS - 2001/2002). O marco político do período foi a promulgação da Lei 10.216 em abril de 2001, que caracteriza uma nova etapa no campo da Saúde Mental. Houve, nesse período, uma significativa expansão dos serviços extra-hospitalares, favorecida por atos normativos do Ministério da Saúde. A

publicação das portarias GM 336/02 e SAS 189/02 propiciou a expansão dos CAPS, com a criação de cinco modalidades distintas, hierarquizadas e territorializadas, tendo em vista responder à capacidade operacional e às especificidades dos usuários. Todos os serviços CAPS em funcionamento na rede SUS foram recadastrados, readequados às novas modalidades e inseridos na tabela de procedimentos do SIA/SUS como procedimentos estratégicos financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC.

No período de 1996 a 2003, houve um considerável aumento do número de CAPS implantados no País: dos 153 existentes em 1996, chegou-se a 448 no ano de 2003 (DATASUS/MS, 2003 - Coordenação de Saúde Mental/MS). Verifica-se, a partir do DATASUS/MS e CSM/MS, que em 1996 existiam 72.514 leitos psiquiátricos e 153 CAPS e, em 2003, 53.180 leitos e 448 CAPS, representando uma diminuição de 19.334 leitos e aumento de 225 CAPS (Gráfico 1). A rede de atenção possui, segundo dados do PNASH, 54.946 leitos psiquiátricos, dos quais 80% são leitos privados.

Na distribuição de leitos por unidade federada, o estado com maior número de leitos psiquiátricos é São Paulo (29,4%), seguido pelo Rio de Janeiro (17,6%), Paraná (8,4%) e Minas Gerais (8,0%) (Tabela 2). Na distribuição de leitos psiquiátricos por 10.000 habitantes no período 1996 - 2001, a média nacional caiu de 4,0 leitos/10.000 hab. para 3,1 leitos/10.000hab. A maior concentração de leitos ocorreu no Rio de Janeiro, que, apesar da diminuição significativa, ainda lidera com 6,5 leitos/10.000hab. (Tabela 1). Pode-se supor que estes hospitais concentram números elevados de pacientes com longa internação.

**Gráfico 1 - Evolução comparativa entre números de leitos psiquiátricos e de CAPS existentes no país, no período de 1996 - 2003.**



**Tabela 1 - Número de leitos psiquiátricos, por 10.000 habitantes, segundo Unidade Federativa, nos anos de 1996 e 2001.**

<b>UF</b>	<b>1996</b>	<b>2001</b>
RJ	7,6	6,5
GO	4,8	4,7
PE	5,2	4,7
PR	5,3	4,7
SP	6,5	4,1
AL	5,3	3,7
RN	3,9	3,2
SE	3,7	2,7
PB	3,9	2,6
MG	3,5	2,3
ES	2,5	2,2
MT	2,4	2,2
RS	1,4	2,0
PI	1,8	1,9
BA	2,0	1,8
MA	2,7	1,8
CE	1,8	1,5
SC	1,7	1,4
TO	1,5	1,4
MS	1,3	1,1
AC	0,9	1,0
DF	1,1	0,9
AM	0,6	0,4
PA	0,0	0,2
RO	0,0	0,0
RR	0,0	0,0
<b>BRASIL</b>	<b>4,0</b>	<b>3,1</b>

Fonte :população residente 2001 - IBGE  
PNASH psiquiatria 2002



**Tabela 2 - Distribuição de hospitais e leitos psiquiátricos, segundo Unidade Federativa e natureza jurídica. Brasil, 2002.**

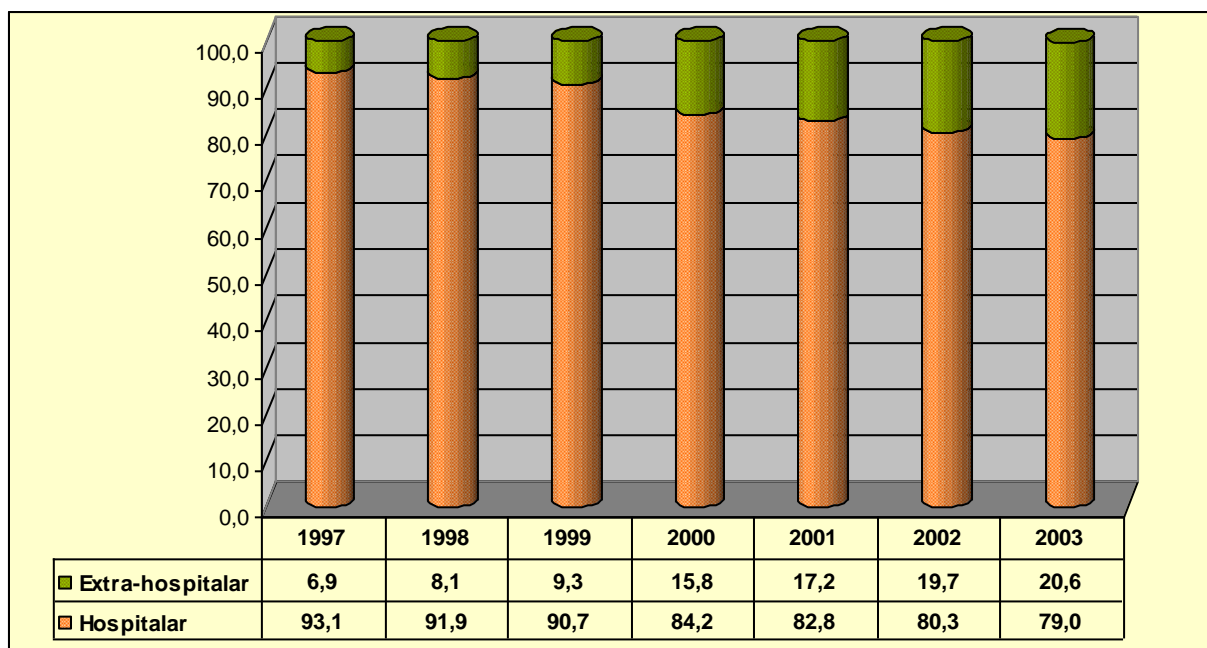
UF	Públicos				Privados				Filantrópicos				Total			
	Hospital	%	Leitos	%	Hospital	%	Leitos	%	Hospital	%	Leitos	%	Hospital	%	Leitos	%
AC	1	0,4	65	0,1	0	0	0		0	0	0	0	1	0,4	65	0,1
AL	1	0,4	200	0,4	4	1,6	884	1,6	0	0	0	0	5	2,0	1.084	2,0
AM	1	0,4	126	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	1	0,4	126	0,2
BA	3	1,2	840	1,5	5	2,0	1.550	2,8	1	0,4	78	0,1	9	3,7	2.488	4,5
CE	1	0,4	187	0,3	5	2,0	712	1,3	2	0,8	270	0,5	8	3,3	1.169	2,1
DF	1	0,4	49	0,1	1	0,4	157	0,3	1	0,4	157	0,3	2	0,8	206	0,4
ES	2	0,8	243	0,4	1	0,4	468	0,8	0	0,0	0	0,0	3	1,2	711	1,3
GO	1	0,4	60	0,1	7	2,9	1.195	2,2	6	2,5	1.248	2,3	14	5,7	2.503	4,5
MA	1	0,4	102	0,2	3	1,2	943	1,7	0	0,0	0	0	4	1,6	1.045	1,9
MG	3	1,2	746	1,4	17	7,0	3.015	5,5	5	2,0	629	1,1	25	10,2	4.390	8,0
MS		0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	2	0,8	243	0,4	2	0,8	243	0,4
MT	1	0,4	60	0,1	1	0,4	437	0,8	1	0,4	82	0,1	3	1,2	579	1,1
PA	1	0,4	120	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	1	0,4	120	0,2
PB	2	0,8	267	0,5	4	1,6	653	1,2	0	0,0	0	0	6	2,5	920	1,7
PE	3	1,2	468	0,8	14	5,7	3.353	6,1	0	0,0	0	0	17	7,0	3.821	6,9
PI	1	0,4	251	0,5	1	0,4	300	0,5	0	0,0	0	0	2	0,8	551	1,0
PR	1	0,4	291	0,5	12	4,9	2.759	5,0	6	2,5	1.571	2,9	19	7,8	4.621	8,4
RJ	11	4,5	2.310	4,2	29	11,9	7.152	13,0	3	1,2	260	0,5	43	17,6	9.722	17,6
RN	1	0,4	221	0,4	4	1,6	719	1,3	0	0,0	0	0	5	2,0	940	1,7
RS	1	0,4	693	1,3	2	0,8	619	1,1	4	1,6	796	1,4	7	2,9	2.108	3,8
SC	1	0,4	338	0,6	3	1,2	444	0,8	0	0,0	0	0	4	1,6	782	1,4
SE	1	0,4	110	0,2	2	0,8	398	0,7	0	0,0	0	0	3	1,2	508	0,9
SP	9	3,7	3.026	5,5	21	8,6	6.240	11,3	28	11,5	6.723	12,2	59	24,2	16.217	29,4
TO		0	0	0	0	0,4	170	0,3	0	0	0	0	1	0,4	170	0,3
BRASIL	48	19,7	10.773	19,6	137	56,1	32.168	58,4	59	24,2	12.057	21,9	244	100	55.089	100

Fonte: Datasus/MS – Phash 2002

Em que pesem os esforços envidados para reverter o modelo de atenção hospitalar para diário e comunitário, o que se pode concluir, a partir da análise dos dados apresentados, é que o SUS ainda destina cerca de 80% dos seus recursos para a Saúde Mental à internação hospitalar, possui um número significativo de leitos hospitalares e convive com hospitais psiquiátricos de grande porte (Gráfico 2).

O relatório reconhece as dificuldades de se avançar na desinstitucionalização dos usuários com longas internações psiquiátricas, consideradas como internações com 1(um) ano ou mais de duração, cuja proposta é de que seja realizada a partir da implantação dos serviços residenciais terapêuticos (SRTs).

**Gráfico 2 - Distribuição percentual dos recursos do SUS, em reais (R\$), segundo tipo de assistência em Saúde Mental<sup>3</sup>, período 1997- 2003.**



Fonte: Datasus/MS (SIA/SUS - SIH/SUS) - Área Técnica de Saúde Mental.

A ocupação dos leitos psiquiátricos se dá de forma desigual, considerando-se as características demográficas e clínicas. O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) oferece outras informações relevantes. A movimentação das Autorizações de Internações Hospitalares no país, na especialidade Psiquiatria, no período de janeiro a julho de 2002, demonstrou que foram faturadas 208.742 (64%) AIH 5 (Autorização de internação hospitalar de continuação)<sup>4</sup> e 117.232 (26%) AIH 1 (Autorização de internação hospitalar normal, com duração máxima de 45 dias).

Para o ano de 2003, no seminário de apresentação dos objetivos de cada área da Secretaria de Atenção à Saúde, a área técnica de Saúde Mental definiu suas ações e metas, incluindo as diretamente relacionadas aos pacientes longamente institucionalizados:

<sup>3</sup> Foram considerados como assistência hospitalar: internações em hospitais especializados e hospital geral; e como assistência extra-hospitalar: atendimentos nos NAPS/CAPS e CAPS, oficinas terapêuticas e serviços residenciais terapêuticos, medicamentos específicos para tratamento psiquiátrico e consultas psiquiátricas ambulatoriais, terapias de grupo e individual e teste psicodiagnóstico (Gráfico 2).

<sup>4</sup>AIH 5 - autorização de internação hospitalar destinada às internações psiquiátricas com duração superior a 105 dias. Este tipo de AIH foi retirada da tabela do SUS após reclassificação da rede hospitalar pelo PNASH.

→ "Programa de Volta para casa" - O programa tem como objetivo o repasse de recursos financeiros mensais para a desospitalização de usuários com história de longas internações psiquiátricas (considerando internações iguais ou superiores a dois anos) ou moradores de residências terapêuticas. Os critérios para a inclusão do usuário no programa consideram a situação do vínculo familiar e/ou afetivo, grau de autonomia para viver fora da instituição hospitalar, interesse do usuário, e rede de suporte do município para cuidar do usuário. A meta prevista para os anos de 2003 e 2004 é beneficiar aproximadamente 2.000 usuários/ano. O programa repassa R\$240,00 (duzentos e quarenta reais) por usuário/mês durante um ano, com possibilidade de renovação, caso o usuário não apresente condições favoráveis para o retorno à comunidade. Foram habilitados 15 municípios, a partir da Portaria nº 2079/GM de 31 de outubro de 2003, eleitos como prioritários para a implantação do programa, de acordo com critérios determinados. Nesta primeira seleção foram indicados três municípios do estado do Rio de Janeiro, incluídos no universo deste estudo, conforme critérios de seleção a seguir:

- a) Paracambi - por se tratar de município com maior concentração de pacientes longamente internados necessitando de apoio estratégico e simbólico para acelerar e dar incremento ao processo de desinstitucionalização;
- b) Carmo - município com hospital psiquiátrico em processo de descredenciamento do SUS;
- c) Rio de Janeiro - município que apresenta no momento o maior número de pacientes em Serviços Residenciais Terapêuticos. Vale registro para dois municípios do estado de São Paulo inseridos neste critério, Campinas e Ribeirão Pires.

→ Continuidade do programa de redução de leitos psiquiátricos e ampliação dos CAPS em regiões estratégicas, com a meta de reduzir de forma programada 4.000 leitos e implantar 180 novos CAPS.

→ Implantação de Residências Terapêuticas destinadas às pessoas com histórico de longas internações psiquiátricas, com perda de vínculos familiares/laborais, com a meta de custear 150 novos módulos em regiões estratégicas.

Em 2004, foi instituído o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, com o objetivo de estabelecer critérios para a redução

racional de leitos psiquiátricos, principalmente em hospitais de grande porte, e para a remuneração dos procedimentos relacionados ao atendimento em hospital psiquiátrico (Portaria MS nº52, de 20 de janeiro de 2004).

É necessário conhecer o universo de usuários longamente institucionalizados para realizar de modo satisfatório o planejamento/implementação de projetos de desinstitucionalização e inserção social, como, por exemplo, nos serviços residenciais terapêuticos ou na rede de CAPS - Centros de Atenção Psicossocial, bem como para a implantação do Programa de volta para casa. Em se conhecendo este universo, há de caracterizá-lo, especialmente, em função dos benefícios que podem ser obtidos com cada um dos dispositivos extra-hospitalares.

Para Delgado (2001), o atual percurso para a substituição progressiva da psiquiatria hospitalocêntrica é a autonomia possível dos pacientes e familiares e implica vários desdobramentos:

*"São vários os desdobramentos e percursos a serem seguidos, sob a égide da substituição progressiva da psiquiatria hospitalocêntrica e o norte ético da autonomia possível dos pacientes e familiares. A atenção psicossocial de base comunitária, determinada pela lei, ainda não é dominante: ao contrário, em termos de investimentos públicos ela constitui fração muito pequena (cerca de um décimo) do que é destinado à assistência hospitalar. Há muito a ser feito na regulação dos direitos 'especiais' dos pacientes, proteção ao trabalho, trabalho assistido, geração de renda, moradia protegida, benefícios previdenciários. Trata-se de um longo processo, um vasto mundo, marcado pela busca do tratamento adequado e acessível e da autonomia possível dos usuários e trabalhadores dos serviços públicos. A autonomia como tarefa maior, como desafio posto pela construção da sociedade democrática: o feito e o por fazer" (Delgado, 2001:289).*

#### **1.4. SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

O Relatório de Gestão da Assessoria de Saúde Mental do estado do Rio de Janeiro, descreve o seguinte diagnóstico da situação da Saúde Mental no estado (Coordenação de Saúde Mental do Rio de Janeiro- 2003):

- Inadequação do modelo assistencial centrado na internação hospitalar, com alto custo e baixa resolutividade;

- Insuficiência de rede de atenção psicossocial extra-hospitalar para atender à demanda;
- Insuficiência de critérios clínicos para ocupação dos leitos psiquiátricos no estado;
- Elevado índice de ocupação dos leitos hospitalares em psiquiatria (40%), por uma clientela longamente institucionalizada;
- Insuficiência de ações/projetos municipais de desinstitucionalização para clientela há longo tempo internada e/ou asilada;
- Pouca articulação dos programas municipais de Saúde Mental com os demais setores das administrações públicas municipais e da sociedade;
- Pouca expansão da cobertura assistencial para as situações de urgência e emergência nos municípios do estado para a população usuária de álcool e outras drogas.

O diagnóstico apresentado pelas regiões de saúde indica que, no universo de 9 (nove) regiões de saúde do estado, 6 (seis) levantaram como macro problema da atenção em Saúde Mental, a insuficiente rede de atenção extra-hospitalar e a concentração de recursos nas internações hospitalares.

Para o enfrentamento dos problemas levantados, o Plano de Ação apresenta os programas e estratégias a seguir:

No âmbito do estado:

- Estimular a reestruturação e a expansão da rede pública de assistência em Saúde Mental, promovendo ações da SES/RJ e dos municípios, com a finalidade de garantir o acesso da população fluminense a uma ampla rede pública de atenção psicossocial extra-hospitalar municipal;
- Garantir a continuidade das ações de desinstitucionalização e reorientação da assistência psiquiátrica em curso nos hospitais: Hospital Estadual Teixeira Brandão e Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi;
- Implantar, em conjunto com os gestores municipais de Saúde Mental, em todos os municípios do estado, uma linha de ação específica interna ao programa de Saúde Mental para a clientela há longo tempo institucionalizada;

- Reorientar os dispositivos ambulatoriais, incluindo-os na política de Saúde Mental, com a finalidade de ampliar a cobertura assistencial na área;
- Desenvolver projeto específico de desinstitucionalização para crianças e adolescentes internados em unidades psiquiátricas ou em abrigos para portadores de deficiência;
- Implantar dispositivos residenciais terapêuticos destinados à população infanto-juvenil institucionalizada ou sob risco de sê-lo.

No âmbito das regiões:

- Criar serviços extra-hospitalares nos municípios, de acordo com as diretrizes da III CNSM – III Conferência Nacional de Saúde Mental;
- Elaborar projeto de reinserção social para pacientes com longo período de internação;
- Levantar o perfil da clientela com os respectivos períodos de internação com vistas à desospitalização;
- Implantar serviços residenciais terapêuticos.

A rede de atenção em Saúde Mental hospitalar e extra-hospitalar existente no estado é composta por:

**Quadro 1 - Rede de atenção hospitalar e extra-hospitalar no estado do Rio de Janeiro, ano de 2003.**

LEITOS PSIQUIÁTRICOS	LEITOS DIA	CAPS					SRT
		I	II	III	i	ad	
9.286	287	19	27	0	5	1	25

Fonte: Assessoria de Saúde Mental do Rio de Janeiro.  
Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

**Tabela 3 - Indicadores de gestão da política Estadual de Saúde Mental - 2001/2003. (Número de SRTs a serem implantados no período, por região).**

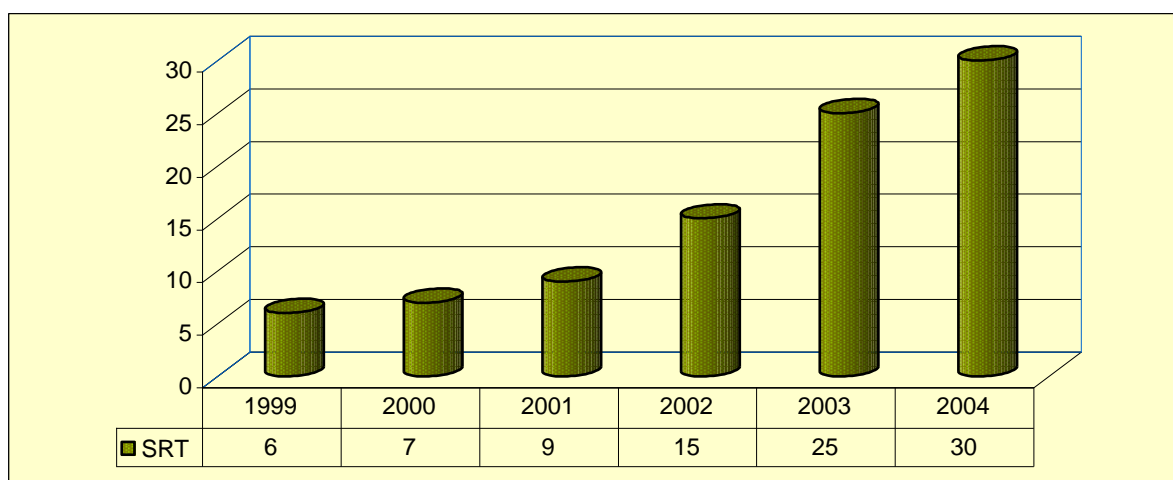
REGIÃO	SRT
Baía de Ilha Grande	3
Baixada Litorânea	6
Centro - Sul	20
Metropolitana I	47
Metropolitana II	5
Norte	2
Médio Paraíba	13
Noroeste	4
Serrana	24
<b>TOTAL</b>	<b>124</b>

Fonte: Plano Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro/ASM/SES-RJ - 2003.

A proposta apresentada pela Assessoria de Saúde Mental do Rio de Janeiro pretende atingir a meta de implantar 124 (cento e vinte e quatro) SRTs. Hoje, encontram-se implantados e em funcionamento no estado 29 (vinte e nove) serviços residenciais, sendo que cadastrados ao SUS existem 18 (dezoito) serviços.

O Gráfico 3 representa a evolução da implantação dos SRTs no estado, que apresentou um aumento significativo de 79%, passando de 6 (seis) serviços funcionando no ano de 1999 para 30 (trinta) serviços no ano de 2004.

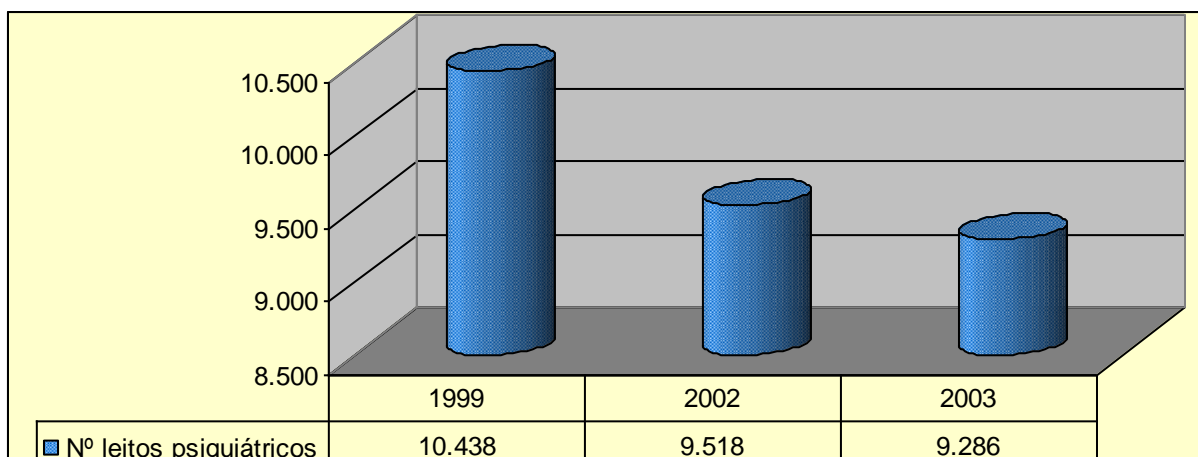
**Gráfico 3 - Evolução dos SRTs no estado do Rio de Janeiro, no período de 1999- 2004.**



Fonte: Assessoria de Saúde Mental do estado do Rio de Janeiro.

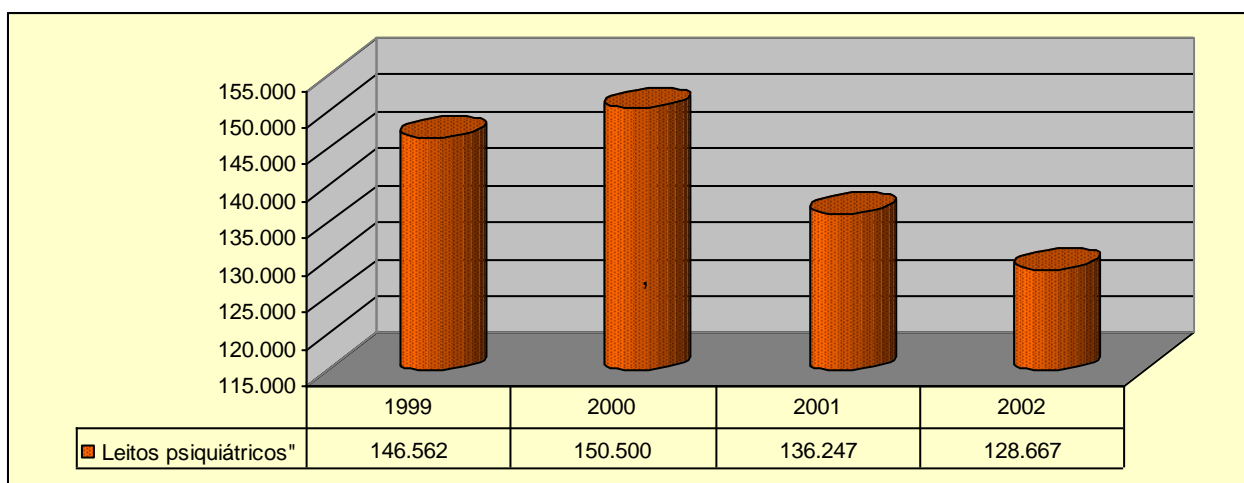
Para o ano de 2004, foram utilizados dados coletados nesta pesquisa.

**Gráfico 4 - Evolução do número de leitos psiquiátricos no estado do Rio de Janeiro, nos anos de 1999, 2002 e 2003.**



Fonte: Assessoria de Saúde Mental do estado do Rio de Janeiro.

**Gráfico 5 - Evolução do número de internações psiquiátricas no estado do Rio de Janeiro, no período de 1999 - 2002.**



Fonte: Assessoria de Saúde Mental do estado do Rio de Janeiro.

No período de 1999 a 2003, houve uma queda significativa do número de leitos psiquiátricos no estado, com uma diminuição de 1.152 leitos (Gráfico 4). As internações psiquiátricas também diminuíram em 17.895, no período de 1999 a 2002 (Gráfico 5). Esse saldo está vinculado ao fechamento de leitos nos hospitais privados, principalmente na Casa de Saúde Dr.Eiras, filial Paracambi e filial Botafogo (que foi fechada), totalizando 720 leitos. e no Hospital Estadual Teixeira Brandão, onde foram fechados 270 leitos no período. E importante registrar que, nos três municípios onde ocorreu fechamento significativo de leitos, foram implantados serviços residenciais terapêuticos.



**Tabela 5. Teto Financeiro da atenção psicossocial extra-hospitalar. Estado do Rio de Janeiro - 2003.**

**VALOR ORIENTADO MENSALMENTE, POR MUNICÍPIO, DELIBERAÇÃO CIB, Nº 54, DE FEV/ 2000.**

Região/Mun. /SES	2000	2001	2002	Jan-Set/2003
<b>TOTAL</b>	531.000,00	2.982.200,00	4.497.700,00	4.137.300,00
Baía da Ilha Grande				25.200,00
Parati				25.200,00
Centro-Sul Fluminense		67.200,00	246.400,00	487.800,00
Mendes			45.500,00	135.000,00
Paracambi		67.200,00	200.900,00	296.100,00
Paraíba do Sul				56.700,00
Médio Paraíba		8.400,00	71.400,00	116.100,00
Barra do Pirai		8.400,00	33.600,00	25.200,00
Pinheiral				21.600,00
Volta Redonda			37.800,00	69.300,00
Metropolitana I	276.000,00	1.853.000,00	2.871.500,00	2.447.100,00
Belford Roxo		51.100,00	109.200,00	94.500,00
Duque de Caxias		81.900,00	155.400,00	132.300,00
Itaguaí		39.200,00	78.400,00	63.000,00
Japeri		6.300,00	58.800,00	69.300,00
Nilópolis		31.500,00	70.000,00	56.700,00
Nova Iguaçu		174.300,00	312.200,00	277.200,00
Queimados		106.400,00	236.600,00	201.600,00
Rio de Janeiro	276.000,00	1.194.300,00	1.548.500,00	1.281.600,00
São João de Meriti		142.800,00	246.400,00	189.000,00
Seropédica		25.200,00	56.000,00	81.900,00
Metropolitana II		8.400,00	33.600,00	25.200,00
Niterói		8.400,00	33.600,00	25.200,00
Noroeste Fluminense	165.000,00	660.000,00	727.200,00	545.400,00
Bom Jesus do Itabapoana	75.000,00	300.000,00	367.200,00	275.400,00
Taocara	45.000,00	180.000,00	180.000,00	135.000,00
Santo Antonio de Pádua	45.000,00	180.000,00	180.000,00	135.000,00
Norte Fluminense			39.200,00	44.100,00
Quissamã			39.200,00	44.100,00
Serrana	90.000,00	385.200,00	508.400,00	446.400,00
Carmo	60.000,00	240.000,00	245.600,00	186.300,00
Cordeiro			16.800,00	12.600,00
Guapimirim		4.200,00	16.800,00	12.600,00
Petrópolis		21.000,00	109.200,00	144.900,00
Sumidouro	30.000,00	120.000,00	120.000,00	90.000,00

Fonte: DATASUS, TABNET, 2003.

Assessoria de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro - 2003

A tabela 5 demonstra os valores de recursos repassados para os municípios do estado, por mês, com a finalidade de assegurar, no limite do teto do estado, recursos destinados à implantação de serviços de atenção psicossocial, cumprindo a deliberação da CIB -nº 54.

## **2. SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS**

### **2.1 BREVE HISTÓRICO**

Os Serviços Residenciais Terapêuticos são assim denominados pela Portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, e pela Portaria GM/MS nº 1.220, de 7 de novembro de 2000, mas são também conhecidos por outras denominações, como lares abrigados, moradias assistidas, moradias protegidas e pensões protegidas.

As experiências nacionais e internacionais de residências terapêuticas demonstram a diversidade e complexidade desses serviços. Em Ímola, Itália, foram observados vinte e um lares abrigados, com grande diversidade entre eles. Foram encontrados lares para estadias curtas ou permanentes, com vagas para 15 a 20 usuários, residências agrícolas, apartamentos protegidos, com assistência 24 horas para usuários com patologias graves, e modalidades que ofertam pluralidade de respostas rápidas às necessidades do paciente. A experiência inglesa relatada por Viveiros (apud Ferreira, 2002: 31) utiliza o critério de autonomia do morador para escolha da residência como demonstrado a seguir.

- Apartamentos independentes e *group homes*, que funcionam sem equipes internas às casas e são destinadas a pacientes com baixa dependência e/ou para curta permanência.
- *Group homes*, com equipes diurnas, para pacientes com média dependência;
- *Group homes*, com equipes 24 horas e *hosters*, com equipe de enfermagem 24 horas, destinadas a pacientes com alta dependência;
- *Hosters*, enfermarias no hospital, com acomodação para pacientes com necessidades especiais.

Outras modalidades de residências descritas por Vasconcelos, segundo Viveiros (2002), que merecem registro são:

- *“Recolocação em famílias, como o exemplo da Bélgica, com um sistema de famílias adotivas para adultos saídos do hospital psiquiátrico local, que funciona desde o século XVIII;*
- *Serviços residenciais integrados. Esta modalidade geralmente inclui várias unidades residenciais predominantemente individuais, com níveis avançados de autonomia e vida independente (apartamentos individuais ou duplos, por exemplo), integrada a um serviço de suporte com trabalhadores, aberto 24 horas por dia e 7 dias na semana;*
- *Comunidades terapêuticas, indicadas aqui como dispositivos terapêuticos e de atenção psicossocial disponível internamente ou acoplado diretamente ao serviço. Têm sua origem no período da Segunda Guerra na Europa e Estados Unidos. É importante, porém, ressaltar que, da mesma forma que as enfermarias adaptadas, essas comunidades podem reforçar a segregação e a exclusão.*
- *Aluguéis e outras opções individuais no mercado privado de moradia, que implicam a necessidade de um bom suporte profissional, convívio e material, bem como uma rede de atenção psicossocial mais completa em termos de atendimento, lazer, trabalho, etc.”*

A história de implantação das residências terapêuticas no Brasil iniciou-se bem antes da legislação específica. As primeiras experiências foram: “Projeto Vila Terapêutica”, implantado em 1987 na área hospitalar e, em 1992, em bairros residenciais, na cidade de Ribeirão Preto; “Pensão Protegida Nova Vida”, desenvolvido em Porto Alegre, em 1990. No Rio de Janeiro, no ano de 1997, surgiu o primeiro Lar Abrigado vinculado ao Instituto Philippe Pinel (IPP).

## **2.2 CONCEITO**

Recentemente, com a implantação efetiva dos serviços residenciais terapêuticos, têm-se ampliado e diversificado os debates sobre o tema. Existem concepções distintas sobre os SRTs, desde então. Alguns autores preferem utilizar outras nomenclaturas para a modalidade por considerarem o termo técnico utilizado pela portaria ministerial que normatiza os SRTs como um limite às ofertas de modalidade residencial mais amplas e adequadas às diversas necessidades apresentadas pelos usuários (sociais, autonomia, recursos comunitários, dentre outros). Enquanto se discute o significado do atributo terapêutico para as residências, já que são espaços de moradia,

a normatização prescreve um projeto terapêutico para as residências. No mínimo, a questão merece ser compreendida na sua amplitude e, com este objetivo, foram pesquisados alguns dos conceitos empregados para designar os SRTs:

O estudo em questão utiliza o termo Serviços Residenciais Terapêuticos por ser este empregado pela política de saúde mental vigente, não significando que a análise será restrita a esse conceito de serviço. O que se pretende é observar de que forma os SRTs, dispositivos, residências terapêuticas ou outra nomenclatura que possa ser utilizada vêm funcionando no Rio de Janeiro para atender às demandas da clientela com qualidade e comprometida com a reabilitação social.

Os 29 serviços estudados, 16 foram chamados de CRIS – Centro de Reabilitação e Integração Social Programa de Residências Terapêutica, identificando as casas pelo nome da rua em está localizada; 11, de serviços residenciais terapêuticos e 2, dispositivos residenciais terapêuticos.

Em Amarante, encontramos a importância das residências assistidas como estratégia de resgate de internos com anos de institucionalização em hospitais psiquiátricos:

*“(...) com o avanço do processo de desospitalização, muitos internos institucionalizados há muitos anos em hospitais psiquiátricos estão passando a morar em residências pela cidade afora. Outrora expulsos do convívio das famílias, das pessoas, enfim, da vida, os loucos agora estão de volta. De volta à cidade, senhor cidadão! As residências assistidas de ex- internos de manicômios ou os serviços residenciais terapêuticos em saúde mental, como estranhamente são denominados pela burocracia estatal, assumem uma função estratégica no processo de reforma psiquiátrica brasileira. Teremos que construir estas experiências, estes espaços, estas novas formas de lidar”. (Amarante, 2003:10).*

Para Milagres, o conceito de serviços residenciais terapêuticos é compreendido como um espaço de reconstrução da identidade e da história dos ex-pacientes:

*“(...) os serviços residenciais, ainda que possuam uma proposta terapêutica, são acima de tudo espaços de ‘moradia’, onde ex-pacientes, antes institucionalizados, tecem diariamente sua rede social<sup>4</sup>, e reconstroem em um*

---

<sup>5</sup> Para Milagres, Rede social “significa o universo de relações sociais, formais e informais que o indivíduo possui em seu território” (Milagres, 2002:52).

*novo espaço sua identidade e suas histórias de vida. Na vivência cotidiana, porém, elas funcionam efetivamente como a casa dessas pessoas, realizam, portanto, uma função híbrida, situando-se entre a assistência e a moradia. São locais em que as histórias pessoais se cruzam na convivência cotidiana com os companheiros de casa, vizinhos mais próximos e com o território<sup>5</sup>. Sendo assim, fora do asilo novas histórias são vivenciadas, novas experiências são realizadas, novos laços são tecidos, novas possibilidades são construídas. Os serviços residenciais não são espaços clínicos na concepção clássica da clínica médica, mas lugares em que os projetos de vida individuais são levados em conta na construção subjetiva da própria moradia pelo usuário a partir de sua adaptação à nova realidade. Esta adaptação passa necessariamente pela releitura, no novo contexto, das experiências passadas do sujeito, muitas vezes marcadas pela vida na instituição, e pela reconstrução da identidade ... a nova identidade social do ex-paciente na residência terapêutica é uma construção cotidiana que se dá na relação do universo de referências passadas do próprio morador com o novo contexto de possibilidades à sua volta. Cada ator, assim irá construir subjetivamente a sua própria identidade e a 'sua própria casa' dentro do espaço físico da residência terapêutica e do universo social que o cerca, segundo suas referências subjetivas e seus projetos de vida particulares” (Milagres, 2002:154).*

Para Vasconcelos (2001), os dispositivos residenciais encontram-se associados à idéia de espaço de reapropriação pessoal, com possibilidades de o usuário obter novas oportunidades sociais:

*"Do ponto de vista dos usuários, os dispositivos residenciais constituem elementos fundamentais de seu bem-estar físico, psicológico e social. Estes serviços, quando inseridos em comunidades urbanas fora das instituições asilares, permitem uma reapropriação pessoal muito mais rica do corpo, do espaço e do tempo, do uso dos objetos e de criação de vínculos interpessoais na vida cotidiana bem como de novas oportunidades sociais na comunidade e em melhores condições de lutar contra o preconceito convencional em relação à loucura" (2001:67).*

---

<sup>6</sup>Para Delgado, o território não é (apenas) o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, seu projeto de vida, sua inserção no mundo. Um serviço só será possível se, localizado em um bairro, emoldurado pelas referências sociais e culturais daquela comunidade específica, puder dar uso prático ao conceito de território. Para cada cliente, seu território familiar, cultural, mitológico, sócio-econômico e jurídico<sup>4</sup> (Delgado, 2001:34).

O documento *Normas técnicas que disciplinam o funcionamento dos serviços residenciais terapêuticos em Saúde Mental no estado de São Paulo no ano de 2000*, assim caracteriza os serviços residenciais terapêuticos:

*“(.) são moradias ou casas, de natureza pública ou, a critério do gestor local, de natureza não governamental sem fins lucrativos, localizadas fora dos limites de unidades hospitalares e independentes entre si, de forma a não constituírem vilas ou conjuntos de imóveis, que atendam integralmente aos demais critérios, deverão estar localizados em bairros dotados de toda infra-estrutura e com estrutura física mínima de acordo com normas vigentes. O espaço deve abrigar no máximo oito usuários, com até três dormitórios, composto de sala de estar com mobiliário adequado para conforto e boa comodidade dos usuários, cozinha equipada adequadamente e garantia de no mínimo três refeições diárias. O projeto assistencial deverá contemplar: projeto terapêutico individual, ações que contemplem o processo de reabilitação social<sup>7</sup> com programas de alfabetização, recuperação de documentação individual, inserção no trabalho, treinamento para aprimoramento das atividades de vida diária (AVD) e da vida prática (AVP), inclusão sócio-comunitária através de mobilização de recursos, espaços e mecanismos de participação dos usuários, respeitando seus direitos como cidadãos, principalmente, o pleno exercício do direito de ir e vir. Garantia de assistência integral, com sistema de referência e contra-referência com a rede de serviços loco-regionais. Outra questão enfatizada é a equipe de execução, acompanhamento e supervisão das ações e atividades do projeto. E, finalmente, a participação do usuário no gerenciamento dos serviços residenciais terapêuticos em saúde mental, inclusive dos recursos financeiros (Secretaria Estadual de São Paulo, 2000).*

Para Fernandes (2001:71), descrevendo a moradia assistida vinculada ao CAPS Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS/PIDA) do serviço da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo,

*“(.) o objetivo da moradia é acompanhar a vida cotidiana de pessoas portadoras de transtornos mentais - suas crises, as estabilizações da doença, as dificuldades do convívio familiar, a inserção no mercado de trabalho, no meio social e seu poder de*

---

<sup>7</sup> Reabilitação Social - Considerada por Pitta (1996) como ética de solidariedade que facilite aos sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos, decorrentes de transtornos mentais severos e persistentes, o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível possível de autonomia par a vida na comunidade.

*contratualidade*<sup>8</sup>- constitui uma questão atual que suplanta o modelo tradicional de assistência”.

Para Valentini (2001:77),

*“(.) oferecer casas para pacientes psiquiátricos fora do ambiente hospitalar significa assumir o desafio de qualificar o relacionamento com esses pacientes. Significa valorizar as aprendizagens presentes nessa interação. Significa identificar aliados no contexto casa e no contexto bairro, praticar a inclusão social desses recursos como processo”.*

A Área Técnica de Saúde do Ministério da Saúde, através da legislação vigente, conceitua os SRTs como:

*" (.) moradias ou casas inseridas, preferencialmente, 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 a inserção social" (Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000).*

A necessidade de implementação dos Serviços Residenciais Terapêuticos foi tema exaustivamente discutido durante a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental. O relatório final aprovou encaminhamentos específicos para a implementação de uma rede de serviços de Saúde Mental substitutiva ao hospital psiquiátrico, incluindo Serviços Residenciais Terapêuticos, sendo aprovadas 24 propostas.

O marco referencial do item *Organização e produção da rede e dos serviços substitutivos* contempla as seguintes estratégias e define perfil dos serviços, no sentido de sua organização :

*“Para efetivação da Reforma Psiquiátrica é necessário que cada município viabilize, de acordo com a realidade local e no contexto do SUS, a partir dos recursos disponíveis e/ou da criação dos dispositivos pertinentes à sua realidade, a implementação de uma rede de serviços de saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico, capaz de oferecer atenção integral ao usuário de saúde mental ..... Esta rede, composta por modalidades diversificadas de atenção e*

---

<sup>8</sup> Contratualidade do usuário - Tykanori (1996:56) destaca que ela, em primeiro lugar, vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois, encontra-se nela a capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida, de modo que a subjetividade do usuário possa enriquecer-se, assim como para que as abordagens terapêuticas específicas possam contextualiza-se. Para Saraceno (1996), o poder de contratualidade é o poder de efetuar trocas materiais e afetivas nos três principais cenários: o cenário habitat, o cenário mercado e o cenário de trabalho.

*integrada à rede básica territorializada, deve contemplar ações referentes às áreas de trabalho, moradia e educação e, também, ser estruturada de forma descentralizada, integrada e intersetorial, de acordo com as necessidades dos usuários, visando a garantir o acesso universal a serviços públicos humanizados e de qualidade. Os serviços substitutivos devem desenvolver atenção personalizada garantindo relações entre trabalhadores e usuários pautadas no acolhimento, no vínculo e na definição precisa da responsabilidade de cada membro da equipe. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania” (Relatório final da III Conferência nacional de Saúde Mental - 2002).*

Os serviços residenciais terapêuticos também foram destacados no processo de discussão da Conferência, com ênfase nos objetivos dos SRTs e introduzindo a necessidade de ampliação da clientela :

*“A implantação efetiva da reforma psiquiátrica requer o desenvolvimento de programas de desinstitucionalização das pessoas há longo tempo internadas, que visem aos processos de autonomia, de construção dos direitos de cidadania e de novas possibilidades de vida para todos e que garantam o acesso, o acolhimento, a responsabilização e a produção de novas formas de cuidado do sofrimento” (Relatório final da III Conferência nacional de Saúde Mental - 2002).*

*“Neste processo é fundamental a criação de serviços residenciais terapêuticos com capacidade e recursos para desenvolver o acompanhamento de usuários objetivando a inserção familiar e social. Desta forma é necessário implementar a Portaria GM nº 106/00 e garantir seu cumprimento, que prevê, dentre outras proposições, que para cada vaga aberta em Serviços Residenciais deve ser descredenciado um leito de hospital psiquiátrico no SUS. Ao mesmo tempo, é necessário viabilizar alternativas para a criação de Serviços Residenciais Terapêuticos que possam atender às necessidades de outros portadores de sofrimento psíquico e não apenas dos egressos de hospitais psiquiátricos, conforme define a Portaria /GM nº 106/00” (Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental - 2002).*

## **2.3 NORMATIZAÇÃO**

A Lei federal 10.216, de 09/04/2001 (MS, Lei Federal 10.216/2001), sobre a desinstitucionalização desta parcela de usuários, propõe:



*“Política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento quando necessário” (Lei 10.216/ 2001- artigo 5º).*

As portarias que normatizam os SRTs são: Portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no âmbito do SUS, e a Portaria GM/MS nº 1.220, de 7 de novembro de 2000, que inclui o procedimento acompanhamento de pacientes em Residências Terapêutica em Saúde Mental, na tabela do SIA/SUS - Sistema de informações ambulatoriais do SUS.

É também prescrita na legislação a existência de um projeto terapêutico com o objetivo de acompanhar as necessidades do morador, com vistas à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida diária, enfatizando a sua reinserção social na comunidade. São considerados como projetos de reintegração social: programas de alfabetização, reinserção no trabalho, mobilização de recursos comunitários, autonomia para atividades domésticas e pessoais, e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários.

A normatização define ainda que o SRT deverá ser prioritariamente público e estar integrado à rede de serviços do SUS, ofertando aos moradores assistência integral nos diversos níveis de complexidade da rede. A gestão será do nível local e deverá ser vinculada ao serviço ambulatorial de Saúde Mental, próximo ao SRT e preferencialmente em municípios que possuam programa municipal de Saúde Mental.

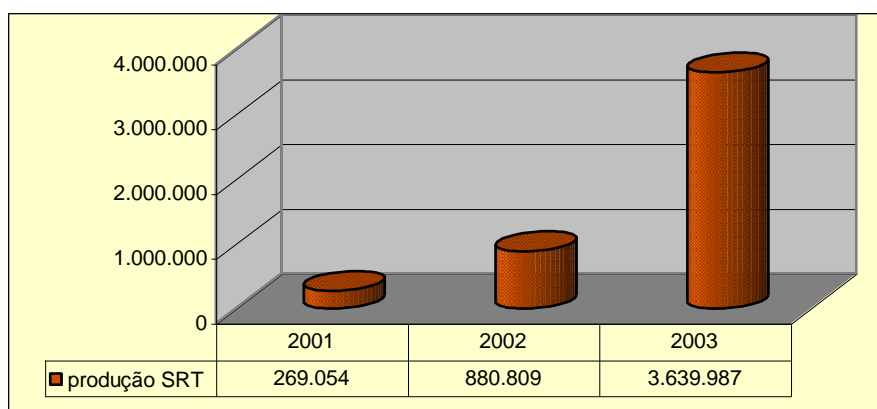
A inserção dos SRTs na tabela do SIA/SUS deu-se a partir da Portaria/GM nº 1.220, de 7 de novembro de 2000; o procedimento equivalente é acompanhamento a pacientes em residência terapêutica em Saúde Mental, apresentando as características a seguir: procedimento APAC - SIA - Sistema de autorização de procedimentos ambulatoriais de Alta complexidade/custo, que permite a inclusão de até 31 acompanhamentos/usuário/mês e a cobrança do valor de R\$ 23,00 (vinte e três reais) por usuário/dia e o valor de R\$ 690,00 (seiscentos e noventa reais) por usuário/mês. A Tabela 6 apresenta a produção ambulatorial dos SRTs cadastrados na tabela de procedimentos do SUS, no período 2001 a 2003 .

**Tabela 6 - Valor pago (R\$) para o procedimento – acompanhamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos cadastrados ao SIA/SUS, período 2001 – 2003**

UF	Município	2001	2002	2003
		Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
CE	Sobral	0	26.220	64.860
PE	Recife	0	28.474	122.061
PE	Camaragibe			20.470
RS	Aracaju	58.742	37.605	
SE	N.Sa.Socorro	0	45.747	104.880
MA	São Luis			9.775
MG	Barbacena	56.166	108.790	160.701
MG	Juiz de fora	0	0	36.823
SP	Stª Rita do Passa Quatro	0	0	310.385
SP	Casa Branca	0	456.711	1.516.137
SP	Campinas	0	0	624.887
SP	Mococa	0	8.970	91.908
SP	Promissão	0	0	30.176
SP	São José Campos	0	18.285	42.619
RJ	Rio de Janeiro	0	0	57293
RJ	Bom Jesus de Itabapoana	0	0	31.487
RS	Porto Alegre	152.145	148.005	190.072
RS	Campina Grande do Sul			223.450
<b>TOTAL</b>		269.054	880.809	3.639.987

Fonte: Datasus/MS

**Gráfico 6 - Valor aprovado no procedimento Acompanhamento de paciente em Residência Terapêutica no SIA/SUS, por município, no período 2001 - 2003.**



Fonte: Datasus/MS

O gráfico 6 apresenta a produção medida pelo número de APACs (Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo - APAC/SIA), emitidas no procedimento e o valor total significa o recurso destinado pelo SUS para pagar o procedimento *Acompanhamento de paciente em residência terapêutica*. Estes dados demonstram que está ocorrendo um aumento considerável de produção dos SRTs no SUS. Durante o ano de 2001 foram aprovados gastos no valor de R\$ 269.054 e, em 2003, foram gastos R\$ 3.639.987.

Outro dado importante é que apenas dezoito municípios no país possuem serviços residenciais terapêuticos cadastrados no SUS e a clientela potencial dos SRTs continua internada em hospitais psiquiátricos.

## 2.4 CLIENTELA

Segundo estimativa de Delgado (apud Pepe, 2001), de 26% a 29% dos leitos existentes no país para a especialidade Psiquiatria são destinados aos usuários cronicamente institucionalizados. Considerando-se essa estimativa para a rede SUS, existem aproximadamente 16.500 usuários sob essa condição, em grande parte moradores dos hospitais psiquiátricos, sem vínculo afetivo e familiar fora da instituição hospitalar.

A normatização vigente define a modalidade de atenção - Serviço Residencial Terapêutico (SRT) - como destinada a prestar atenção específica para os egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares, com o objetivo de promover a reinserção social dessa significativa parcela de usuários do SUS.

O estudo sobre o potencial de resposta à atenção devida a essa parcela de usuários do SUS, realizado por Gonçalves *et al.*, observou as limitações no comportamento social em pacientes psiquiátricos de longas internações psiquiátricas e revelou que, apesar da faixa etária e dos longos anos de internação, um terço da população estudada apresentou características de comportamento social compatível com a convivência em serviços residenciais terapêuticos, reforçando a necessidade de transferência dos cuidados a esses pacientes do hospital para a comunidade. Os pacientes mais graves perfazem um total de 19,6%, o que indica que essa clientela necessita de projetos terapêuticos específicos, que também levem em conta questões relativas à qualidade de vida e à autonomia.

Como processo em construção, o momento exige reflexão e avaliação sistemática para perseguir os objetivos. A discussão sobre a desinstitucionalização tem muitas nuances e complexidades e impõe um desafio a mais para os atores comprometidos com a consolidação de um modelo de atenção em Saúde Mental ético, humano, diversificado e próximo das necessidades dos usuários.

Carvalho (2001), em seu estudo sobre desafios à desinstitucionalização, apresenta três problemas estratégicos para os avanços do sistema de Saúde Mental. O primeiro é considerar a importância dos doentes mentais graves para o conjunto do sistema, pois eles representam uma pequena parcela, mas a sobrecarga de sofrimento e a necessidade de cuidados são enormes. O segundo, considerada o mais importante, diz respeito à carência de serviços na comunidade e relata uma estimativa de que entre 30% a 50% das readmissões em hospital poderiam ser evitadas, caso os serviços comunitários estivessem disponíveis. A dificuldade está em constituir um sistema integrado, acessível, efetivo e baseado na comunidade. E, finalmente, o terceiro, que se relaciona com a falta de continuidade dos cuidados. A falta de organização do sistema contribui para a prestação de cuidado fragmentado e episódico, trazendo como resultado o estresse e a recaída do paciente.

Bandeira, a partir dos resultados do seu estudo, intitulado: Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental, desenvolvido no Canadá, destaca como principais entraves à desinstitucionalização:

*"Os principais problemas encontrados pelos doentes mentais na comunidade têm sido: reinserção inadequada, moradia inadequada, desemprego, itinerância, abuso de álcool e drogas, roubos e agressões levando a problemas com a polícia e encarceramento e às reinternações. Estes problemas são atribuídos às condições ineficazes do processo de reinserção social dos doentes mentais, tais como falta de acompanhamento freqüente e adequado dos pacientes, interrupção do tratamento medicamentoso, falta de centros ocupacionais, ausência de suporte social satisfatório, ausência de equipes volantes para acolher o paciente em momento de crise, entre outros fatores"* (Bandeira, 1994:659).

Bandeira conclui que os problemas mais freqüentes para a reinserção dos usuários na comunidade são:

- *"(.) porta giratória, ou seja, aumento da taxa de reinternações que chega a valores de 55 a 75%;*
- *Insuficiência dos serviços disponíveis e má utilização dos recursos existentes;*
- *Falta de coordenação entre os serviços existentes.*
- *Falta de continuidade das equipes envolvidas nas etapas do tratamento;*
- *Falta de planejamento para criação dos serviços, com poucos requisitos definidos"* (Bandeira, 1994:659).

Sobre a experiência brasileira,

*"(.) o projeto de política de saúde mental do Brasil apresenta características semelhantes às de vários outros países. Estes, porém, já convivem com os erros e limites desta política e já apontam seus mitos e dificuldade: falta de apoio financeiro suficiente para criar serviços comunitários adequados; falta de formação, preparação e engajamento da comunidade no acolhimento ao doente mental, dificuldade de coordenação dos diversos setores dos serviços oferecidos, divergências ideológicas entre os trabalhadores da saúde mental membros das equipes interdisciplinares, falta de tolerância com os subgrupos mais deficientes de pacientes, falta de um atendimento permanente de cada paciente"* (Bandeira, 1991: 355)

Pita assim descreve a complexidade do cuidado a ser dedicado aos usuários de longas internações psiquiátricas:

*"Vai desde a desospitalização de enfermos até (.) a invenção cotidiana da possibilidade de encontro e trocas entre quem necessita de cuidados e quem se dispõe a cuidar. Desconstrói-se, para isso, arquiteturas físicas e mentais estereotipadas e cristalizadas pelo tempo e tendências cronificadoras das organizações sociais que cuidam de pessoas marginalizadas (.)"* (Pitta, 1994: 648).

Cabe lembrar ainda a reflexão da autora sobre a amplitude das dificuldades enfrentadas para a implantação dos serviços residenciais terapêuticos:

*"(.) de um modo muito mais sutil e refinado, se escancaram as nossas precariedades pessoais, teóricas, práticas, para lidar com uma demanda oceânica, desconcertante, que habitualmente impõe a escolha dilemática entre tolher, aplacar, ocultar, como fazem as instituições totais para administrar o incômodo ou, de um outro modo, partir para um desafio incomensurável de facilitar a produção de subjetividade com o peso do desconcerto, da provisoriedade das teorias, do desenclausuramento de si próprio para acompanhar os caminhos do outro. Nas suas casas, esperamos"* (1994:32).

Em que pesem os esforços realizados pelos gestores e os avanços quantitativos e qualitativos observados nesses últimos anos na atenção ao usuário de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde, os números mostram que ainda são gastos 80% dos recursos destinados à Saúde Mental com internações hospitalares e apenas 20% com serviços substitutivos (Área Técnica de Saúde Mental, 2002). A rede hospitalar psiquiátrica contratada e pública conta com 55.496 leitos psiquiátricos, sendo 10.773 públicos e 44.723 privados, 244 hospitais psiquiátricos, sendo 48 públicos e 196 privados.

Hoje, um dos maiores desafios colocados para a efetivação da reforma psiquiátrica talvez seja o cuidado suficiente e adequado aos usuários com longas internações psiquiátricas, buscando-se a sua desinstitucionalização. O dispositivo SRT, enquanto concepção, é inovador; no entanto, a sua implantação apresenta entraves significativos, imprimindo um ritmo lento na disseminação dos serviços. O "Programa de Volta para a casa" provavelmente beneficiará uma parcela dessa clientela, mas dependerá de requisitos para seleção dos habilitados à concessão, tais como: autonomia do usuário, rede de suporte no município de residência do usuário e recursos para custear o programa.

### **3. OBJETIVO GERAL**

Fazer um diagnóstico inicial dos serviços residenciais terapêuticos em funcionamento dezembro de 2003, no estado do Rio de Janeiro.

#### **3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a.** Identificar as características dos serviços residenciais terapêuticos do Rio de Janeiro, em funcionamento em dezembro de 2003;
- b.** Descrever as características da clientela em seus aspectos demográficos, origem institucional, reinternações psiquiátricas, porte de documento de identidade, frequência de visitas e uso da rede de serviços de saúde local;
- c.** Descrever as atividades constantes do projeto terapêutico e as atividades realizadas pelos moradores no âmbito da moradia e da comunidade;
- d.** Descrever os critérios utilizados para a seleção dos moradores;
- e.** Conhecer as principais dificuldades para a implantação e manutenção dos SRTs no estado do Rio de Janeiro.



## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

Os estudos sobre serviços de Saúde Mental configuram um desafio a mais para a avaliação da saúde, tendo em vista a peculiaridade que os distinguem dos outros serviços de saúde. Para Libério,

*“(.) todos os aspectos objetivos e materiais estão marcados pela intersubjetividade das relações entre usuários, trabalhadores e instituições de saúde, o que acentua as dificuldades que em geral encontra-se nesta tarefa”* (Libério, 2001:68).

Saraceno e Bolongaro (apud Libério, 2001) consideram que a avaliação da qualidade de serviços de Saúde Mental ganha caráter próprio à proporção que a reforma psiquiátrica vai se consolidando. Para esses autores, a passagem de uma assistência centrada no manicômio, no qual o conceito de avaliação e qualidade muito raramente é considerado, para uma prática centrada na comunidade e no respeito à cidadania do doente mental, permitiu que se abrisse espaço para o desenvolvimento de metodologias de avaliação da qualidade dos novos serviços implementados.

No caso específico de estudos voltados para os novos dispositivos de cuidados, no contexto da transformação da assistência, Saraceno e Bolongaro (apud Libério).

*“(.) propõe, considerando a especificidade da atenção psiquiátrica, novos desenhos de pesquisa, que vão além do modelo clássico de Donabedian (estrutura - processo - resultado). Ou seja, o desenvolvimento de uma metodologia que incorpore modelos conceituais que apreendam as mudanças que vêm ocorrendo nos modelos de assistência em Saúde Mental. (.) Devem ser confrontadas a oferta de prestação de um serviço, na prática cotidiana, com critérios de qualidade que definam como uma determinada intervenção deveria ser efetuada e que resultados ela deveria alcançar. (.) a avaliação de qualidade proposta não significa que com ela possa ser alcançado o aumento de*

*conhecimento científico sobre a etiologia das doenças ou a eficácia sobre o tratamento, mas sim um conhecimento sobre determinado sistema de intervenção” (Libério, 2001: 68).*

Para contemplar a complexidade de estudos sobre serviços no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica, o autor Vasconcelos contribui com uma revisão bibliográfica sobre metodologias e estratégias de pesquisa e aponta um caminho importante, a partir da idéia dos autores Saraceno e Bolongaro que, baseados na experiência italiana,

*“(.) propõem que ao invés de seguirmos o caminho mais fácil de reproduzirmos metodologias de avaliação importadas da área da saúde, seria mais coerente reconhecermos o campo da avaliação em saúde mental como nascente e em formação, assumindo o desafio de construirmos metodologias mais apropriadas, principalmente tendo em vista o processo de desinstitucionalização” (Vasconcelos,1995:192).*

Baseado na complexidade que envolve as pesquisas em Saúde Mental na perspectiva da reforma psiquiátrica, a realidade de tempo, de recursos e os objetivos institucionais, e tendo em vista a pouca informação sistematizada sobre os SRTs em funcionamento no país, optou-se por um estudo descritivo com análise univariada e bivariada, tendo como universo 30 serviços residenciais terapêuticos implantados até dezembro de 2003, no estado do Rio de Janeiro.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública e aprovado pelo Parecer nº 96/03.

## **4.2 INSTRUMENTO DE COLETA**

O questionário foi construído com base: a) na legislação vigente sobre os SRTs; b) em conversas com o gestor estadual; c) em componentes da discussão atual sobre a implantação dos serviços residenciais.

O instrumento é composto por cinco perguntas abertas e 28 fechadas, divididas de acordo com as cinco categorias, a seguir apresentadas:

- Características dos serviços residenciais terapêuticos;
- Caracterização dos moradores;
- Projeto terapêutico;

- Critérios de seleção dos moradores;
- Dificuldades enfrentadas na implantação e manutenção do serviço.

O quadro abaixo representa as variáveis consideradas para a construção do instrumento de coleta.

**Quadro 1 - Descrição das variáveis do instrumento de coleta**

CATEGORIA	VARIÁVEL	DEFINIÇÕES DAS PT/GM Nº106/2000 PT/GM Nº1.220/2000	VARIÁVEIS DO INSTRUMENTO DE COLETA
Características dos SRTs	Tipo de gestão	Deverá ser preferencialmente público	Qual a natureza da gestão do SRT?
	Cadastro junto ao SUS	Deverá ser cadastrado junto ao SUS	O SRT é cadastrado ao SUS?
	Vinculação técnica do serviço	Deverá estar vinculado a um serviço extra-hospitalar de Saúde Mental	O SRT está vinculado a qual serviço de Saúde Mental?
	Processo de implantação	Prioriza municípios com programa de Saúde Mental	Quais as fontes de financiamento para criação da casa?
	Aluguel do imóvel		O imóvel é alugado? Quais as fontes pagadoras do aluguel?
	Manutenção		Quais as fontes mantenedoras do SRT
	Transferência de recursos oriundos do Fechamento de leitos	Indica a transferência de recursos do fechamento de leitos (aih) para implantação de novos serviços	O SRT recebe(u) recursos oriundos do fechamentos de leitos?
	Tempo de funcionamento		Qual o tempo de funcionamento do serviço?
	Local de funcionamento	Fora dos limites do hospital, na comunidade	Qual o local de funcionamento do serviço?
	Fonte responsável pela medicação		Qual a fonte responsável pela medicação?
	Equipe técnica	Equipe mínima formada por: 1 médico e 2 profissionais de nível médio com experiência em reabilitação social responsáveis pela supervisão do serviço	Qual a composição da equipe técnica?
	Existência de Cuidador no serviço	Inclui na tabela de procedimentos do SUS o profissional cuidador em Saúde Mental	Existe cuidador em Saúde Mental no SRT?
	Vinculação institucional do cuidador		O cuidador em Saúde Mental encontra-se vinculado a qual instituição?
Caracterização da clientela	Número de moradores	No máximo oito moradores	Quantos moradores há em cada residência?
	Caracterização por sexo		Qual a distribuição por sexo?
	Caracterização por faixa etária		Qual a distribuição por faixa etária?

CATEGORIA	VARIÁVEL	DEFINIÇÕES DAS PT/GM Nº106/2000 PT/GM Nº1.220/2000	VARIÁVEIS DO INSTRUMENTO DE COLETA
	Origem dos usuários	Preferencialmente egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, com grave dependência institucional, sem suporte ou laços sociais	Qual a origem institucional do morador?
	Recebimento de benefícios		Quantos usuários possuem benefício?
	Inclusão no programa de volta para a casa		Quantos usuários estão inscritos no Programa de volta para a casa?
	Vínculos afetivos		Quantos moradores receberam visitas no período determinado?
	Caracterização por porte de documento		Quantos moradores são portadores de documentos de identidade?
Projeto terapêutico e Cotidiano	Projeto terapêutico	Sugere a existência de um projeto terapêutico no SRT	O SRT possui um projeto terapêutico?
	Projeto terapêutico	Conjunto de atividades de reabilitação psicossocial que tenham como eixo organizador a moradia, tais como auto-cuidado, atividades de vida diária, frequência a atendimentos ambulatoriais, gestão domiciliar, alfabetização, lazer e trabalhos assistidos, na perspectiva de reintegração social. Ser centrado na necessidade do morador visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana, ampliação da inserção social. Respeitar os direitos dos moradores como cidadãos e de sujeitos em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integração ao meio comunitário.	Quais as atividades previstas no projeto terapêutico?
	Cotidiano do serviço		Quantos moradores podem entrar e sair da casa?
	Cotidiano do serviço		Qual a participação dos moradores nas atividades da casa?
	Cotidiano do serviço		Qual a participação dos moradores nas atividades da comunidade?
	Cotidiano do serviço		Quantos moradores tiveram reinternações no período determinado?

CATEGORIA	VARIÁVEL	DEFINIÇÕES DAS PT/GM Nº106/2000 PT/GM Nº1.220/2000	VARIÁVEIS DO INSTRUMENTO DE COLETA
	Participação na rede de serviços de saúde local	Responsabilidade do gestor local de integração do SRT à rede local de atenção	Os moradores freqüentam a rede local de saúde?
	Condutas no momento de crise		Relacione as condutas adotadas no momento de crise de um morador
Seleção de moradores	Critérios de seleção de moradores	Portadores de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa permanência e que não possuem suporte social e laços familiares que viabilizem a sua inserção	Foram estabelecidos critérios para a seleção de moradores?
	Critérios de seleção de moradores		Detalhamento dos critérios adotados
Dificuldades	Dificuldades enfrentadas na implantação do serviço		Descrição das dificuldades mais importantes enfrentadas para a implantação do serviço
	Dificuldades enfrentadas para a manutenção e funcionamento do serviço		Dificuldades enfrentadas para a implantação do serviço

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram:

1. - O questionário (em anexo), desenhado a partir dos dados coletados junto aos coordenadores dos SRTs no estado do Rio de Janeiro, totalizando 29 (vinte e nove) serviços e abrangendo variáveis de interesse sobre os recursos necessários à implantação do SRT, o funcionamento e a caracterização dos moradores. As variáveis foram definidas em função do que se preconiza na legislação referente aos SRTs e complementadas com desafios apontados nos estudos atuais sobre o tema. Os questionários foram aplicados no período de dezembro de 2003 a fevereiro de 2004. Os dados foram consolidados em fevereiro de 2004.
2. Legislação vigente - As orientações das portarias PT/GM nº 106/2000, PT/GM nº 1220/2000, utilizadas como referência para elaboração do questionário e para a análise dos dados apurados.
3. Reunião dos coordenadores municipais de Saúde Mental do Rio de Janeiro coordenada pela coordenação estadual de Saúde Mental. Os resultados preliminares da coleta de dados foram apresentados para os coordenadores

municipais de Saúde Mental do Rio de Janeiro, em reunião do dia 18 de dezembro de 2003, com a participação dos representantes das coordenações municipais de Saúde Mental. Após a apresentação dos dados sobre os 29 SRTs do Rio de Janeiro, foram levantadas as questões seguintes: 1. Por que solicitar projeto terapêutico para a modalidade SRT? Foi explicado que a legislação vigente prescreve a existência de projeto terapêutico para os SRTs e que uma das referências para a construção do questionário era a legislação vigente. 2. Foram questionados os critérios de seleção para os moradores. Foi esclarecido que o estudo transcreve literalmente as respostas ao questionário. 3. Foi destacada a questão sobre o repasse de recursos oriundos do fechamento de leitos psiquiátricos para a implantação de serviços substitutivos; o grupo chegou à conclusão de que a legislação não era devidamente explícita sobre esse ponto. 4. O grupo recebeu bem a informação de que apenas 7% dos moradores tiveram internações psiquiátricas nos últimos seis meses. 5. Foi indagado sobre SRTs localizados em área hospitalar. As questões apresentadas sobre o projeto terapêutico, critérios de seleção dos moradores foram devidamente consideradas como importantes para o aperfeiçoamento do estudo.

### 4.3 TIPO E UNIVERSO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de corte transversal, realizado no período de dezembro de 2003 a fevereiro de 2004. O universo do estudo abrange os 30 serviços residenciais terapêuticos localizados no estado do Rio de Janeiro, distribuídos em cinco municípios (Tabela 7), portanto a totalidade dos serviços existentes, sendo que apenas um serviço não respondeu.

O estado do Rio de Janeiro foi selecionado por três motivos:

1. Possui um grande número de hospitais com características asilares e leitos psiquiátricos de longas internações. Na tabela 7 constata-se que o estado do Rio de Janeiro possui a maior concentração de leitos psiquiátricos por habitante, com 6,5 leitos por mil habitantes, ficando muito acima da média nacional de 3,2 leitos por mil habitantes, segundo dados do DATASUS, em 2001;
2. Existem, no estado, serviços residenciais terapêuticos em funcionamento de diferentes tipologias, ou seja, dentro e fora de hospitais psiquiátricos; de administração estadual e municipal; SRTs únicos no município e conjunto de SRTs vinculados a uma mesma instituição;
3. A disponibilidade expressa e o interesse dos gestores estaduais pelo estudo, com total acesso às informações existentes, aumentando a viabilidade do projeto.

**Tabela 7. Distribuição de SRT por município, região, existência de programas de Saúde Mental, número de leitos psiquiátricos e de SRT. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**

Municípios	Região	Programa Saúde Mental	Nº leitos Psiquiátricos do município	Nº SRT	% de pacientes internados em outro município
Rio de Janeiro - Colônia Juliano Moreira	Metropolitana	sim	3.515	16	1.839 4,18%
Rio de Janeiro - IPUB - Instituto de psiquiatria da UFRJ	Metropolitana	sim	3.515	01	1.839 4,18%
Paracambi	Metropolitana	sim	1342	02	148 11,28
Carmo	Serrana	sim	262	08	Sem informação
Itaocara <sup>9</sup>	Noroeste Fluminense	sim	0	01	Sem informação
Bom Jesus de Itabapoana	Noroeste Fluminense	sim	380	01	6 0,66%

Fonte: Informação da Coordenação Estadual de Saúde Mental - abril/2003.

\* Dados dos municípios de residência e pacientes internados fora do município de residência no período de agosto de 1995 a dezembro de 1998, extraídos da tese: Internações e reinternações psiquiátricas no estado do Rio de Janeiro - (Pepe, 2002)

## 5.4 ORGANIZAÇÃO, SELEÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram armazenados, organizados e analisados no *software SPSS*, e a confecção de gráficos e tabelas foi realizada no Excel. O cruzamento dos dados se deu em duas etapas. Na primeira etapa, foi realizada análise univariada das variáveis quantitativas. Na segunda, foi realizada análise bivariada, de variável selecionada. As variáveis abertas foram consolidadas, agrupadas e descritas em sua frequência relativa e absoluta.

<sup>9</sup> Cabe um comentário para o município de Itaocara que, apesar de não possuir hospital psiquiátrico, apresenta uma significativa clientela de pacientes longamente institucionalizados. Deve-se considerar que no estado do Rio como um todo, os hospitais apresentam características muito mais regionais do que municipais. A exceção fica a cargo do município do Rio de Janeiro. Mas, mesmo concentrando a maior parte de seus internos com procedência do próprio município, ainda tem um número expressivo de moradores de outras localidades. Pode-se afirmar que há uma migração significativa de pacientes entre os municípios, veja o caso da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, a baixada toda e a região centro-sul fluminense do estado internavam naquele lugar. Um dos indicadores de gestão utilizados pela ASM/SES foi justamente um mapa de migração desta clientela. A tabela acima tem a função de organizar os dados sobre a situação dos leitos psiquiátricos nos municípios, mas ela só faz sentido se analisada considerando as observações acima. Caso contrário, poderá obter conclusões falsas sobre o número de usuários longamente institucionalizados sob a responsabilidade de cada município.



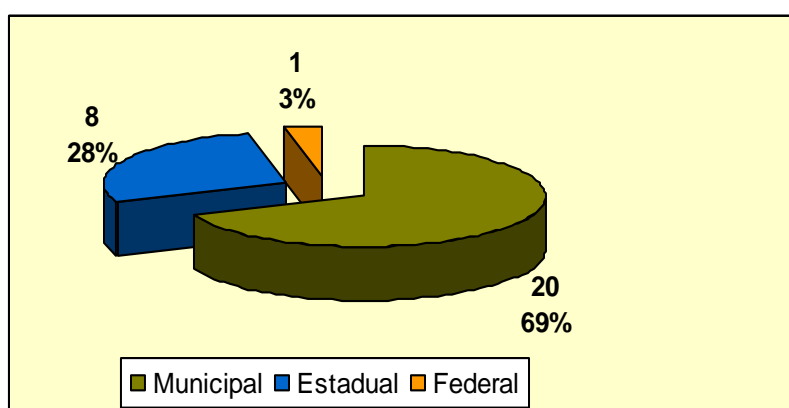
## 5. RESULTADOS

Com o intuito de facilitar a compreensão da análise dos resultados, considerando a abrangência dos dados e a metodologia apresentada, os resultados serão agregados conforme categorização descrita na metodologia do presente trabalho.

Foram pesquisados 29 serviços residenciais terapêuticos, do universo de 30 localizados em cinco municípios do Estado. Cabe chamar a atenção para a influência dos dados nos resultados finais referentes às residências do CRIS com 16 casas e do Carmo com 8 casas, que juntas compõem 83% do universo estudado de serviços e 79% do universo de moradores.

### I. CARACTERÍSTICAS DOS SRTs

**Gráfico 7. Distribuição dos SRTs, segundo a natureza da gestão. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**

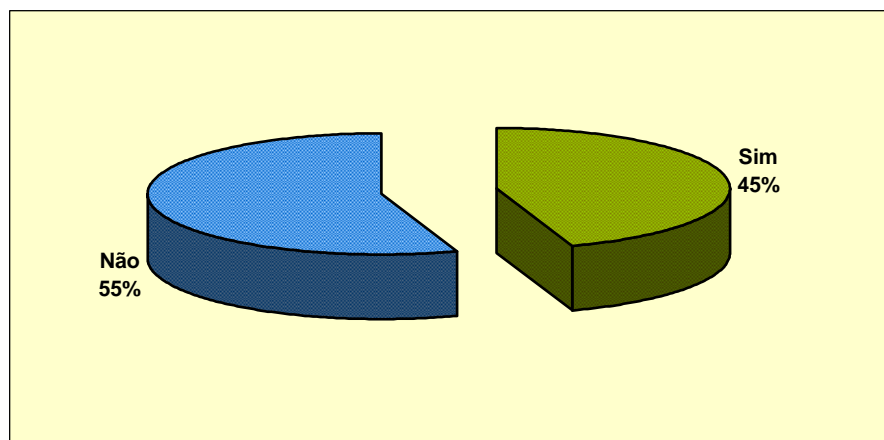


O gráfico 7 demonstra que, no estado do Rio de Janeiro, 100% dos serviços residenciais terapêuticos em funcionamento são de natureza pública, sendo informado pelos coordenadores dos serviços que 69% são de natureza municipal, 28% de natureza estadual e um serviço informa ser de natureza federal, que

corresponde à residência vinculada ao Instituto de Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB/UFRJ.

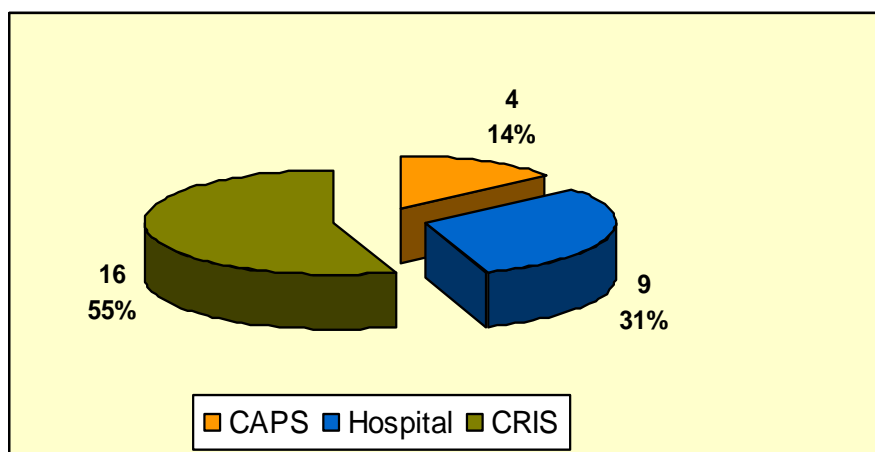
Como se optou por considerar as informações contidas no questionário, o caso do IPUB merece registro, pois ele é de natureza pública universitária, cadastrado na APAC/SIA como público municipal. A partir de agora será referido como “federal”.

**Gráfico 8. Distribuição dos SRTs, segundo cadastro ao SUS. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**



O gráfico 8 demonstra que, dos 29 serviços em funcionamento, a maior parte (55%) não se encontra cadastrada ao SUS, e apenas 45% está sendo financiada através do Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade APAC/SIA.

**Gráfico 9. Distribuição dos SRTs, segundo vinculação técnica da moradia. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**

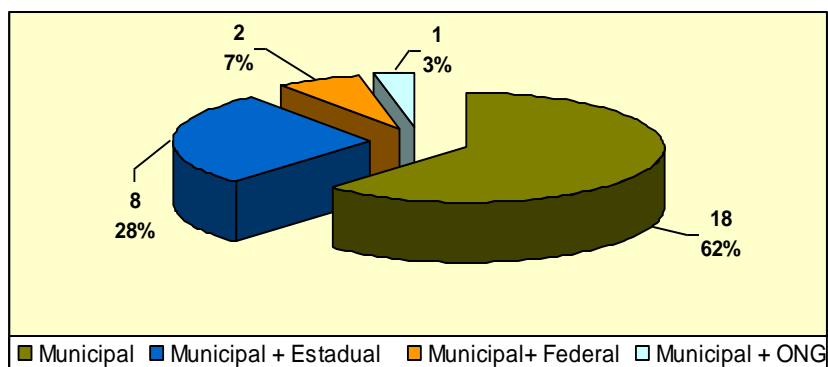


O gráfico 9 demonstra a vinculação técnica dos SRTs, compreendida como a instituição responsável pela atenção, supervisão e acompanhamento aos moradores do SRT. Considera-se atenção como o cuidado à saúde mental dos moradores. Acompanhamento compreende o conjunto de atividades exercidas por profissionais de nível superior voltado à observação sistemática do cotidiano da casa. E supervisão é entendida como atividade técnica especializada e sistemática de acompanhamento do cotidiano do serviço.

Os dados revelam que 55% dos SRTs analisados estão vinculados tecnicamente ao CRIS<sup>9</sup> - Centro de Reabilitação e Integração Social do Programa de Residências Terapêuticas -, ligado ao Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira. Em 31% dos casos, a vinculação técnica da residência é com o hospital, situação observada nas residências do município do Carmo (8) e do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (1). Os serviços vinculados ao CAPS são representados por dois SRTs do município de Paracambi, um de Itaocara e um de Bom Jesus de Itabapuama.

**Gráfico 10. Distribuição dos SRTs, segundo fonte de financiamento para a criação da moradia. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**

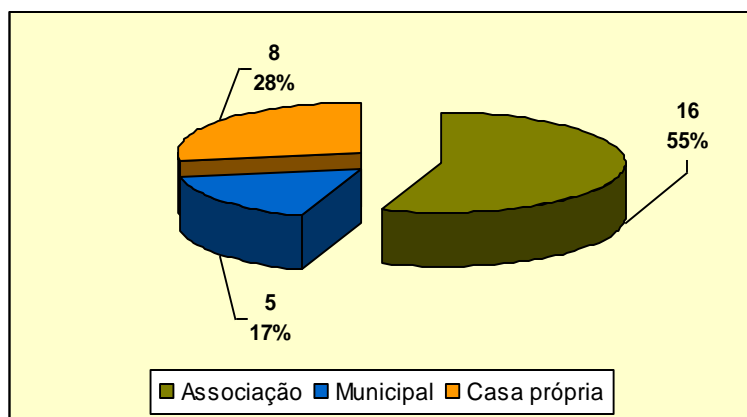
<sup>9</sup> CRIS - Centro de Reabilitação e Integração Social – Milagres (2002) relata que este centro foi criado na década de 80 com o objetivo de fazer uma intermediação do paciente internado na colônia Juliano Moreira com a sociedade. Na década de 90, seu papel de ressocializar pacientes é desvirtuado e torna-se um serviço de moradia e trabalho dentro da própria instituição. A partir do final da década de 90, com o movimento de municipalização da colônia, o CRIS é reformulado, resgatando seu papel original de unidade de transição entre a internação e a comunidade. Hoje, oferece cuidado permanente e contínuo na comunidade e suas principais linhas de ação são as redes sociais, a moradia e o trabalho. Hoje, o CRIS acompanha 67 usuários, sendo 22 no próprio centro e o restante na comunidade.



8 serviços contaram com duas fontes simultâneas de financiamento

O gráfico 10 demonstra que a implantação de todos os SRTs no estado do Rio de Janeiro teve como fonte de financiamento o município. Em 18 serviços (62%), foi a fonte única. Destaca-se como segunda fonte a estadual, em parceria com a municipal, que esteve presente em 28% dos SRTs implantados. Ressalta-se que a ONG que aparece no gráfico é vinculada ao Instituto de Psiquiatria/UFRJ.

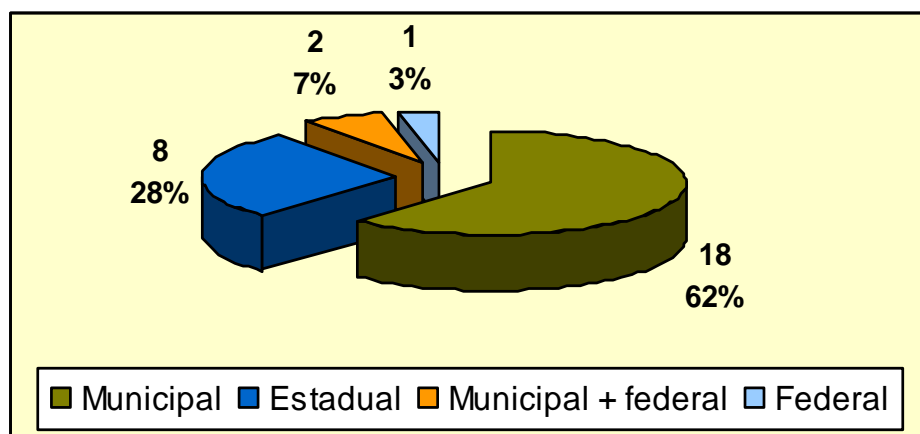
**Gráfico 11. Distribuição dos SRTs, segundo instituição pagadora do aluguel. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**



Analisando o gráfico 11, pode-se concluir que 72% dos serviços analisados pagam aluguel, dos quais 55% são financiados pela Associação de Parentes e Amigos do complexo Juliano Moreira - (APACOJUM)<sup>10</sup>, ligada ao Instituto Juliano Moreira e o restante dos serviços (17%) tem seu aluguel financiado pelo município. Os serviços que possuem sede própria pertencem ao município de Carmo.

<sup>10</sup> APACOJUM - A Secretaria Municipal de Saúde firmou convênio com a APACOJUM - Associação de Parentes e Amigos do complexo Juliano Moreira, que recebe recursos para realizar contratações de recursos humanos,

**Gráfico 12. Distribuição dos SRTs, segundo fonte financiadora da manutenção da moradia. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**



O gráfico 12 demonstra que a fonte mais expressiva para a manutenção dos serviços é a municipal (62%), seguida do estado (28%) referente ao Hospital estadual de Carmo. A parceria do município com o nível federal é responsável por 7%, representado pelas residências de Paracambi, e o nível federal assume a manutenção do SRT do IPUB.

Cabe contextualizar as etapas de financiamento das residências de Paracambi, que tiveram financiamento oriundo do Ministério da Saúde, mas a manutenção atual se dá através das APACS e, antes do cadastramento ao SIA/SUS, contava com recursos financeiros do município e do estado. Os recursos eram oriundos da Bipartite - Resolução CIB 54. Esta resolução foi aprovada em

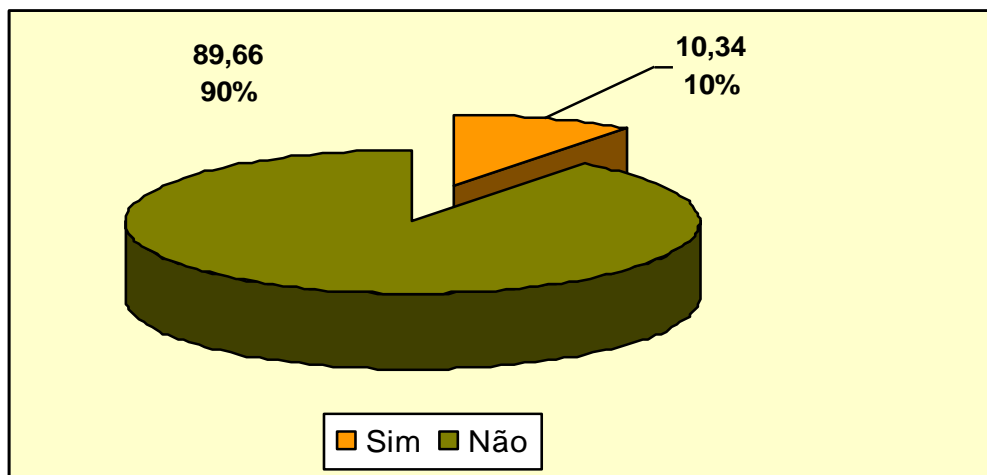
---

pagar aluguel, tarifas públicas, manutenção da casa e uma bolsa individual para os moradores com a finalidade de cobrir gastos individuais e despesas com alimentação e limpeza da casa.

fevereiro de 2000 e deliberou sobre o teto financeiro específico para a atenção psicossocial extra-hospitalar.

A residência do IPUB é financiada com recursos do seu faturamento junto ao SIA/SUS e ao SIH/SUS. E como o município do Rio de Janeiro encontra-se em gestão Plena do Sistema, gerencia a totalidade dos recursos destinados para o seu teto financeiro municipal, repassando os recursos referentes à produção apresentada para as unidades públicas universitárias.

**Gráfico 13. Distribuição dos SRTs, segundo existência de transferência de recursos oriundos do fechamento de leitos psiquiátricos. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**



O gráfico 13 indica que os responsáveis pelos SRTs, em sua maioria (89%), não consideram a existência de transferência de recursos de leitos hospitalares fechados para as residências terapêuticas. Apenas no município de Paracambi é relatada a transferência sistemática desses recursos para a manutenção dos serviços.

Para analisar estes dados, deve-se considerar que o baixo número de respostas pode estar relacionado às dificuldades referentes ao acompanhamento dos recursos economizados e às limitações para a sua utilização, não sendo

possível, por exemplo, utilizá-los para pagar recursos humanos e fazer investimentos.

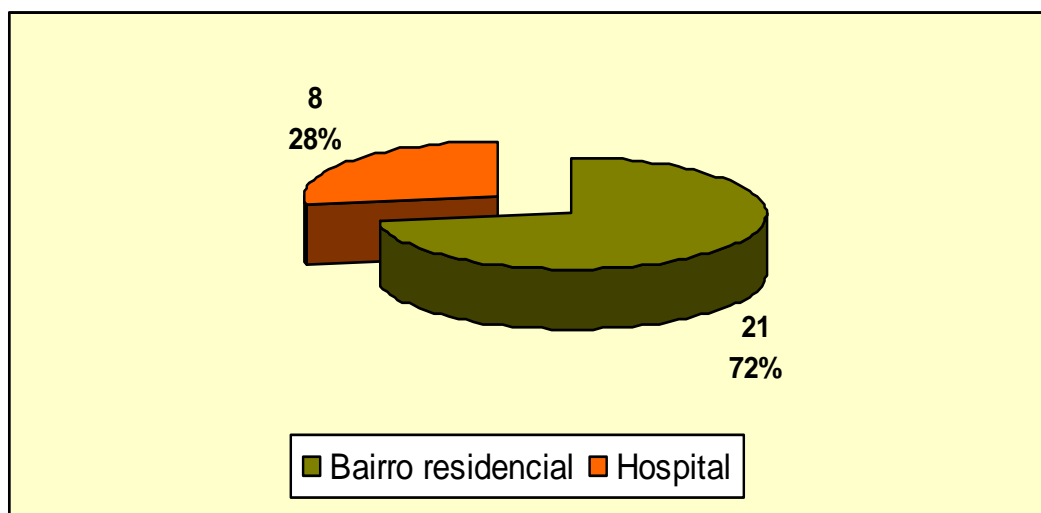
**Tabela 8. Distribuição dos SRTs, segundo tempo de funcionamento. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**

Tempo de funcionamento	Nº	%
0 - 1 mês	3	12,50
0-12 meses	1	4,17
13-24 meses	5	20,83
25 -36 meses	6	25,00
37-48 meses	9	37,50
Total	24	100,00

Informação ignorada em 5 serviços.

A tabela 8 demonstra o tempo de funcionamento dos serviços residenciais terapêuticos, revelando que, dos 24 serviços onde esta informação foi obtida, 65% funcionam há mais de 2 anos, 37,50%, entre 3 e 4 anos e 20,83% funcionam entre 1 e 2 anos. Cabe a observação de que 12,50% dos serviços, todos localizadas no município de Carmo, iniciaram o funcionamento recentemente.

**Gráfico 14. Distribuição dos SRTs, segundo local de funcionamento. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**



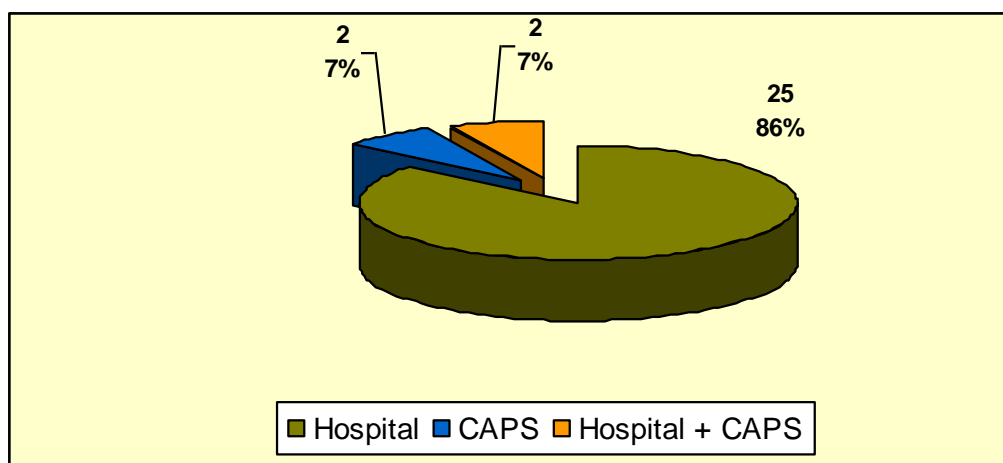
O gráfico 14 revela que, a partir das informações dos coordenadores dos SRTs, 28% (8) dos serviços estão localizados em área hospitalar e 72% (21) em bairros residenciais. Em análise bivariada, constatou-se que as 8 residências

localizadas em área hospitalar são de natureza estadual, todas no município de Carmo<sup>10</sup>.

As residências localizadas em bairro residencial são, em sua maioria, municipais (20) e uma “federal”, que corresponde à do IPUB/UFRJ.

Os entrevistados declaram que 100% dos serviços localizados em área hospitalar têm vinculação técnica ao hospital. Os serviços sediados em bairros residenciais representam 72% (21) dos serviços, sendo que 16 destes são vinculados ao CRIS.

**Gráfico 15. Distribuição dos SRTs, segundo instituição responsável pelo abastecimento da medicação. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**

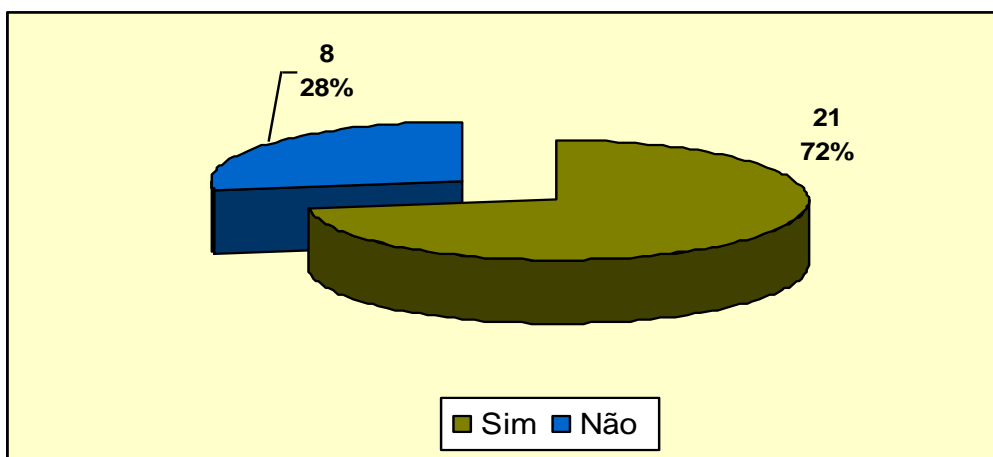


O gráfico 15 demonstra que a maioria dos serviços (86%) conta com o abastecimento de medicação através do hospital psiquiátrico. O CAPS é responsável por 7% do abastecimento e existem 2 serviços (7%) que recebem simultaneamente medicamentos do CAPS e do hospital.

**Gráfico 16. Distribuição dos SRTs, segundo existência de cuidadores. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**

<sup>10</sup> As residências do município do Carmo encontram-se vinculadas ao HETB - Hospital Estadual Teixeira Brandão. Este hospital, segundo censo realizado em 2001, possuía uma população masculina de 230 pacientes internados. Cabe considerar que no período de 1999 a 2003 houve uma redução de 170 leitos (Assessoria de Saúde Mental do Rio de Janeiro - 2003). Encontram-se em curso, coordenadas pela Assessoria de Saúde Mental do estado do Rio de Janeiro, ações de desinstitucionalização e reorientação da assistência psiquiátrica do hospital.

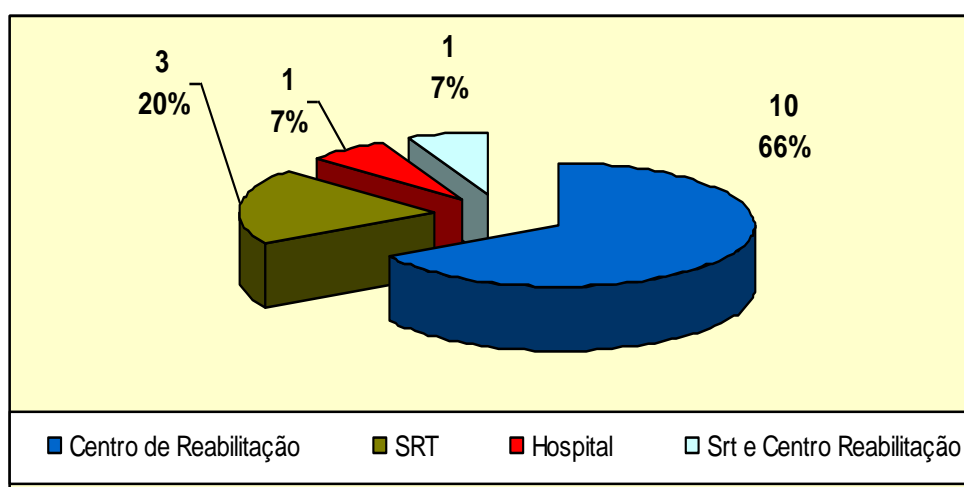




5 Serviços sem informação.

O gráfico 16 demonstra que, no estado do Rio de Janeiro, 72% dos serviços estudados contam com a presença do cuidador em Saúde e os oito serviços do município de Carmo não possuem cuidadores. A Portaria/GM nº 1.220/2000, que normatiza o funcionamento dos SRTs, inclui na tabela de atividade profissional do SIA/SUS o cuidador em saúde. Estes profissionais contam com curso de capacitação específico para exercer as suas atividades profissionais nas residências terapêuticas. Existem casos em que os municípios selecionam estes profissionais na própria comunidade de localização do serviço.

**Gráfico 17 - Distribuição dos SRTs, segundo vínculo institucional do cuidador. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**



8 serviços não possuem cuidador  
Sem informação em 6 serviços

O gráfico 17 demonstra que, das 21 residências que declaram ter a presença do cuidador, apenas 15 informaram sobre o vínculo institucional desses profissionais.

A maior parte dessas residências, 66%, se vincula ao CRIS do Instituto Juliano Moreira. Em Paracambi e Itaocara, os cuidadores estão vinculados à própria residência, representando 20% dos serviços.

## II. CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA

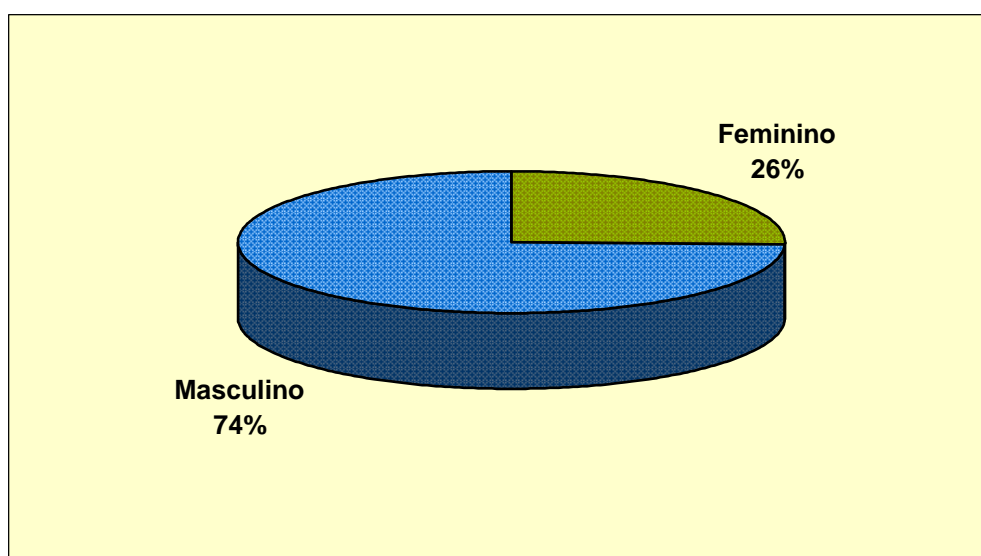
**Tabela 9 - Distribuição dos moradores, segundo sexo e SRTs. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**

Serviço Residencial Terapêutico	Nº SRTs	Moradores					
		Feminino	%	Masculino	%	Total	%
<b>CRIS - Juliano Moreira</b>	16	26	20	28	22	54	42
<b>Carmo</b>	8	0	0	48	37	48	37
<b>Paracambi</b>	2	0	0	13	10	13	10
<b>IPUB - Instituto de Psiquiatria da UFRJ</b>	1	7	5	0	0	7	5
<b>Bom Jesus de Itabapoana</b>	1	0	0	6	5	6	5
<b>Itaocara</b>	1	0	0	1	1	1	1
<b>TOTAL</b>	29	33	26	96	74	129	100

A Tabela 9 demonstra a distribuição dos moradores segundo sexo, nas instituições de vinculação. Pode-se observar a concentração de moradores homens no CRIS e em Carmo, com 79% do total.

Pode-se observar que, em Itaocara, no momento da aplicação do questionário, foi encontrado apenas um morador. Destaca-se a presença de pessoas apenas do sexo masculino em Carmo, Paracambi, Bom Jesus de Itabapuna e Itaocara. Vale ressaltar que no caso das residências de Carmo, o Hospital Estadual Teixeira Brandão, origem dos moradores, possui uma população de internos exclusivamente do sexo masculino. Conforme pode ser observado na Tabela 9, há uma predominância do sexo masculino em todos os municípios, à exceção da residência ligada ao IPUB, que é de população feminina.

**Gráfico 18 .Distribuição dos moradores dos SRTs segundo sexo. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**



O gráfico 18 revela a predominância de homens nas moradias, com 74% do total de moradores.

**Tabela 10. Distribuição dos SRTs, segundo número de moradores. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**

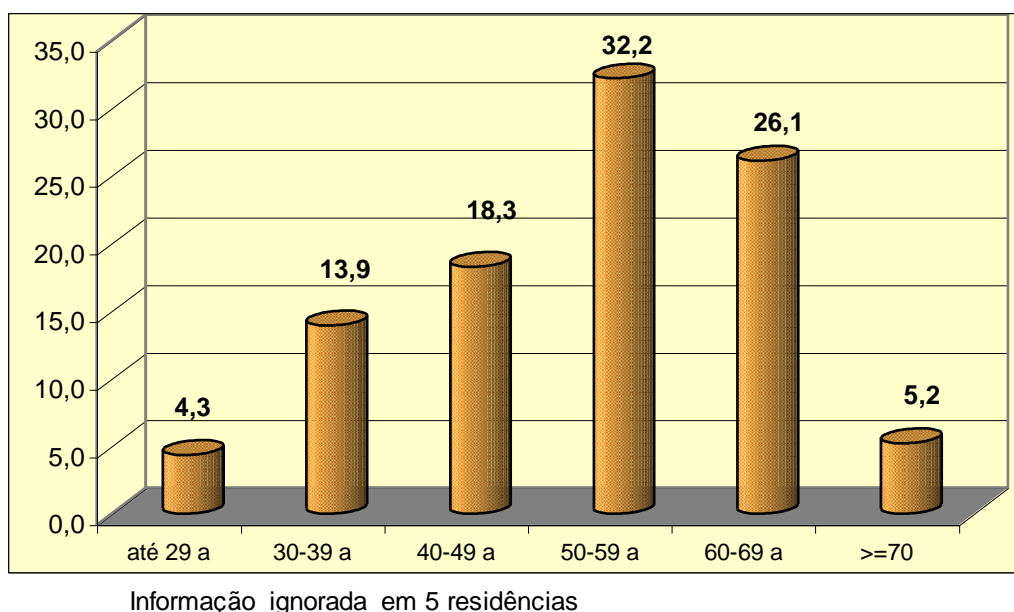
SRTs	moradores	%
1	3	12,50
2	1	4,17

3	3	12,50
4	3	12,50
5	3	12,50
6	5	20,83
7	4	16,67
8	2	8,33
24		100,00

Sem informação em 5 serviços

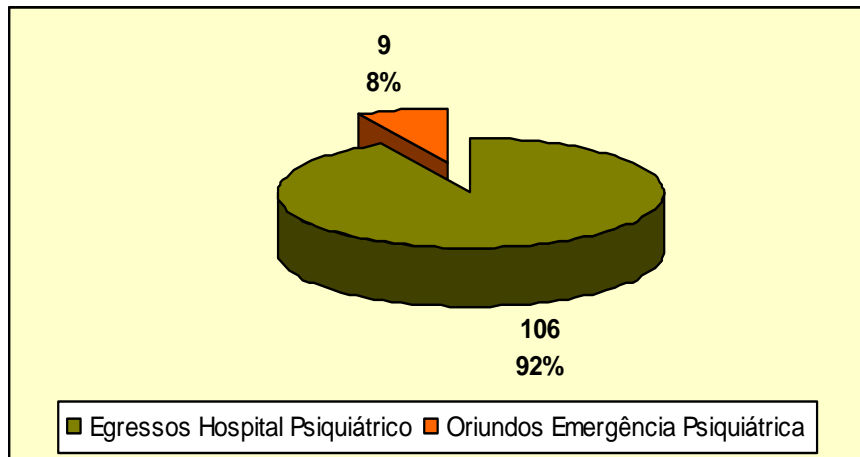
A tabela 10 revela que os SRTs contam com uma população que varia de 1 a 8 moradores ( Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000), que é o limite preconizado. A pesquisa no Rio de Janeiro demonstra que a maioria das residências possuía um número menor de moradores, e a composição mais freqüente é o SRT com 6 moradores, (20,83%). Os dados revelaram ainda que cerca de 50% das residências funcionam com até 5 pessoas.

**Gráfico 20. Distribuição percentual dos moradores, segundo faixa etária. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**



O gráfico 20 demonstra que a faixa etária compreendida entre 50 a 59 anos (32%) é predominante, seguida da de 60 a 69 anos (26%). Ressalta-se que existem 5 (4,3%) moradores com idade menor que 29 anos e 6 (5,2%) moradores com idade maior que 70 anos.

**Gráfico 21. Distribuição percentual dos moradores, segundo origem institucional dos moradores. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**

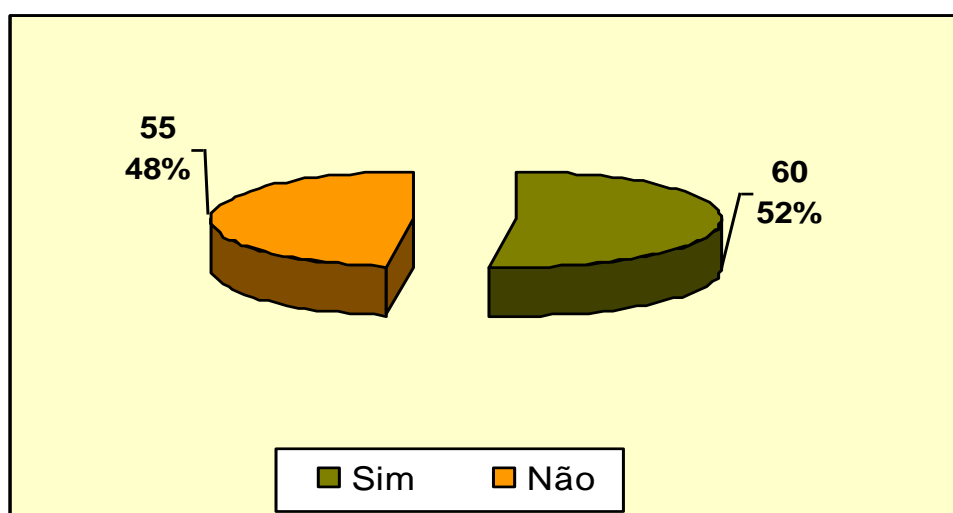


Informação ignorada em 5 residências

O gráfico 21 demonstra que do universo total de moradores (115), apenas 8% (9) são oriundos da emergência psiquiátrica, sendo a maioria (106) egressa de hospitais psiquiátricos.

Na análise bivariada, todos os moradores oriundos da emergência psiquiátrica moram em bairro residencial, enquanto moradores egressos de hospital psiquiátrico dividem-se: 50% em bairro residencial e 50% em área hospitalar.

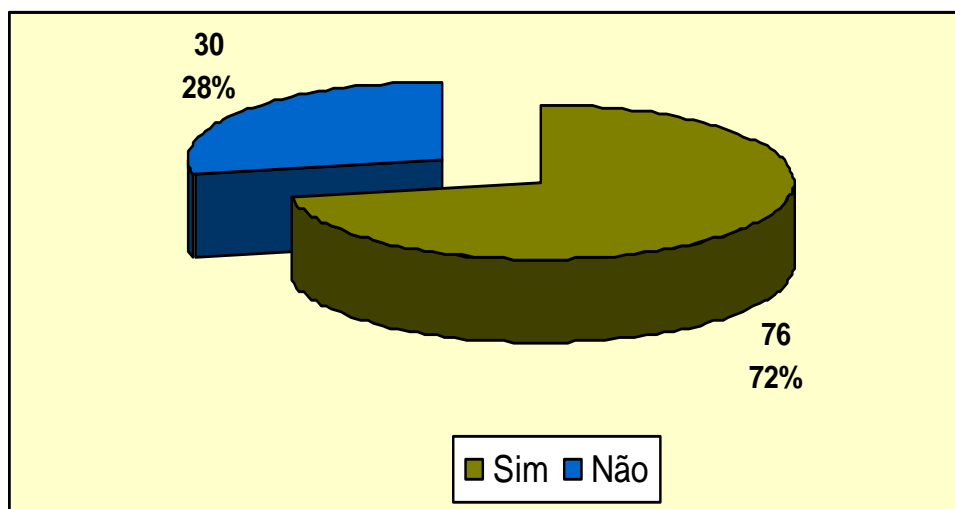
**Gráfico 22. Distribuição de moradores, segundo recebimento de visitas. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**



Informação ignorada em 5 residências

O gráfico 22 demonstra que 52% dos moradores receberam visitas e 48% não receberam. Na análise bivariada foi possível verificar que 18% dos moradores de SRTs localizados em bairro residencial não receberam visitas, enquanto 89% dos moradores localizados em área hospitalar não receberam visitas.

**Gráfico 23. Distribuição dos moradores, segundo porte de documento de identidade. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**

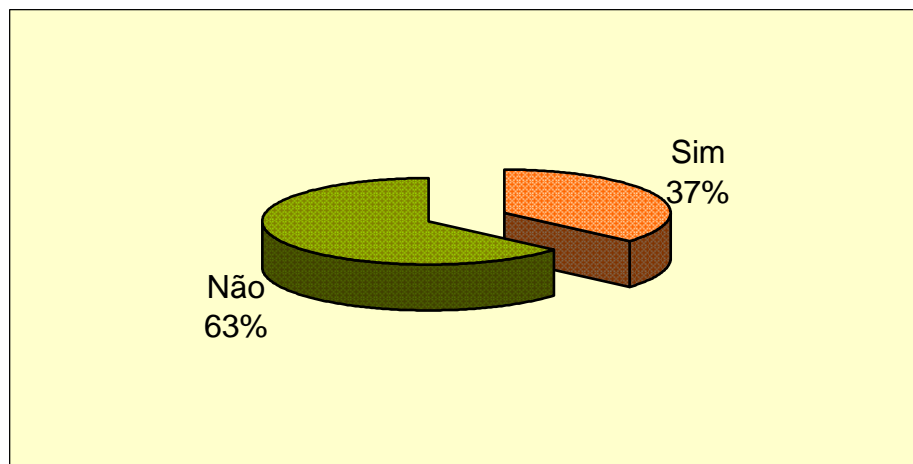


Informação ignorada para 9 moradores

O gráfico 23 revela que 72% dos moradores dos SRTs do Rio de Janeiro possuem algum documento de identidade. No estudo sobre os desafios para a implantação e gestão dos dispositivos residenciais terapêuticos, o suporte financeiro aos moradores não é compreendido apenas como a manutenção da casa. São consideradas ainda como importantes para o projeto a renda dos moradores para responder às suas necessidades mínimas, obtida a partir dos benefícios previdenciários, assistenciais ou bolsas específicas para o projeto das moradias.

Para a concessão de benefícios como de Prestação continuada da LOAS os critérios de seleção são inibitórios e, segundo Viveiros, esta é uma característica das políticas assistenciais em vigor no país, tornando a concessão destes benefícios importante para o suporte financeiro dos moradores, dependente em boa parte do esforço da equipe para regularizar a documentação dos moradores e manter contatos estreitos com os postos da previdência social (VIVEIROS, 2002:77)

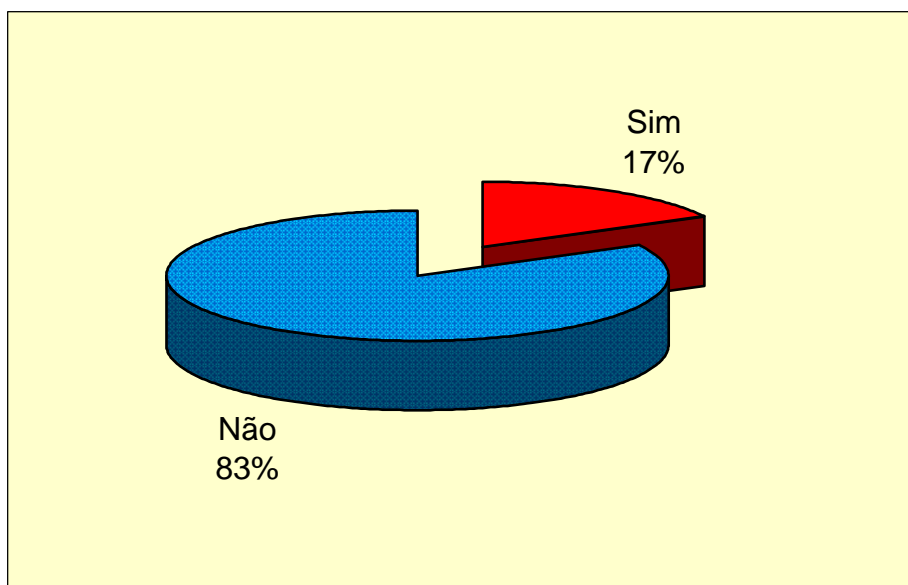
**Gráfico 24. Distribuição percentual dos moradores, segundo recebimento de benefício. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**



Sem informação 8 moradores  
Sem informação 5 residências

O gráfico 24 demonstra que, dos 107 moradores, 36,5% (38) recebem benefício.

**Gráfico 25. Distribuição dos moradores, segundo participação no Programa de Volta para a Casa. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**



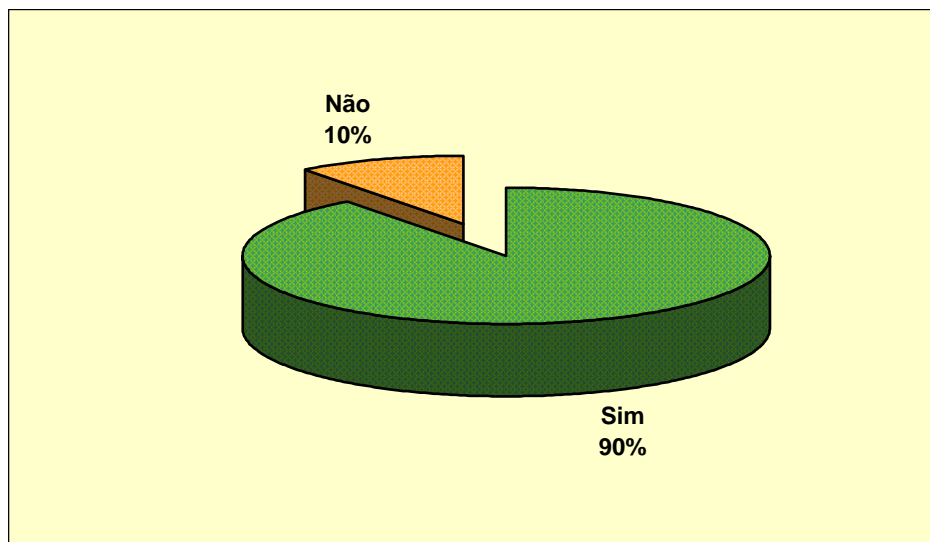
Sem informação 11 moradores  
Sem informação 5 residências

O gráfico 25 demonstra que, dos 104 moradores com esta informação, 36,5% (38) estão inscritos no Programa de volta para casa. Os municípios onde estão localizados os SRTs são considerados prioritários para a concessão da bolsa prevista pelo programa. Considerando a importância desta para manutenção das necessidades mínimas dos moradores, é de se estranhar esta baixa adesão ao programa.



### III - PROJETO TERAPÊUTICO E COTIDIANO DA MORADIA

**Gráfico 26. Distribuição dos SRTs, segundo existência de projeto terapêutico escrito. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**



Em que pese a discussão existente sobre a oportunidade da existência de projeto terapêutico nos SRTs, o gráfico 26 revela que 90% (26) dos serviços do Rio de Janeiro declaram possuir projeto terapêutico escrito. Os dois SRTs dos municípios de Paracambi e de o serviço de Itaocara não possuem projeto escrito.

**Quadro 2 - Número de SRTs, segundo atividades constantes do projeto terapêutico. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**

<b>Atividades do projeto terapêutico</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Projetos de vida: voltar a estudar, ir ao dentista, rever cidade natal, avaliar possibilidade de retorno à família	16	55
Atendimento individual em sistema de psicoterapia	16	55
Atendimento clínico em sistema ambulatorial	16	55
Participação de oficinas produtivas com geração de renda	16	55
Participação do núcleo de documentação e cidadania	16	55
Acompanhamento contínuo na comunidade para a gestão do cotidiano realizado junto à referência	16	55
Trabalho assistido incentivando a interlocução com a cidade	8	28
Organização em parceria com os moradores de associação de usuários e familiares	8	28
Criação de centro de convivência para fomentar estratégias de lazer e cultura co-gestadas	8	28
Atividades que estimulam a circulação dos moradores na cidade	8	28
Assembléias semanais para discutir o cotidiano da casa	8	28
Atividades que estimulam a apropriação do espaço da casa como "casa de morar"	1	10
Atendimento com médico psiquiatra	1	3
Participação no grupo de seleção e preparo dos candidatos	1	3
Participação de cursos na comunidade acompanhados pela equipe de referência	1	3

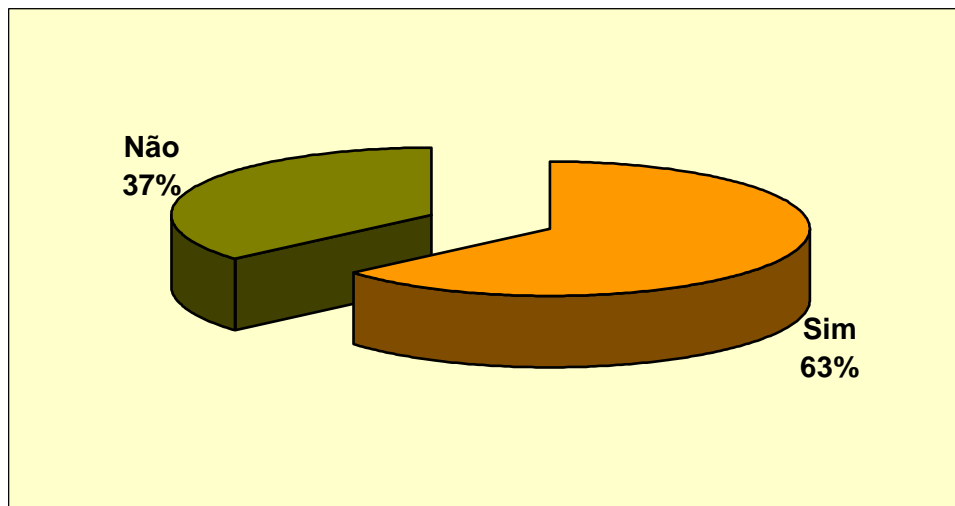
Atividades de auto-organização	1	3
Atividades de vida produtiva	1	3

Três serviços não possuem projeto terapêutico.

O Quadro 2 demonstra que o elenco de atividades desenvolvidas entre eles é variado, apontando para uma diversidade de acordo com as necessidades dos moradores e disponibilidade de recursos.

Vinte e seis serviços possuem um projeto terapêutico escrito, sendo que 55% descreveram atividades denominadas atividades de vida, como voltar a estudar e retomar contato com a família, atividades voltadas ao resgate da cidadania com trabalho assistido para geração de renda e atividades de acompanhamento terapêutico. Outras atividades relevantes, citadas em 27% serviços, referem-se a atividades de incentivo à circulação do morador na cidade, criação de fóruns de usuários e familiares e ainda a criação de centro de convivência voltado para atividades de lazer e cultura.

**Gráfico 27. Distribuição percentual dos moradores, segundo livre circulação no último trimestre, Estado do Rio de Janeiro, 2003.**



O gráfico 27 revela que, entre os 115 moradores que apontam esta informação, 63% (73) possuem autonomia para entrar e sair da moradia de acordo com sua vontade e necessidade. Foi constatado na análise bivariada que 88% dos

moradores de residências localizadas em bairro residencial possuem esta autonomia, enquanto nas residências localizadas na área hospitalar este número cai para 29,2%.

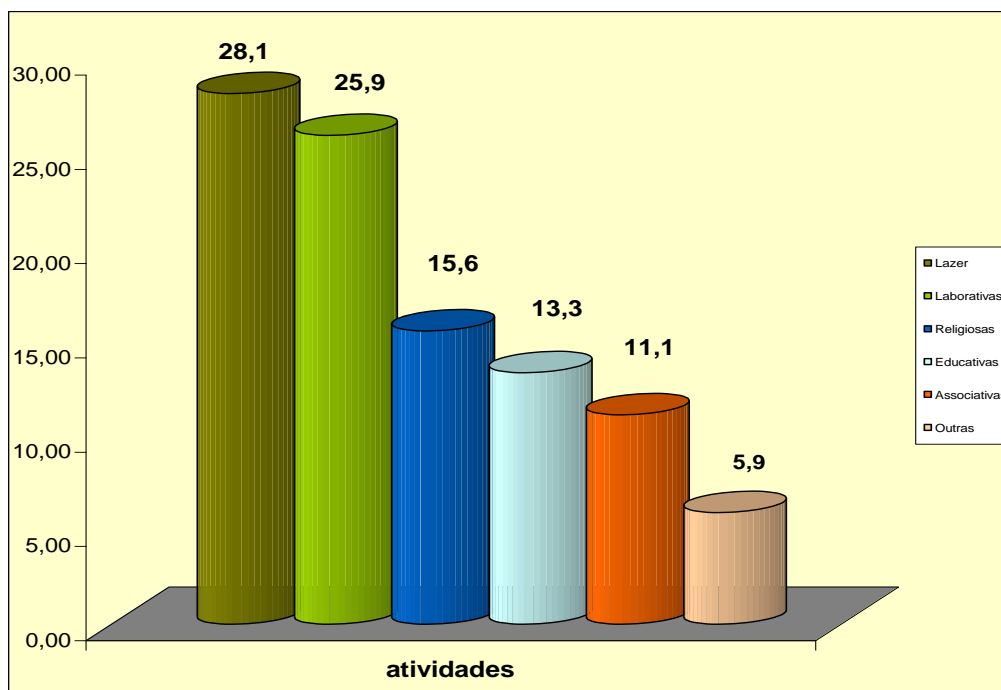
**Tabela 11. Distribuição dos moradores, segundo atividades regulares realizadas na casa. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**

<b>Atividade</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Lazer</b>	48	35,04
<b>Outras</b>	37	27,01
<b>Laborativas</b>	35	25,55
<b>Associativas</b>	12	8,76
<b>Religiosas</b>	5	3,65
<b>Total</b>	137	100,00

23 moradores fazem mais de uma atividade na casa

A Tabela 11 representa a participação nas atividades regulares (uma vez por semana) dentro da moradia. Mostra que 48 moradores participam de atividades de lazer; 37 participam de atividades relacionadas à gestão da casa; 12 de atividades associativas e 5 de atividades religiosas. É importante considerar que 23 moradores participam de mais de uma atividade e que existem moradores que não participam de nenhuma atividade.

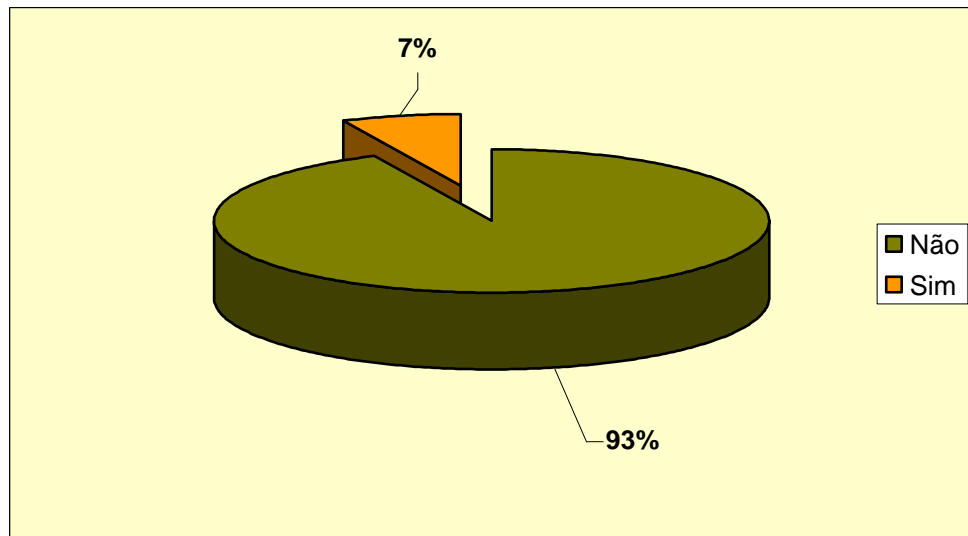
**Gráfico 29. Distribuição dos SRTs, segundo natureza de atividades regulares realizadas na comunidade. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**



Existem pessoas que fazem mais do que uma atividade  
6 residências sem informação

O gráfico 29 demonstra que a maioria dos moradores que fazem atividades regulares (uma vez por semana) na comunidade realiza atividades de lazer, 28% (38), seguida de atividades laborativas com 26% (35) moradores. Um número reduzido de moradores 6% (8) realiza atividades tais como festas na comunidade, feiras, comemoração na praça, participação no PAIF (Programa de Assistência à Família) ligado à Secretaria Municipal de Saúde de Carmo.

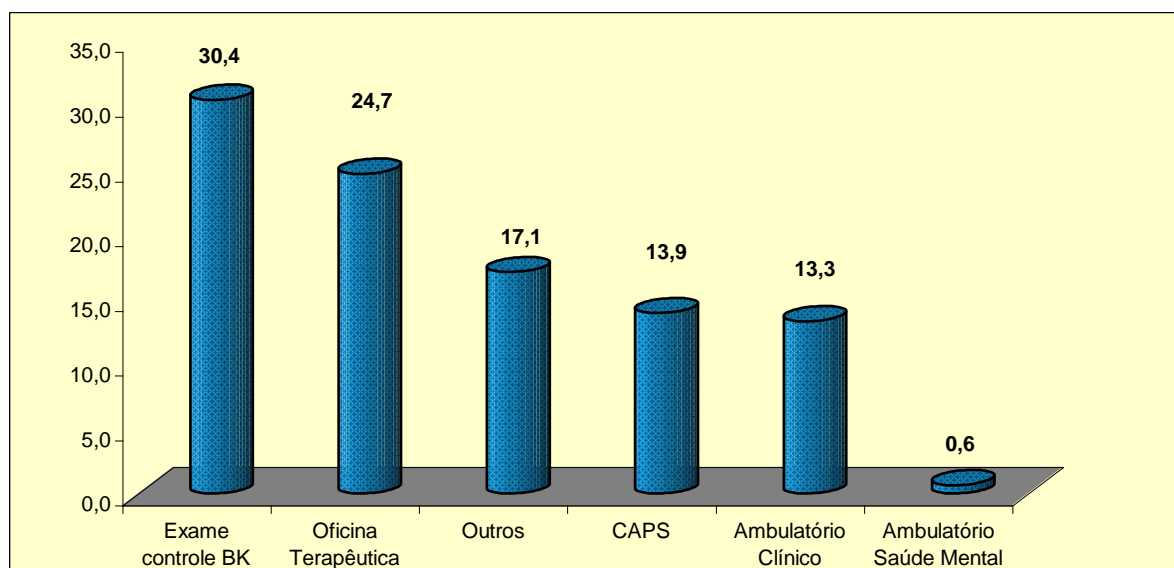
**Gráfico 30. Distribuição dos moradores, segundo internações psiquiátricas no último semestre. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**



O gráfico 30 revela que 93% (107) dos moradores inscritos no programa de SRTs não necessitaram de internações psiquiátricas no período determinado de 6 (seis) meses.

Análise bivariada constatou que, das 24 residências com essa informação, 16 não tiveram internações no período, 6 residências tiveram 1 internação e em 1 residência ocorreram 2 internações.

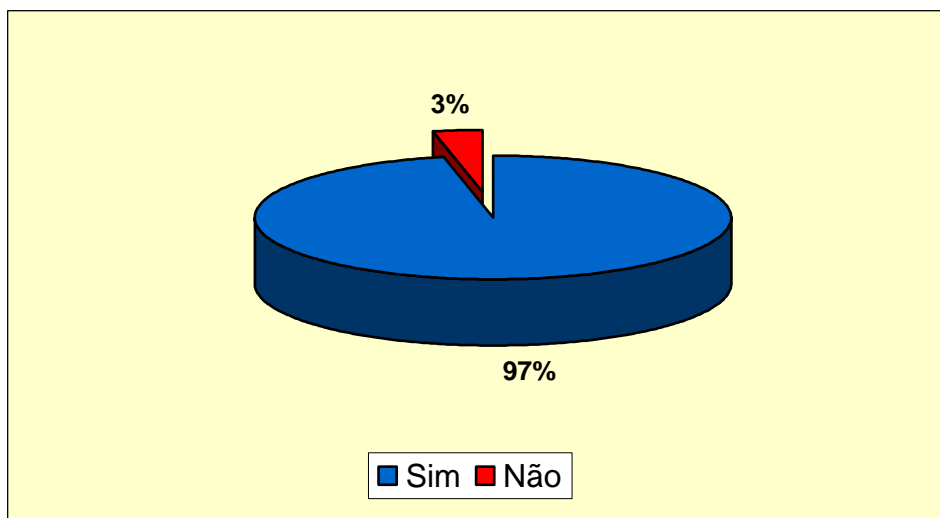
**Gráfico 31. Distribuição dos moradores, segundo freqüência nos serviços da rede local. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**



Constatou-se, no gráfico 31, que cerca de 30% (48) dos moradores utilizou regularmente a rede de serviço de saúde local. As atividades realizadas e classificadas como outras se referem à utilização do ambulatório do colégio Santo Inácio, Hospital Clínico e Serviço de Odontologia.

#### IV - SELEÇÃO DOS MORADORES

**Gráfico 32. Distribuição dos SRTs, segundo existência de critérios de seleção de moradores. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**



O gráfico 32 demonstra que apenas um serviço residencial terapêutico não utiliza critérios de seleção para indicar os moradores das casas.



**Quadro 3. Critérios de seleção dos moradores para os SRTs. Estado do Rio de Janeiro, 2003.**

<b>CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS USUÁRIOS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Critérios inclusivos de acordo com os recursos disponíveis	16	55,17
Indicação da equipe de referência	8	27,59
Ausência de vínculos sociais	5	17,24
Participação no grupo de seleção e preparo dos candidatos	4	13,79
Nível de autonomia, Facilidade de locomoção	4	13,79
Sem comprometimento clínico grave	4	13,79
Vontade do paciente	3	10,34
Não ser usuário de álcool	3	10,34
Tempo de internação	3	10,34
Idade	2	6,90
Não estar em processo adiantado de Retorno ao Lar – Carmo	2	6,90
Ser portador de documento de identidade	1	3,45
Trabalhadores bolsistas do Pomar do HETB – Carmo	1	3,45

Os critérios utilizados foram distintos nas residências e de acordo com as instituições de vinculação.

Nas 16 residências vinculadas ao CRIS, o critério mais importante para a seleção do morador foi referido como *critérios inclusivos de acordo com os recursos disponíveis*, traduzido como critérios que consideram o contexto e a realidade disponível de recursos, sendo variáveis os aspectos considerados e as possibilidades de recursos envolvidos, com o intuito de incluir o morador na vida da cidade.

Nas residências do município do Carmo, o fator mais importante para a seleção dos moradores foi ser indicado pela equipe de referência, seguido de apresentar um nível de autonomia e boas condições clínicas. A residência de Beira-

Rio, no município de Carmo, foi a única residência a não adotar critérios de seleção. As residências de Paracambi utilizam critérios relacionados a tempo de internação e nível de autonomia e porte de documento de identidade. O critério ausência de vínculos familiares foi utilizado por Paracambi, Itaocara, Bom Jesus de Itabapoana e IPUB/UFRJ.

## **V - DIFICULDADES ENFRENTADAS PARA IMPLANTAÇÃO, MANUTENÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SRTS.**

Os gestores informaram que as condutas adotadas nas situações de crise de morador são compostas por várias estratégias, dependendo da intensidade da crise e da disponibilidade da equipe no momento. Os recursos mais utilizados são as visitas das equipes técnicas, do cuidador responsável pelo SRT e da própria comunidade (referindo-se a moradores, vizinhos e amigos), para verificar e conduzir a situação. Constataram-se diferenças entre as orientações dos serviços, como, por exemplo, os serviços do CRIS, que adotam como orientação não prestar atendimento dentro da residência - em caso de necessidade é feito apenas o primeiro acolhimento -, enquanto nas residências do IPUB/UFRJ, Itaocara e Paracambi foi relatado o atendimento dentro das residências. Nas residências, exceto Instituto Juliano Moreira, foram relatadas orientação de internação em enfermaria psiquiátrica no hospital geral, nos casos de Itaocara e Paracambi, e internação em hospital psiquiátrico, no caso do IPUB/UFRJ.

Nas residências de Paracambi foi prescrito o reforço do projeto terapêutico no CAPS como conduta.

**Quadro 4. Dificuldades enfrentadas pelos gestores para a implantação dos SRTs. Estado do Rio de Janeiro, 2003**

DIFICULDADE PARA A IMPLANTAÇÃO	Nº	%
Falta de recursos financeiros	18	62,07
Dificuldades relacionadas ao aluguel do imóvel	18	62,07
Necessidade de apoio jurídico, financeiro e técnico	16	55,17
Demora dos trâmites burocráticos	16	55,17
Insuficiência de infra-estrutura para a equipe do programa (transporte, celular e hora extra)	16	55,17
Demora e insuficiência de equipamento das casas	6	20,69
Prazo curto para seleção/preparo dos moradores	4	13,79
Distância entre as moradias e o hospital clínico	3	10,34
Dificuldades para organização da rotina da casa	3	10,34
Preconceitos (aceitação dos vizinhos)	2	6,90
Resistência da equipe técnica	2	6,90
Falta de preparo da equipe técnica	2	6,90
Falta de manutenção sistemática do aluguel	2	6,90
Influência da cultura manicomial	1	3,45
Pouca sensibilização para a importância do serviço	1	3,45
Resistência inicial apresentada por pacientes e funcionários	1	3,45
Falta de projeto terapêutico para orientar o trabalho	1	3,45
Não concessão de passe livre para o transporte dos moradores	1	3,45
Ausência de renda financeira para garantir qualidade de vida dos moradores	1	3,45
Distância entre as moradias e os CAPS	1	3,45
Ausência de técnicos responsáveis pelo serviço	1	3,45

As dificuldades identificadas com maior frequência pelos gestores na implantação dos serviços residenciais foram as financeiras, tanto para a implantação como para a gestão. Cabe registro para as dificuldades relacionadas ao aluguel do imóvel, relatadas pela maioria dos gestores, as quais surgem desde como

dificuldades financeiras para o pagamento até como dificuldades para locar o imóvel devido à burocracia e ao preconceito dos vizinhos. A demora nos trâmites burocráticos para a implantação e cadastramento do serviço, a insuficiência da infraestrutura do programa para responder às demandas dos serviços, a falta de transporte, de celular e de possibilidade de pagamento de horas extras para a equipe também foram relatadas com ênfase pelos gestores. Surge também, de forma significativa, a necessidade de apoio jurídico, financeiro e técnico para atender às demandas específicas do serviço. Foram apontadas ainda outras dificuldades, com menor ênfase, como insuficiência de equipamento e manutenção das casas, organização da casa, preconceitos dos vizinhos, resistência inicial de usuários, de técnicos e de funcionários, despreparo da equipe técnica, ausência de projeto terapêutico, falta de uma renda financeira sistemática para garantir a qualidade de vida dos moradores, falta de passe livre para o transporte dos moradores, prazo insuficiente para a seleção e preparação dos moradores e, finalmente, a distância entre a moradia, o CAPS e o hospital clínico.

**Quadro 5. Dificuldades enfrentadas pelos gestores para o funcionamento e manutenção dos SRTs. Estado do Rio de Janeiro, 2003**

DIFICULDADES PARA O FUNCIONAMENTO E MANUTENÇÃO	Nº	%
Sustentar a tensão entre tutela e cuidado (na sua dimensão ética, política e clínica) diante do mandato institucional de resposta total após o asilo	16	55,17
Construção da demanda no trabalho com pessoas institucionalizadas e com insuficiente investimento clínico das equipes dos hospitais	16	55,17
Pouco ou nenhum investimento clínico das equipes devido à desinformação, posição ideológica ou manutenção de mito do passado, entre outros.	16	55,17
Constituição do grupo respeitando-se critérios de escolha	16	55,17
Rede de saúde, de Saúde Mental e equipamentos sociais ainda incipientes para apropriação da rede e do território	16	55,17
A responsabilidade da equipe de cuidar do território	16	55,17
Disponibilidade dos profissionais para o retorno dos moradores à comunidade, para sustentar as angústias e desafios colocados no cenário da cidade.	16	55,17
O desafio de acompanhar o exercício de contratualidade, o crescimento das pessoas e as demandas de uma retomada de um lugar na vida.	16	55,17
A peculiaridade da infra-estrutura exigida para este trabalho, resultando em desgaste da equipe e interferindo na permanência das pessoas no programa	16	55,17
Falta de capacitação adequada para a equipe técnica conduzir o trabalho	8	27,59
Localização do SRT na área hospitalar ("romper com a lógica do hospício")	8	27,59
Falta de recursos	4	13,79
Falta de medicamentos	2	6,90
Baixos salários e instabilidade empregatícia dos profissionais	2	6,90
Pouco envolvimento dos profissionais do hospital no preparo da alta	2	6,90
Burocracia	2	6,90
Dificuldades no manejo cotidiano da casa	1	3,45
Regime de plantão, gerando dificuldades de comunicação entre os profissionais/moradores e o acompanhamento do SRT.	1	3,45
Insuficiência de transporte coletivo, dificultando a participação dos moradores em projetos de reinserção social	1	3,45
Cuidado e higiene	1	3,45
Mudança de hábitos dos moradores, após anos de internação.	1	3,45

A relação de dificuldades identificadas para a manutenção e o funcionamento do serviço difere significativamente das elencadas para a

implantação dos SRTs. As mais importantes, apontadas por 64% dos gestores, se referem às dificuldades da equipe, considerando as peculiaridades e as habilidades presentes no trabalho com pessoas longamente institucionalizadas. Foram citadas como habilidades e peculiaridades do trabalho o cuidado do território, os desafios colocados no retorno do usuário à cidade e o acompanhamento da construção da contratualidade do morador.

Devem ser acrescentadas às listadas acima as dificuldades para a constituição de equipes para o trabalho, a insuficiência de redes de suporte como saúde, Saúde Mental e de equipamentos sociais para condução do trabalho, mencionada pelos serviços vinculados ao CRIS.

Cabe registro para o relato dos gestores de serviços localizados em área hospitalar, sobre a dificuldade de "romper com a lógica do hospício" e criar novas possibilidades de convivência para os moradores. Outras dificuldades surgiram com menor ênfase, como a carência de medicamentos, os baixos salários dos funcionários, assim como a falta de estabilidade nos empregos, o envolvimento insuficiente dos profissionais do hospital no momento da alta, a burocracia, o manejo cotidiano do serviço, o regime de plantão entre os funcionários, dificultando a comunicação interna, insuficiência de transportes coletivos e a adaptação dos moradores a novos hábitos.

**Tabela 12. Quantitativo de profissionais, segundo categoria profissional. Estado do Rio de Janeiro, 2003**

<b>Profissionais</b>	<b>Nº</b>
<b>Psiquiatra</b>	9
<b>Psicólogo</b>	13
<b>Assistente social</b>	12
<b>Terapeuta ocupacional</b>	6
<b>Fisioterapeuta</b>	6
<b>Dentista</b>	4
<b>Auxiliar de enfermagem</b>	6
<b>Cuidador</b>	21

A Tabela 12 demonstra o número de profissionais, segundo categoria profissional, envolvido no acompanhamento e atenção aos moradores das moradias.

Este dado deve ser analisado considerando-se que foi coletado em cada serviço, podendo um mesmo profissional estar dando cobertura para um conjunto de serviços. Cabe destaque para o número de psicólogos e assistentes sociais que trabalham nas moradias.



**Tabela 13. Equipe responsável pelo acompanhamento das 29 residências.  
Estado do Rio de Janeiro, 2003**

SRT	Equipe técnica							outros
	Psicólogo	Psiquiatra	Assist. social	Terap. Ocupac.	Aux.enf	cuidador		
CRIS - Juliano Moreira	3	1	0	0	0	5	*5	
Carmo	8	8	8	4	7	0	**2	
Paracambi	2	0	2	0	2	2	***2	
IPUB- Inst Psiquiatria UFRJ	1	0	1	0	0	2	0	
Bom Jesus de Itabapoana	1		1	1	1	2	0	
Itaocara	1	1	1	0	0	2	0	

\* outros do CRIS - 1 administrador, 1 secretário, 2 monitores e 1 nutricionista

\*\* outros Carmo - 1 dentista , 1 fisioterapeuta,

\*\*\*2 outros Paracambi – Fisioterapeuta.

Cabe a informação de que um mesmo profissional pode estar dando cobertura ao conjunto de serviços da instituição. No caso da equipe técnica do CRIS, eles acumulam acompanhamento contínuo aos moradores das residências e ao trabalho do CRIS. Destaca-se a presença de profissionais não previstos na legislação, como o fisioterapeuta e dentista.

## **6. DISCUSSÃO**

Os resultados deste estudo pretendem apontar questões relevantes que possam contribuir para as discussões sobre a implantação dos SRTs no país. O estudo apresenta limitações consideráveis, pois na definição da metodologia julgou-se mais oportuno ampliar o universo estudado, ao buscar atingir 100% dos serviços existentes no estado, e ampliar os aspectos a serem observados em cada variável do que aprofundar algumas das questões envolvidas. O produto esperado é a obtenção de um diagnóstico sobre os aspectos considerados mais relevantes dos SRTs em funcionamento no estado do Rio de Janeiro, ou seja, observar desde aspectos mais gerenciais até os ligados à participação do morador na vida da comunidade. Cabe registrar que os dados referentes à composição da equipe técnica não foram suficientes para compor um diagnóstico sobre a questão.

O estudo abrange as 30 residências terapêuticas em funcionamento, distribuídas em cinco municípios distintos, abrigando um total de 129 moradores.

Na análise global dos SRTs estudados pode-se observar um conjunto diversificado de serviços, tanto nas suas características relacionadas à tipologia, formas de vinculação técnica e financiamento quanto nas dificuldades encontradas, projeto terapêutico e critérios para a seleção dos moradores.

Aliás, em Ímola, Itália, essa diversidade dos serviços residenciais foi também observada em 21 lares abrigados, com importantes diferenças entre eles: estadias curtas ou permanentes, vagas para 15 ou 29 usuários, residência agrícola, apartamentos protegidos com assistência 24 horas para paciente grave. Modalidades que oferecem pluralidade de respostas às necessidades do paciente e que foram bem sucedidas (Ferreira, 2000:34).

No conjunto, preservando suas características, pode-se distinguir três agrupamentos de serviços. Esta aglutinação está relacionada, principalmente, à vinculação técnica do serviço e ao contexto histórico dos grandes hospitais psiquiátricos, de onde provieram os moradores, como pode ser observado a seguir:

- Os SRTs do Instituto Juliano Moreira são vinculados ao CRIS, que incorpora o papel de ser unidade de passagem do usuário para um dispositivo da comunidade. Este dispositivo na comunidade pode ser o retorno à família, uma moradia compartilhada com pessoas que tenham disponibilidade ou um serviço residencial terapêutico. Existem residências localizadas na área da colônia Juliano Moreira<sup>10</sup> e nos bairros vizinhos à colônia.
- Os serviços residenciais do município de Carmo são vinculados tecnicamente ao Hospital Estadual Teixeira Brandão, e encontram-se localizados na área hospitalar. Pode-se observar a influência do hospital na implantação dos serviços residenciais na fala do gestor sobre as dificuldades, relacionando a proximidade do hospital com as dificuldades *para romper com a manutenção de uma rotina e uma lógica manicomial*. No caso de Carmo, o processo de implantação das residências precisa ser compreendido dentro do contexto político local, cabendo relevar que houve um considerável esforço das coordenações municipal, estadual e da equipe técnica para implantação dessa modalidade de atenção, comprometida com a desospitalização dos usuários com longas internações psiquiátricas. Foi realizado o censo clínico e psicossocial do Hospital Estadual Teixeira Brandão de Carmo (ASM/SES/RJ – 2001). E encontra-se em curso o Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica no Hospital Estadual Teixeira Brandão, coordenado pela Assessoria de Saúde Mental do estado do Rio de Janeiro, que, entre outras ações, prevê a reestruturação dos fluxos clínicos, assistenciais e administrativos da unidade e o estabelecimento de Termo de Ajustamento de Conduta firmado entre o estado, o município e o ministério público estadual para a garantia das ações de reorientação da atenção. Cabe registrar ainda que, ao final do processo de reestruturação, o terreno onde se localizarão todas as residências será cedido para o município, não sendo mais de propriedade do hospital. Encontra-se em andamento um projeto de urbanização gradativa da área, com o objetivo de se tornar um bairro residencial do município (ASM/SES/RJ), que dependerá da vontade política,

---

<sup>10</sup> A área da colônia referida representa uma extensa área hospitalar da antiga colônia Juliano Moreira, que hoje abriga uma comunidade de aproximadamente 20.000 pessoas, sendo familiares de funcionários da instituição e moradores. A antiga colônia foi desmembrada em três instituições a partir da sua municipalização ocorrida no ano de 1997. (Milagres, 2003)

→ O terceiro agrupamento é bem mais diversificado, composto das residências de Itaocara, Bom Jesus de Itabapoana e Paracambi, que são municipais e encontram-se vinculadas tecnicamente aos CAPS, e a residência do IPUB/UFRJ, que é ligada ao Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Ressalte-se que todas as residências deste agrupamento estão localizadas em bairros residenciais.

Constatou-se que a maioria dos serviços iniciou seu funcionamento quando já existia a orientação para o cadastramento junto ao SUS. Verificou-se que 55% dos 29 serviços onde existe esta informação não são cadastrados ao SUS e recebem recursos principalmente municipais e estaduais para a sua manutenção. Foi apontada como dificuldade para a implantação do serviço a demora dos trâmites burocráticos para o cadastramento. É razoável supor que o baixo número de serviços cadastrados deve-se ao fato de 13 serviços estarem situados em área hospitalar, dos quais 8 vinculados tecnicamente ao hospital, não atendendo portanto às exigências para o cadastramento junto o SUS.

As dificuldades para a manutenção dos serviços, relatadas pelo CRIS - Instituto Juliano Moreira, estão relacionadas às peculiaridades do trabalho com uma clientela fortemente institucionalizada, que exige da equipe técnica uma disponibilidade diferenciada tanto na dedicação referente ao horário de trabalho como na capacidade de ampliar a atuação técnica para além da intervenção clínica, incorporando abordagens que considerem o território e a rede social. Cabe destaque para as dificuldades relacionadas com a rede de atenção à saúde, rede de atenção em saúde mental e rede social, que ainda são consideradas pelos gestores como incipientes para sustentar as demandas das residências.

Entre as dificuldades apontadas para a implantação do serviço, o aluguel do imóvel se destacou, relatado por 62% dos casos. Este item surgiu com diferentes implicações, desde dificuldades burocráticas para alugar um imóvel tendo como locatário o serviço público, até dificuldades relacionadas ao preconceito do locador e da vizinhança de alugar um imóvel com a finalidade de implantar moradia para egressos de internações psiquiátricas. Cabe destaque também para as dificuldades relacionadas à insuficiência de recursos financeiros, relatada por 18 serviços, e a necessidade de apoio jurídico, financeiro e técnico aos serviços, referida por 16 SRTs.

A política nacional de saúde mental preconiza o redirecionamento dos recursos financeiros resultantes do fechamento de leitos psiquiátricos para a implantação de serviços de atenção diária e comunitária. A portaria se refere apenas à implantação, não fazendo referência à manutenção e, talvez por essa razão, o número de serviços que recebem esses recursos seja tão reduzido. No caso do município de Paracambi e do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, essa transferência ocorreu de forma sistemática. Esta questão remete à necessidade de se criarem estratégias de financiamento perenes para que o processo de implantação das residências não esteja atrelado necessariamente ao fechamento de leitos psiquiátricos. As dificuldades financeiras para implantação e manutenção dos serviços foram enfatizadas por vários serviços, cadastrados ao SUS ou não, bem como os que recebem recursos de fechamento de leitos ou não, levando à conclusão de que é necessário discutir as formas de financiamento dos serviços.

Constatou-se que 86% da medicação utilizada nas residências é de responsabilidade somente do hospital psiquiátrico, enquanto 7% é de responsabilidade compartilhada entre o hospital e o CAPS. Cabe uma discussão sobre a participação do hospital. Este elevado índice de medicação sob a responsabilidade do hospital está relacionado à participação de Carmo e Cris, que apresentam um número grande de serviços.

Constatou-se que 28% dos serviços estão localizados em área do hospital psiquiátrico, exemplificada pelas residências do município de Carmo. A situação de desinstitucionalização dos usuários moradores do Hospital Estadual Teixeira Brandão deve ser analisada dentro do contexto político da implantação do serviço. As residências do Instituto Juliano Moreira devem ser analisadas considerando que parte das residências estão localizadas no bairro residencial inserido na área da antiga colônia Juliano Moreira. Deve-se considerar que, exceto a residência localizada na antiga casa do diretor na área da colônia, o restante, ainda que localizada na área da colônia, encontra-se inserida na comunidade, com intercâmbios regulares entre os moradores e os recursos comunitários. Cabe esclarecer que a casa do diretor abriga 8 moradores e assume papel de “transitória” entre o hospital e a comunidade. O restante das moradias em funcionamento, no estado do Rio de Janeiro, encontra-se localizada em bairros residenciais, mas os casos de residências em funcionamento deverão ser analisados para se conhecer a

dimensão da influência do hospital na consolidação do projeto de desinstitucionalização.

É preconizado que os serviços deverão funcionar preferencialmente em bairros residenciais e os vários autores defendem a importância de se criar SRTs na comunidade, fora do hospital:

*“Esses laços que chamo ‘institucionais’ são extremamente fortes e fazem com que os moradores das residências terapêuticas ainda mantenham elos com a instituição mesmo estando ‘morando fora’. No entanto, a residência funciona como um dispositivo capaz de colocar os moradores em contato com outras redes sociais além do ambiente da colônia. A experiência na casa é, portanto, marcada por esse duplo vínculo: ao mesmo tempo em que ainda se encontram em contato com o sistema psiquiátrico, os moradores estão inseridos agora em uma nova rede de relações”.* Milagres, (2002:74).

*“Permitem uma reapropriação pessoal muito mais rica do corpo, do espaço, do tempo, do uso dos objetos e de criação de vínculos interpessoais na vida cotidiana, bem como novas oportunidades sociais na comunidade”.* (Vasconcelos, 2001).

Viveiros busca na revisão bibliográfica dimensionar a importância do espaço, com múltiplas dimensões, para a constituição dos dispositivos. Citando Saraceno, reforça a importância da comunidade onde se localiza o serviço, identificando-a como uma fonte inexaurível de recursos existentes e potenciais, tanto humanos quanto materiais. Ele compara a comunidade com o serviço, concluindo ser ela tudo que o serviço não é, mas reafirmando a possibilidade de estabelecer uma relação entre eles [comunidade e serviço] através de processos diferenciados: negação, sedução e busca de consenso e interação. Ainda Viveiros, apud Saraceno:

*“... da paróquia ao sindicato, das associações esportivas às agregações mais ou menos formalizadas dos cidadãos à rede de lugares, recursos e oportunidades infinitas são as articulações individuais serviço/paciente/comunidade, capazes de produzir sentido, contratualidade, bem-estar”* (Saraceno, 1999:109).

Viveiros utiliza a categoria das Post-Asylum Geographies (Geografias Pós-Asilares) trabalhada por Philo (2000) para falar do novo cenário apresentado com o fechamento dos asilos, inclusive apontando para as possibilidades de diversificados tipos de atenção. Essa categoria representa uma nova configuração espacial e relacional a partir do fechamento dos asilos, ao relacionar a desinstitucionalização e o cuidado à “desintegração” do asilo com a conseqüente substituição por uma rede

mais complexa de geografias pós-asilares. Essas transformações introduzem uma combinação de novos espaços e lugares e possibilitam a oferta dos mais diversos tipos de atenção para os portadores de transtornos mentais.

Viveiros (apud Jones, 2000) discorre sobre a releitura renovada do conceito de Geografia humana, enfatiza o papel do “local” nas novas geografias da provisão de cuidados em saúde mental e ressalta como tema central as características próprias de cada localidade, que ocupam papel de destaque na moldura de novas experiências locais de desinstitucionalização.

Para complementar a discussão sobre a importância do contexto espacial dos dispositivos residenciais, Gomes (1999) utiliza o conceito de território utilizado por Milton Santos:

*“...é visto como um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social em que se tencionam sujeitos sociais colocados em situação na arena política. Uma vez que estas tensões são permanentes, o território nunca está acabado, mas, ao contrário, em constante reconstrução. Daí a noção de território-processo. Para o autor, o território é tecido a partir de suas formas, mas usado como sinônimo de espaço humano, espaço habitado” (1999:148).*

É preconizado o número de oito moradores por residência, mas os dados obtidos revelaram que 50% das moradias funcionam com até 5 (cinco) moradores. A composição das residências apresenta grande diversidade, com casos de residências com um casal ou até mesmo apenas um morador. Foram encontradas também residências mistas.

Estudos sobre as internações psiquiátricas no SIH/SUS apontam para a predominância de internações psiquiátricas entre os homens. Em 2003, foram registradas 24.275 (66%) internações psiquiátricas (DATASUS/MS -2003) entre homens e 12.701 (34%) internações entre mulheres. A hipótese levantada para explicar esse fenômeno está relacionada à maior oferta de leitos direcionada à população masculina, como também à maior ocorrência de psicose alcoólica e dependência de álcool entre os homens. Pepe (2002) descreve as características da população internada no período de agosto de 1995 a dezembro de 1998 no estado do Rio de Janeiro, revelando a predominância da população masculina (67%) no total de internos, com prevalência na faixa etária de 30-39 anos (33,3%), seguida das faixas etárias 40-49 e 20-29 anos, para ambos os sexos. Com idade igual ou

maior que 60 anos foram encontrados 5,2% entre os homens e 7,6% entre as mulheres. No *censo de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro* (SMS,1995) entre os hospitais municipais, a faixa predominante foi de 30-39 anos, e no censo de Paracambi (SES/MS, 2001) a faixa de maior incidência foi de 40-49 anos (33%), seguida da faixa de 30-39 anos, com 25,8%. Na colônia Juliano Moreira foram encontrados 90,7% dos internos com idade superior a 41 anos. No censo clínico e psicossocial do Hospital Estadual Teixeira Brandão de Carmo, os 280 internos eram homens, com predominância da faixa etária entre 40-49 anos (30,8%), seguida de 50-59 anos (26,2%). Entre os moradores das residências, encontra-se o predomínio na faixa etária entre 50-59 anos (32,2%), seguida de 60-69 anos (26,1%). Cabe registro que com idade superior a 70 anos foram encontrados apenas 5,2% dos moradores. No estudo sobre as internações e reinternações psiquiátricas no Rio de Janeiro no período de agosto de 1995 a dezembro de 1998, verificou-se que o maior número de pacientes, 33% do total, encontrava-se na faixa etária de 30-39 (Pepe, 2002).

Com referência à origem dos moradores constata-se que 92% dos moradores das residências terapêuticas do estado do Rio de Janeiro são egressos de hospital psiquiátrico. Essa informação aponta para a característica de desospitalização das residências, confirmando seu papel de modalidade de atenção voltada para as necessidades dos egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, com grave dependência institucional e sem suporte ou laços sociais e faixas etárias maiores.

O porte de documentos é um indicador importante para aferir como os moradores estão exercendo os seus direitos de cidadão. Os dados revelaram que 72% dos moradores possuíam algum documento de identidade. Deve-se considerar que os 28% de moradores que não possuem documentos ficam excluídos da concessão de benefícios previdenciários e assistenciais, que é condicionado ao porte de documento de identidade. Outra consideração igualmente importante é a necessidade de porte de documento para que o morador possa transitar pelas ruas da cidade, conforme previsto no projeto de residências terapêuticas. No estudo de Milagres, a questão do porte de documento foi tratada com destaque:

*“A preocupação em ‘ter documentos’ e a sensação de identidade incompleta quando não os têm é recorrente em quase todos os usuários dos programas*



*de residências que entrevistei. Os documentos significam uma espécie de 'passe livre' no mundo externo da cidade. No manicômio, os documentos são completamente dispensáveis. Lá o indivíduo possui a sua cama no pavilhão, sua caneca, seus pertences pessoais mais íntimos, seu prontuário...Essas são algumas das principais referências para a identidade do sujeito no asilo. No universo da cidade, porém, os documentos são a referência mais importante para que o indivíduo se sinta completamente inserido na vida social do território, como cidadão". (Milagres, 2002: 136).*

Para demonstrar a importância do documento para o morador, foi extraído um relato de um morador de um SRT vinculado ao CRIS, descrito por Milagres (2002:93):

*...a minha vida é crescer, ir para a frente, receber mais. Estou esperando também a aposentadoria que eu vou ganhar. Estou esperando tudo isso na minha vida, os documentos, e também o voto, votar ano que vem. Porque eu nunca votei, eu não conheço voto, nunca tinha título de eleitor".*

Os dados revelaram que existem vários moradores sem acesso aos benefícios aos quais têm direito. Foram encontrados 63,5% de moradores sem recebimento de qualquer benefício. Viveiros faz uma discussão sobre a importância dos benefícios, tanto previdenciários quanto assistenciais, para a sobrevivência e satisfação mínima das necessidades da clientela psiquiátrica. Informa que os moradores do IPUB recebem benefícios como aposentadoria, auxílio-doença e benefício de prestação continuada da LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social). Esta Lei garante aos portadores de deficiência e idosos com renda inferior a 50% do salário mínimo vigente a concessão de benefícios de prestação continuada no valor de um salário mínimo. Mas, segundo Viveiros, nos casos de benefícios assistenciais que não dependem de contribuições anteriores, os candidatos ao benefício necessitam atender a um elenco de exigências, dificultando, e muitas vezes inviabilizando, o recebimento dos recursos referentes ao benefício. Esta concessão depende geralmente do empenho da equipe para regularizar a documentação e acompanhar de processo junto à Previdência Social. Para a autora, essas dificuldades caracterizam a política assistencial vigente no país. Viveiros relata que as dificuldades apresentadas encontram-se relacionadas a:

*(.)..proposta de reformas das políticas sociais e reformas sociais que desvinculam o acesso do cidadão a determinados benefícios e serviços de sua*

*inserção no mercado de trabalho, sem, no entanto, desvincular esse acesso da capacidade contributiva de cada cidadão, tomado individualmente. É o caso da reforma da previdência social, que após ter sido alçada ao estatuto de seguridade social em 1998, retrocede à concepção de seguro social, vinculando-se o acesso a um volume determinado de recursos sob a forma de benefício à capacidade de poupança revelada por cada um durante sua vida útil. (Cohn 199:8).*

A adesão ao Programa de Volta para Casa é bastante baixa, com apenas 17% dos moradores incluídos. A Portaria que estabelece o benefício é de outubro de 2003, sendo bastante recente para apresentar um número significativo de moradores inscritos.

O quadro apresentado de um número significativo de moradores sem porte de documentos de identidade e sem concessão de benefícios a que eles têm direito demanda uma investigação sobre as causas, considerando que os documentos representam o passaporte para os moradores circularem pela cidade e os benefícios permitem a manutenção e/ou complementação da renda e garantem melhoria de qualidade de vida aos moradores.

Os dados revelaram que 37% (42) dos moradores não possuem livre entrada e saída da casa, sendo que 34 moradores que não possuem livre entrada e saída pertencem às moradias do município de Carmo. E ainda, que entre os moradores de Carmo, 71% não possuem livre entrada e saída. Pode-se supor que o dado esteja vinculado ao grau de autonomia dos moradores e à localização das moradias na área hospitalar. Milagres, a partir do seu estudo realizado nas moradias vinculadas ao CRIS, observou que:

A possibilidade de poder circular livremente pelos diversos espaços sociais produz, nos moradores das residências terapêuticas, reações diversas quando estão todos reunidos em local público. Cada um procura pelas atividades com que mais se identifica, e o grupo de moradores por vezes se reúne e por vezes se dispersa. As compras do mês, que a equipe técnica realiza com os usuários, são sempre um bom momento para se avaliar os diferentes comportamentos dentro do grupo. Milagres, (2002:100).

É preconizado que os SRTs devem constituir-se em espaços para morar e, nesse contexto, a visita é considerada como um indicador para aferir a condição

de casa/lar do SRT. O resultado indicou que metade dos moradores recebeu visitas e metade não as recebeu. O censo realizado nos 20 hospitais do Rio de Janeiro revelou que cerca de 50% não recebiam visitas ou estas eram esporádicas, o que é coincidente com o percentual apurado entre os moradores das residências terapêuticas. (I Relatório do censo dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro - 1995). Cabe registrar que, dos moradores que não recebiam visitas, 89% residiam em SRTs localizados em área hospitalar. Considerando as limitações dos dados por representarem amostra muito pequena, pode-se apenas supor que a localização da moradia influencia o recebimento de visitas.

É importante considerar que os moradores, além da atenção à Saúde Mental, precisam de atenção integral à saúde, nas suas intercorrências clínicas, exames, controles e acompanhamento de determinadas morbidades, como diabetes, hipertensão ou mesmo atendimento odontológico. Constatou-se que 30% dos moradores fizeram exames de BK, enquanto 25% utilizaram o atendimento em oficinas terapêuticas e 14%, o atendimento dos CAPS. Os dados revelados sugerem a reflexão de como a rede de atenção, assim como a rede social, encontra-se articulada e adequada para responder às demandas diversificadas dos SRTs, considerando que são aliados fundamentais para a viabilidade do projeto.

Nos casos de crise de moradores, a conduta adotada apresentou-se bastante diferenciada. Houve visitas da equipe técnica, do cuidador responsável pelo SRT e da própria comunidade (moradores, vizinhos e amigos), para verificar e conduzir a situação. Foram constatadas diferenças de orientação, quanto a prestar ou não atendimento dentro da residência. Foi relatada, em 13 residências, a conduta de, em casos graves, internação em enfermaria psiquiátrica no hospital geral, internação em hospital psiquiátrico, e enfermaria do hospital psiquiátrico. Segundo relato da experiência do Instituto Philippe Pinel,

*“... lembra que na vida as pessoas entram em crise, e portanto a diferença está em como lidar com essa crise. Relata que na sua experiência com o acompanhamento da crise surge uma corrente de relações da equipe para a cobertura e continuidade da atenção. A sua posição é de que a realidade é esta, a vida não pára para a crise e não parando ele (usuário) acaba entrando na realidade e a internação deve ser evitada. (Ferreira, 2000)*

O índice de internações no período estudado foi de 7%, representando oito internações psiquiátricas entre os moradores das residências, no período de

seis meses, um indicador de alta sensibilidade para a discussão sobre o funcionamento dos SRTs. Cabe registrar que 50% das internações registradas no período ocorreram nas residências localizadas em área hospitalar.

No estudo realizado no Canadá, os dados revelaram que os principais entraves à desinstitucionalização de portadores de transtornos mentais estão relacionados a: aumento da taxa de reinternações, que chega às elevadas taxas de 55 a 75%, insuficiência dos serviços disponíveis, má utilização dos recursos existentes, falta de coordenação entre os serviços, falta de continuidade das equipes envolvidas nas etapas do tratamento e falta de planejamento para criação dos serviços, com poucos requisitos definidos (Bandeira, 1994).

Foram identificados pontos comuns entre o diagnóstico acima e o relatado pelos coordenadores dos serviços, no que se refere à insuficiência dos serviços e dificuldades relacionadas à equipe técnica.

Verificou-se um elenco diversificado de critérios de seleção dos moradores; inclusive, a ausência de critérios, relatada em um serviço. Os critérios mais freqüentes foram os inclusivos “de acordo com os recursos disponíveis” utilizados pelo CRIS e compreendidos como um elenco diversificado e flexível de critérios, comprometidos com a proposta de inclusão do morador à vida após anos de institucionalização, articulados com a disponibilidade de recursos (Milagres 2002). No caso de Carmo, os moradores são indicados pela equipe de referência do hospital. A ausência de vínculos sociais aparece como terceiro critério, seguido do referente ao nível de autonomia e ausência de comprometimento clínico grave.

O estudo sobre as limitações do comportamento social em pacientes psiquiátricos de longa permanência (Gonçalves et al., 2001), refere-se à necessidade de um planejamento terapêutico individualizado, considerando o nível de dependência e convívio social, priorizando questões como lazer, trabalho e renda como aspectos essenciais para uma qualidade de vida satisfatória.

Existe a discussão sobre a pertinência do projeto terapêutico nos serviços terapêuticos, considerando que estes se constituem em espaços para moradia. Os dados revelaram que apenas 10% dos serviços não possuem projeto terapêutico, o que foi relatado como dificuldade para a manutenção do serviço e deve merecer

discussão aprofundada sobre a necessidade e características do projeto para cada uma das residências.

As atividades principais praticadas pelos moradores dentro da casa estão relacionadas ao lazer, à gestão da casa e laborativas. É importante observar que 23 moradores fazem mais de uma atividade. E as principais atividades praticadas fora de casa, na comunidade, estão relacionadas ao lazer e ao trabalho. Os projetos de trabalho são de extrema importância para os moradores mas representam um grande desafio:

“... isso porque exige a criação de projetos específicos, adequados ao perfil da clientela, principalmente através de dispositivos de trabalho protegido. Exige ainda uma intervenção profissional muito mais complexa, que ao mesmo tempo possa articular os resultados do trabalho ao espaço comunitário, criando produtos e serviços que possam ser mais competitivos, porém sem que ‘venda’ uma imagem paternalista ou estigmatizante..... Entretanto, para que se compreenda melhor a inserção de tais iniciativas no contexto das políticas públicas, é importante partir da compreensão não só das políticas específicas de saúde mental no âmbito da reforma psiquiátrica e das políticas de saúde, mas também uma discussão mais ampla do cenário atual das condições de trabalho no país”. (Viveiros, 2002:91).

## 8. BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, P. F.; ESCOREL, S. Da avaliação em saúde à avaliação em saúde mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. **Saúde em Debate**, v. 25, p. 35-47, 2001.
- ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2001. p. 167-176.
- ALVES, D. S. N. A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL, 5., 1996, Roterdã, Holanda. [S.l.: s.n.], [1995].
- ALVES, D. S. N. Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 195-202.
- ALVES, D. S. N. Transformações na assistência psiquiátrica no Brasil. In: RUSSO, J. A.; SILVA FILHO, J. F. da (Org.). **Duzentos anos de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Ed. da UFRJ, 1992. p. 135-143.
- AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. 141 p.
- AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 132p.
- AMARANTE, P. (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. 215 p.
- BANDEIRA, M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 40, n. 7, p. 355-360, 1991.
- BANDEIRA, M.; LESAGE, A.; MORISSETE, R. Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 43, n. 12, p. 659-666, 1994.
- BARROS, D. D. Desinstitucionalização é desospitalização ou desconstrução? **Revista de Terapia Ocupacional**, São Paulo, USP, v. 1, n. 2, p.101-106, 1990.
- BARROS, R. B. de; JOSEPHSON, S. Lares abrigados: dispositivos clínico-político no impasse da relação com a cidade. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 57-69, maio./ago. 2001

- BEAKLINI, M.; ESCOREL, S. Proteção social na reestruturação da assistência em saúde mental: há um cais do porto para quem precisa chegar. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 103-117, jan./abr. 2002.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa de desospitalização psiquiátrica**. Belo Horizonte, [1999].
- BRASIL. Lei n. 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 abr. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH**. Brasília, 2001. Disponível em: <[http://www.saude.gov.br/sas/pnashpsi/PNASH\\_Psiquiatria.pdf](http://www.saude.gov.br/sas/pnashpsi/PNASH_Psiquiatria.pdf)>. Acesso em: 08 mar. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 52, de 20 de janeiro de 2004.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental**: 1990-2002. 3. ed. rev. e atual. Brasília, 2002. 165 p.
- Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 106 de 11 de fevereiro de 2000. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental**: 1990-2002. 3. ed. rev. e atual. Brasília, 2002. 165 p.
- Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.220 de 7 de novembro de 2000. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental**: 1990-2002. 3. ed. rev. e atual. Brasília, 2002. 165 p.
- CARVALHO, M. C. Os desafios da desinstitucionalização. In: FIGUEIREDO, A. C.; CAVALCANTI, M. T. (Org.). **A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização**: contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental, Brasil, dezembro de 2001. Rio de Janeiro: IPUB, CUCA; UFRJ, 2001. p. 9-38.
- CARVALHO, M. A poética da casa: A tessitura dos espaços do *Habitar*. In: FERREIRA, G.; FONSECA, P.(Org.). **Conversando em casa**. Rio de Janeiro: 7Letras, 2000. p. 119 -128.
- CERQUEIRA, M. P. G. **A política de saúde mental no município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 1999. Tese de doutorado em saúde mental apresentada ao Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., 2001, Brasília. **Caderno de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2001. 192 p.

- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., 2002, Brasília. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2002. 213 p.
- COSTA-ROSA, A. da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.
- DELGADO, P. G et al. O Ministério da Saúde e a saúde mental no Brasil: panorama da última década. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., 2001, Brasília. **Caderno de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2001. p. 9-15.
- DELGADO, P. G. G. No litoral do vasto mundo: Lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica. In: VENÂNCIO, A. T. A.; CAVALCANTI, M. T. (Org.). **Saúde mental**: campo, saberes e discursos. Rio de Janeiro: IPUB, CUCA; UFRJ, 2001. p. 283-290.
- DELGADO, P. G. G.; CERQUEIRA, M. P. G; FREIRE, E. S. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v 17, n. 3, jun. 2001.
- DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 166 p.
- DESVIAT, M; FERNÁNDEZ LIRIA A. F.; RENDUELES OLMEDO, G. R. La nueva cronicidad. In: ESPINOSA, J. **Cronicidad en psiquiatria**. Madri: Associação Espanhola de Neuropsiquiatria, 1986. p 305-355.
- DUNNINGHAM, W.; AGUIAR, M. O custo social dos transtornos mentais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 44, n. 8, 1995.
- ESPINOSA, J. (Org.). **Cronicidad em psiquiatria**. Madri: Associação Espanhola de Neuropsiquiatria, 1986. 398 p.
- FERREIRA, G.; FONSECA, P.(Org.). **Conversando em casa**. Rio de Janeiro: 7Letras, 2000. 140 p.
- GONÇALVES, S. et al. Avaliação das limitações no comportamento social em pacientes psiquiátricos de longa permanência. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n.1, p.105-113, 2001.
- GUIMARÃES, J. et al. Desinstitucionalização em saúde mental: considerações sobre o paradigma emergente. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 5-11, maio/ago. 2001.
- HARARI, A.; VALENTINI, W. (Org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2001. 185 p.
- LIBERIO, M. Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental. **Saúde em Foco**, Rio de Janeiro, n. 21, p. 61-78, jul. 2001.



- MILAGRES, A. L. D. **Porta de saída do asilo**: cotidiano, narrativa e subjetividade nas residências terapêuticas em saúde mental do IMAS Juliano Moreira. Rio de Janeiro, 2002. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec, 1999. 269 p.
- MINAYO, M.C. de S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M.C. de S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 83-107.
- MINAYO, M. C. de S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 16. ed. Petrópolis, Vozes, 2000. 80 p.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Caracas**. [S. l.: s. n.], 1993. [100]
- PEPE, V. L. E. **Internações e reinternações psiquiátricas no estado do Rio de Janeiro**. São Paulo, 2002. Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. 158p.
- PITTA, A. M. F. Qualidade de serviços de saúde mental: desafios para a epidemiologia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 45, n. 6, p. 313-321, 1996.
- RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Perfil dos pacientes psiquiátricos**. Recife, [2001].
- RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **I Relatório do censo dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 1995. Documento interno, mimeografado.
- RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. **Relatório de Gestão da Assessoria de Saúde Mental - 1999-2003**. Rio de Janeiro, 2003.
- SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p 15 - 18.
- SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá; Instituto Franco Basaglia, 2001. 176p.
- SHI, L. **Health services research methods**. Albany: Delmar; International Thomson, 1997. 410p.
- TYKANORI, R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.

- VASCONCELOS, E.M. Avaliação de serviços no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica: revisão de metodologias e estratégias de pesquisa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 44, n. 4, p. 189-197, 1995.
- VASCONCELOS, E. M. Reinvenção da cidadania, *empowerment* no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 169-194.
- VASCONCELOS, E. M. Dispositivos Residenciais no contexto da reforma psiquiátrica: revisão das estratégias, tipologia e dos principais desafios políticos, teóricos e práticos. In: **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.
- VASCONCELOS, E.M. Os novos dispositivos residenciais no quadro atual da reorientação da assistência psiquiátrica brasileira. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., 2001, Brasília. **Caderno de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2001. p. 66-69.
- VIVEIROS, D. S. Desafios na implantação e gestão dos dispositivos residenciais terapêuticos em Saúde Mental. Rio de Janeiro, 2003. Trabalho apresentado ao Núcleo de Políticas Públicas e Saúde Mental - IPUB da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- YIN, Robert K. **Case study research: design and methods**. 2. ed. Thousand Oaks, Ca.: SAGE, 1994.

## 9. ANEXOS

### 9.1 ANEXO 1 - MODELO DO APLICADO NA PESQUISA

#### OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS NO RIO DE JANEIRO

Nome do serviço: \_\_\_\_\_  
Instituição de vinculação: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_

#### 1. QUAL A NATUREZA DA GESTÃO DO SRT?

1.1. Municipal	1.1.[ ]
1.2. Estadual	1.2.[ ]
1.3. ONG Qual(is) _____	1.3.[ ]
1.4. Privada Qual(is) _____	1.4.[ ]
1.5. Outros. Qual(is) _____	1.5.[ ]
9. Informação ignorada	

Marque 0-Não; 1-Sim, 9-Informação Ignorada

#### 2. O PROCEDIMENTO ESTÁ CADASTRADO AO SUS?

0.Não	
1.Sim	2 [ ]
9. Informação ignorada	

Marque 0 - Não

#### 3. O SRT ENCONTRA-SE TÉCNICAMENTE VINCULADO A QUAL INSTITUIÇÃO?

3.1. Não vinculado	3.1.[ ]
3.2. CAPS.	3.2.[ ]
3.3. Ambulatório.	3.3.[ ]
3.4. Hospitalar.	3.4.[ ]
3.5. Outros. Qual(is) _____	3.5.[ ]
9. Informação ignorada	

Marque 0-Não; 1-Sim, 9-Informação Ignorada

#### 4. QUAL (IS) FONTE (S) DE FINANCIAMENTO PARTICIPOU (ARAM) DA CRIAÇÃO DO SRT

4.1. Estadual	4.1.[ ]
4.2. Municipal	4.2.[ ]
4.3. Federal	4.3.[ ]
4.4. ONG. Qual(is) _____	4.4.[ ]
4.5. Outras. Qual(is) _____	4.5.[ ]
9. Informação ignorada	

**5. A CASA É ALUGADA?**

0. Não	5 [ ]
1. Sim	
9. Informação ignorada	

Marque 0-Não; 1-Sim, 9-Informação Ignorada

**6.NO CASO DA CASA SER ALUGADA, QUAL INSTITUIÇÃO PAGA O ALUGUEL?**

6.1. Estadual	6.1.[ ]
6.2. Municipal	6.2.[ ]
6.3. Federal	6.3.[ ]
6.4. ONG. Qual (is) _____	6.4.[ ]
6.5. Outros. Qual (is) _____	6.5.[ ]
9. Informação ignorada	

**7. QUAL (AIS) FONTE (S) DE FINANCIAMENTO PARTICIPA(M) DA MANUTENÇÃO DO SRT?**

7.1. Estadual	7.1.[ ]
7.2. Municipal	7.2.[ ]
7.3. Federal	7.3.[ ]
7.4. ONG. Qual (is) _____	7.4.[ ]
7.5. Outros. Qual(is) _____	7.5.[ ]
9. Informação ignorada	

**8. O SRT RECEBE RECURSOS FINANCEIROS ORIUNDOS DO FECHAMENTO DE LEITOS HOSPITALARES PSIQUIÁTRICOS ?**

0.Não	8 [ ]
1.Sim	
9. Informação ignorada	

Marque 0-Não; 1-Sim, 9-Informação Ignorada

**9. QUAL O TEMPO DE FUNCIONAMENTO DO SRT?**

Registre o número de meses em que o SRT encontra-se em funcionamento	9 [ ][ ]
99. Informação ignorada	meses

**10.QUAL O LOCAL DE FUNCIONAMENTO DO SRT?**

Registre o número correspondente ao local de funcionamento do SRT.	10 [ ]
10.1. CAPS.	
10.2. Ambulatório.	
10.3. Hospital.	
10.4. Bairro residencial.	
10.5. Outros. Qual? _____	
9. Informação ignorada	

**11.REGISTRE A (S) PRINCIPAL (AIS) DIFICULDADE (S) NA FASE DE IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO.**

_____
_____
_____

**12. REGISTRE A(S) PRINCIPAL (IS) DIFICULDADE (S) PERCEBIDA (S) PARA A MANUTENÇÃO E FUNCIONAMENTO COTIDIANO DO SERVIÇO.**


**13. REGISTRE A(S) CONDUTA(S) NO MOMENTO EM QUE UM MORADOR ENTRA EM CRISE**


**14. QUAL A INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL PELO ABASTECIMENTO DA MEDICAÇÃO UTILIZADA NA RESIDÊNCIA.**

14.1. CAPS.	14.1.[ ]
14.2. Ambulatório.	14.2.[ ]
14.3. Hospital	14.3.[ ]
14.4. A própria residência	14.4.[ ]
14.5. Outros. Qual (is)? _____	14.5.[ ]
9. Informação ignorada	

**15. QUANTOS MORADORES ESTÃO HOJE NA CASA?**

99. Informação ignorada	15 [ ][ ]
-------------------------	-----------

**16. QUAL A DISTRIBUIÇÃO DE MORADORES POR SEXO.**

Registre o número correspondente à composição por sexo do SRT	
16.1. Apenas feminino	16.1.[ ]
16.2. Apenas masculino	16.2.[ ]
16.3. Ambos os sexos	16.3.[ ]
9. Informação ignorada	16.4.[ ]

**17. QUAL A DISTRIBUIÇÃO DE MORADORES POR FAIXA ETÁRIA**

17.1. até 29 anos	17.1.[ ][ ]
17.2. 30-39 anos	17.2.[ ][ ]
17.3. 40-49 anos	17.3.[ ][ ]
17.4. 50-59 anos	17.4.[ ][ ]
17.5. 60-69 anos	17.5.[ ][ ]
17.6. 70 ou mais anos	17.6.[ ][ ]
9. Informação ignorada	

**18. QUAL A ORIGEM DOS MORADORES**

18.1. Número de Egressos de Hospitais Psiquiátricos	18.1.[ ][ ]
18.2. Egressos de CAPS	18.2.[ ][ ]
18.3. Oriundos de Emergência Psiquiátrica	18.3.[ ][ ]
18.4. Oriundos de outros locais. Qual(ais)? _____	18.4.[ ][ ]
9. Informação ignorada	

**19. HOUVE CRITÉRIOS PARA A SELEÇÃO DOS MORADORES DESTE SRT?**

Não	19 [ ]
Sim	
9. Informação ignorada	

Marque 0-Não; 1-Sim, 9-sem informação

**20. CASO TENHA HAVIDO CRITÉRIOS, CITE POR ORDEM DE IMPORTÂNCIA, QUAIS OS CRITÉRIOS UTILIZADOS.**

_____
_____
_____

**21. QUANTOS MORADORES POSSUEM BENEFÍCIOS?**

_____	21 [ ][ ]
-------	-----------

Marque 0-Não; 1-Sim, 9-sem informação

**22. QUANTOS MORADORES ESTÃO INSCRITOS NO PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA?**

_____	22 [ ][ ]
-------	-----------

Marque 0-Não; 1-Sim, 9-sem informação

**23. QUANTOS MORADORES RECEBERAM VISITAS?**

Registre o número de moradores que receberam alguma visita no último trimestre	23 [ ]
9. Informação ignorada	

**24. QUANTOS MORADORES POSSUEM LIVRE ENTRADA E SAÍDA DA MORADIA NO ÚLTIMO TRIMESTRE?**

Registre o número de moradores que têm autonomia para entrar e sair da casa	24 [ ]
9. Informação ignorada	

**25. NÚMERO DE MORADORES QUE PARTICIPAM DE ATIVIDADES REGULARES (NO MÍNIMO UMA VEZ POR SEMANA) NA COMUNIDADE**

25.1. Educativas	25.1. [ ][ ]
25.2. Religiosas	25.2. [ ][ ]
25.3. Lazer	25.3. [ ][ ]
25.4. Laborativas	25.4. [ ][ ]
25.5. Associativas	25.5. [ ][ ]
25.6. Outras. Quais _____	25.6. [ ][ ]
8. Não se aplica (não possui projeto terapêutico)	25.7. [ ][ ]
9. Informação ignorada	25.8. [ ][ ]

Marque 0-Não; 1-Sim, 9-sem informação

**26. NÚMERO DE MORADORES QUE PARTICIPAM DE ATIVIDADES REGULARES (NO MÍNIMO UMA VEZ POR SEMANA) DENTRO DA MORADIA**

26.1. Educativas	26.1.[ ] [ ]
26.2. Religiosas	26.2.[ ] [ ]
26.3. Lazer	26.3.[ ] [ ]
26.4. Laborativas	26.4.[ ] [ ]
26.5. Associativas	26.5.[ ] [ ]
26.6. Outras. Qual (is)? _____	26.6.[ ] [ ]
8. Não se aplica (não possui projeto terapêutico)	
9. Informação ignorada	

Marque 0-Não; 1-Sim, 9-sem informação

**27. O SRT POSSUI PROJETO TERAPÊUTICO ESCRITO?**

Não	27 [ ]
Sim.	
9. Informação ignorada	

**28. QUAIS AS ATIVIDADES RELACIONADAS NO PROJETO TERAPÊUTICO?**

8. Não se aplica	28 [ ]
9. Informação ignorada	

**29. NÚMERO DE MORADORES PORTADORES DE ALGUM DOCUMENTO DE IDENTIDADE**

9. Informação ignorada	29 [ ]
------------------------	--------

Marque 0-Não; 1-Sim, 9-sem informação

**30. QUAL A COMPOSIÇÃO DA EQUIPE TÉCNICA QUE PRESTA SUPERVISÃO E ACOMPANHAMENTO AO SRT?**

30.1. Psicólogo	30.1.[ ]
30.2. Psiquiatra	30.2.[ ]
30.3. Assistente Social	30.3.[ ]
30.4. Terapeuta ocupacional	30.4.[ ]
30.5. Enfermeira	30.5.[ ]
30.6. Médico do Programa de Família	30.6.[ ]
30.7. Técnico de Enfermagem	30.7.[ ]
30.8. Auxiliar de Enfermagem	30.8.[ ]
30.9. Outros. Qual(is)? _____	30.9.[ ]
9. Informação ignorada	

Marque 0-Não; 1-Sim, 9-sem informação

**31. QUANTOS MORADORES TIVERAM INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NOS ÚLTIMOS SEIS MESES?**

_____	31 [ ]
-------	--------

Marque 0-Não; 1-Sim, 9-sem informação

**32. O CUIDADOR ESTÁ VINCULADO À QUAL INSTITUIÇÃO?**

<b>(contrato de trabalho)</b>	
32.1. SRT	32.1.[ ]
32.2. CAPS.	32.2.[ ]
32.3. Ambulatório.	32.3.[ ]
32.4. Hospital.	32.4.[ ]
32.5. Outras Quais?	32.5.[ ]

Marque 0-Não; 1-Sim, 9-sem informação

**33. QUANTOS MORADORES FREQUENTARAM A REDE DE ATENÇÃO DE SAÚDE LOCAL NO ÚLTIMO TRIMESTRE?**

33.1. CAPS	33.1.[ ][ ]
33.2. Ambulatório de Saúde Mental	33.2.[ ][ ]
33.3. Oficina terapêutica	33.3.[ ][ ]
33.4. Ambulatório Clínico	33.4.[ ][ ]
33.5. Outros serviços de saúde. Quais? _____	33.5.[ ][ ]
9. Informação Ignorada	

Marque 0-Não; 1-Sim, 9-sem informação



## 9.2 ANEXO 2 - MANUAL DE ORIENTAÇÕES

### Orientações para o preenchimento do questionário sobre os serviços residenciais terapêuticos no Rio de Janeiro

Estas orientações têm como objetivo dirimir as dúvidas sobre o preenchimento do questionário anexo, resultando em respostas mais homogêneas sobre a realidade do SRT. A clareza das respostas é fundamental para o resultado final do estudo. O resultado apurado com a consolidação e análise dos vinte e oito questionário aplicados nos serviços existentes no estado indicará a amostra para aplicação de três entrevistas, em serviços selecionados, com questões mais abertas e qualitativas.

Nos casos em que o(a) coordenador(a) seja responsável por mais de um serviço, será necessário um questionário para cada serviço residencial terapêutico, mesmo considerando que várias respostas serão semelhantes. A análise dos dados será a partir de cada serviço existente em funcionamento.

Para garantir uma uniformidade na compreensão das questões, foi elaborado este manual de orientação.

#### 1. QUAL A NATUREZA DA GESTÃO DO SRT?

Marque **0**-Não **1**-Sim ou **9**-Informação Ignorada, para cada uma das opções de acordo com a natureza da instituição ou a instituição responsável pela gerência do SRT. Considera-se natureza da gestão, a natureza da instituição responsável, pelos aspectos técnicos, administrativos e financeiros do SRT.

Considera-se gestão municipal quando a prefeitura e/ou secretaria municipal são as responsáveis e estadual quando é a secretaria estadual. O responsável também pode ser uma instituição privada ou uma ONG. Podem existir outras formas de gestão não previstas, devendo para estes casos, ser escolhida a opção *outras*. No caso da gestão ser compartilhada entre mais de uma instituição, é só escolher mais de uma opção.

1.1. Municipal	1.1 [ ]
1.2. Estadual	1.2 [ ]
1.3. ONG Qual(is) _____	1.3 [ ]
1.4. Privada Qual(is) _____	1.4 [ ]
1.5. Outros. Qual(is) _____	1.5 [ ]
9. Informação ignorada	

Marque **0**-Não; **1**-Sim, **9**-Informação Ignorada

#### 2. O PROCEDIMENTO ESTÁ CADASTRADO AO SUS?

Marque apenas uma opção caso o SRT tenha sido ou não cadastrado, como procedimento, junto ao Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) e recebe por procedimento executado.

0.Não	2 [ ]
1.Sim	
9. Informação ignorada	

Marque **0** - Não

### 3. O SRT ENCONTRA-SE TECNICAMENTE VINCULADO A QUAL INSTITUIÇÃO?

Marque 0-Não; 1-Sim, 9- Informação Ignorada para cada uma das opções de acordo com a instituição responsável pela atenção, supervisão e acompanhamento aos usuários da SRT. Considera-se atenção como o cuidado com a saúde dos usuários. Acompanhamento compreende atividades exercidas por profissionais de nível superior voltadas ao acompanhamento sistemático do cotidiano da casa. E supervisão como atividade técnica especializada e sistemática de acompanhamento do cotidiano de serviço.

3.1. Não vinculado	3.1 [ ]
3.2. CAPS.	3.2 [ ]
3.3. Ambulatório.	3.3 [ ]
3.4. Hospitalar.	3.4 [ ]
3.5. Outros. Qual(is) _____	3.5 [ ]
9. Informação ignorada	

Marque 0-Não; 1-Sim, 9-Informação Ignorada

### 4. QUAL (IS) FONTE (S) DE FINANCIAMENTO PARTICIPOU (ARAM) DA CRIAÇÃO DO SRT

Para a implantação do serviço, quais as instituições que colaboraram com recursos financeiros. No exemplo abaixo as fontes foram federal e municipal.

4.1. Estadual	4.1 [ ]
4.2. Municipal	4.2 [ ]
4.3. Federal	4.3 [ ]
4.4. ONG. Qual(is) _____	4.4 [ ]
4.5. Outras. Qual(is) _____	4.5 [ ]
9. Informação ignorada	

### 5. A CASA É ALUGADA?

O imóvel onde funciona o serviço é alugado?

0. Não	5 [ ]
1. Sim	
9. Informação ignorada	

Marque 0-Não; 1-Sim, 9-Informação Ignorada

### 6. NO CASO DA CASA SER ALUGADA, QUAL INSTITUIÇÃO PAGA O ALUGUEL?

Qual a instituição responsável pelo pagamento do aluguel da moradia.

6.1. Estadual	6.1 [ ]
6.2. Municipal	6.2 [ ]
6.3. Federal	6.3 [ ]
6.4. ONG. Qual (is) _____	6.4 [ ]
6.5. Outros. Qual(is) _____	6.5 [ ]
9. Informação ignorada	6.6 [ ]

## 7. QUAL (AIS) FONTE (S) DE FINANCIAMENTO PARTICIPA(M) DA MANUTENÇÃO DO SRT?

Qual a natureza da instituição responsável pela manutenção do serviço. Esta sendo considerado como manutenção as compras de supermercado, luz, telefone, água e gastos com despesas cotidianas da casa.

7.1.Estadual	7.1 [ ]
7.2.Municipal	7.2 [ ]
7.3. Federal	7.3 [ ]
7.4.ONG. Qual (is) _____	7.4 [ ]
7.5 Outros. Qual(is) _____	7.5 [ ]
9. Informação ignorada	

## 8. O SRT RECEBE RECURSOS FINANCEIROS ORIUNDOS DO FECHAMENTO DE LEITOS HOSPITALARES PSIQUIÁTRICOS ?

A Portaria /GM nº 106/2000 vincula os recursos financeiros oriundos do fechamento de leitos psiquiátricos com a ampliação da rede de atenção extra hospitalar O que se quer apurar é se houve esta transferência no momento da implantação do serviço.

0.Não	8 [ ]
1.Sim	
9. Informação ignorada	

Marque 0-Não; 1-Sim, 9-Informação Ignorada

## 9. QUAL O TEMPO DE FUNCIONAMENTO DO SRT?

Esta pergunta tem como objetivo conhecer o tempo de funcionamento do serviço, em meses, a partir da implantação e funcionamento do serviço.

Registre o número de meses em que o SRT encontra-se em funcionamento	9 [ ][ ]
99. Informação ignorada	meses

## 10.QUAL O LOCAL DE FUNCIONAMENTO DO SRT?

Qual a área física de localização do serviço. Esta questão busca verificar a implicação da localização dos SRT com outras variáveis observadas.

Registre o número correspondente ao local de funcionamento do SRT.	10 [ ]
1. CAPS.	
2. Ambulatório.	
3. Hospital.	
4. Bairro residencial.	
5. Outros. Qual _____	
9. Informação ignorada	

## 11.REGISTRE A(S) PRINCIPAL (AIS) DIFICULDADE (S) NA FASE DE IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO.

Descrever de forma resumida e por ordem de prioridades as principais dificuldades vivenciadas pelos gestores para implantar o serviço.

_____
_____
_____

**12. REGISTRE A(S) PRINCIPAL (IS) DIFICULDADE (S) PARA A MANUTENÇÃO E FUNCIONAMENTO COTIDIANO DO SERVIÇO.**

Identificar, por ordem de prioridades, as principais dificuldades enfrentadas no dia a dia do serviço. Deve-se considerar desde dificuldades referentes a falta de recursos materiais até a administração de conflitos entre os moradores.


**13. REGISTRE A(S) CONDUTA(S) NO MOMENTO EM QUE UM MORADOR ENTRA EM CRISE**

Listar, por ordem de prioridades, as principais condutas adotadas no momento em que um morador entra em crise. Caso não tenha ocorrido esta situação, deixar o campo em branco.


**14. QUAL A INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL PELO ABASTECIMENTO DA MEDICAÇÃO UTILIZADA NA RESIDÊNCIA**

Identificar a instituição responsável pelo controle e abastecimento da medicação da residência.

14.1 CAPS.	14.1 [ ]
14.2. Ambulatório.	14.2 [ ]
14.3 Hospital	14.3 [ ]
14.4 A própria residência	14.4 [ ]
14.5 Outros. Quais. _____	14.5 [ ]
9. Informação ignorada	

**15. QUANTOS MORADORES ESTÃO HOJE NA CASA?**

Registre o número de moradores da casa no dia em que o check list foi respondido

99. Informação ignorada	15 [ ] [ ]
-------------------------	------------

**16. QUAL A DISTRIBUIÇÃO DE MORADORES POR SEXO.**

Identificar a composição, por sexo, dos moradores. (Registre o número correspondente à composição por sexo do SRT)

16.1. Apenas feminino	16.1 [ ]
16.2. Apenas masculino	16.2 [ ]
16.3. Ambos os sexos	16.3 [ ]
9. Informação ignorada	16.4 [ ]

**17.QUAL A DISTRIBUIÇÃO DE MORADORES POR FAIXA ETÁRIA**

Identificar o número de usuários de acordo com as faixas etárias disponíveis

17.1 - até 29 anos	17.1 [ ] [ ]
17.2 - 30-39 anos	17.2 [ ] [ ]
17.3 - 40-49 anos	17.3 [ ] [ ]
17.4 - 50-59 anos	17.4 [ ] [ ]
17.5 - 60-69 anos	17.5 [ ] [ ]
17.6 - 70 ou mais anos	17.6 [ ] [ ]
9. Informação ignorada	

**18. QUAL A ORIGEM DOS MORADORES**

Descrever a origem dos moradores e coloque o número de usuários correspondente

18.1 Número de Egressos de Hospitais Psiquiátricos	18.1 [ ] [ ]
18.2.Egressos de CAPS	18.2 [ ] [ ]
18.3 Oriundos de Emergência Psiquiátrica	18.3 [ ] [ ]
18.4 Oriundos de outros locais. Qual(ais) _____	18.4 [ ] [ ]
9. Informação ignorada	

**19. HOUVE CRITÉRIOS PARA A SELEÇÃO DOS MORADORES DESTE SRT?**

Foram identificados, por escrito, critérios para a seleção dos moradores. Caso tenha um documento escrito, favor enviar. No exemplo abaixo, os moradores foram selecionados a partir de critérios determinados.

Não	19 [ ]
Sim	
9. Informação ignorada	

Marque 0-Não; 1-Sim, 9-sem informação

**20. CASO TENHA HAVIDO CRITÉRIOS, CITE POR ORDEM DE IMPORTÂNCIA, QUAIS OS CRITÉRIOS UTILIZADOS.**

Descrever, por ordem de prioridade, os critérios utilizados para a seleção dos moradores da residência

<hr/> <hr/> <hr/>
-------------------

**21.QUANTOS MORADORES POSSUEM BENEFÍCIOS?**

Registre o número de moradores que possuem algum tipo de benefício, LOAS, aposentadoria ou pensão do INSS.

_____	21 [ ] [ ]
-------	------------

Marque 0-Não; 1-Sim, 9-sem informação

**22. QUANTOS MORADORES ESTÃO INSCRITOS NO PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA?**

Conforme orientação da Portaria 2077/GM, os Portadores de Transtornos mentais, de acordo com critérios estabelecidos, podem ser beneficiários do *Programa de volta para a casa*. Identificar quantos usuários aderiram ao referido programa. Caso não tenha nenhum, marcar 0.

_____	22 [ ] [ ]
-------	------------

Marque 0-Não; 1-Sim, 9-sem informação

**23. QUANTOS MORADORES RECEBERAM VISITAS NO MÊS DE OUTUBRO DE 2003?**

Fazer um levantamento dos moradores que receberam visitas no último trimestre.

Registre o número de moradores que receberam alguma visita no último trimestre 9. Informação ignorada	23 [ ]
--	--------

**24. QUANTOS MORADORES POSSUEM LIVRE ENTRADA E SAÍDA DA MORADIA NO ÚLTIMO TRIMESTRE?**

Registre o número de moradores que têm autonomia para entrar e sair da casa .

9. Informação ignorada	24 [ ]
------------------------	--------

**25. NÚMERO DE MORADORES QUE PARTICIPAM DE ATIVIDADES REGULARES (NO MÍNIMO UMA VEZ POR SEMANA) NA COMUNIDADE**

Identificar o número de moradores que participam de alguma atividade comunitária, pelo menos uma vez por semana. Considera-se cursos ou atividades de capacitação, alfabetização, profissionalizante, artes, atividade de lazer e cultura, atividades de convivência com pessoas ou instituição no âmbito da comunidade.

25.1. Educativas	25.1 [ ] [ ]
25.2. Religiosas	25.2 [ ] [ ]
25.3. Lazer	25.3 [ ] [ ]
25.4. Laborativas	25.4 [ ] [ ]
25.5. Associativas	25.5 [ ] [ ]
25.6. Outras. Quais. _____	25.6 [ ] [ ]
8. Não se aplica (não possui projeto terapêutico)	25.7 [ ] [ ]
9. Informação ignorada	25.8 [ ] [ ]

Marque 0-Não; 1-Sim, 9-sem informação

**26. NÚMERO DE MORADORES QUE PARTICIPAM DE ATIVIDADES REGULARES (NO MÍNIMO UMA VEZ POR SEMANA) DENTRO DA MORADIA**

Identificar o número de moradores que participam de alguma atividade fornecida pelo serviços residencial, pelo menos uma vez por semana. Considera-se cursos ou atividades de capacitação, alfabetização, profissionalizante, artes, atividade de lazer e cultura e atividades de convivência .

26.1. Educativas	26.1 [ ] [ ]
26.2. Religiosas	26.2 [ ] [ ]
26.3. Lazer	26.3 [ ] [ ]
26.4. Laborativas	26.4 [ ] [ ]
26.5. Associativas	26.5 [ ] [ ]
26.6. Outras. Quais _____	26.6 [ ] [ ]
8. Não se aplica (não possui projeto terapêutico)	26.7 [ ] [ ]
9. Informação ignorada	26.8 [ ] [ ]

Marque 0-Não; 1-Sim, 9-sem informação

**27. O SRT POSSUI PROJETO TERAPÊUTICO ESCRITO?**

Não	27 [ ]
Sim.	
9. Informação ignorada	

**28. QUAIS AS ATIVIDADES RELACIONADAS NO PROJETO TERAPÊUTICO?**

_____	28 [ ]
8. Não se aplica	
9. Informação ignorada	

**29. NÚMERO DE MORADORES PORTADORES DE ALGUM DOCUMENTO DE IDENTIDADE**

Especificar o número de moradores que possui documentos de identidade, como carteira de identidade, carteira de trabalho, certidão de nascimentos e etc.

9. Informação ignorada	29 [ ]
------------------------	--------

Marque 0-Não; 1-Sim, 9-sem informação

**30. QUAL A COMPOSIÇÃO DA EQUIPE TÉCNICA QUE PRESTA SUPERVISÃO E ACOMPANHAMENTO AO SRT?**

Identificar a equipe técnica responsável pelo funcionamento e manutenção do cotidiano do SRT.

30.1 Psicólogo	30.1 [ ]
30.2 Psiquiatra	30.2 [ ]
30.3 Assistente Social	30.3 [ ]
30.4 Terapeuta ocupacional	30.4 [ ]
30.5. Enfermeira	30.5 [ ]
30.6. Médico do Programa de Família	30.6 [ ]
30.7. Técnico de Enfermagem	30.7 [ ]
30.8. Auxiliar de Enfermagem	30.8 [ ]
30.9. Outros. Qual(is) _____	30.9 [ ]
9. Informação ignorada	

Marque 0-Não; 1-Sim, 9-sem informação

### 31. QUANTOS MORADORES TIVERAM INTERNAÇÕES PSQUIÁTRICAS NOS ÚLTIMOS SEIS MESES?

Levantar quantos moradores tiveram que ser internados na rede hospitalar psiquiátrica

_____	31 [ ]
-------	--------

Marque 0-Não; 1-Sim, 9-sem informação

### 32. O CUIDADOR ESTÁ VINCULADO A QUAL INSTITUIÇÃO?

Identificar qual a instituição de vinculação do cuidador.

(contrato de trabalho)	
32.1. SRT	32.1 [ ]
32.2. CAPS.	32.2 [ ]
32.3. Ambulatório.	32.3 [ ]
32.4. Hospital.	32.4 [ ]
32.5. Outras. Quais. _____	32.5 [ ]

Marque 0-Não; 1-Sim, 9-sem informação

### 33. QUANTOS MORADORES FREQUENTARAM A REDE DE ATENÇÃO DE SAÚDE LOCAL, NO ÚLTIMO TRIMESTRE?

Quantos moradores utilizaram a rede de atenção à saúde local para controles, acompanhamentos, consultas clínicas de rotina, exames e dentre outros.

33.1. CAPS	33.1 [ ] [ ]
33.2. Ambulatório de Saúde Mental	33.2 [ ] [ ]
33.3. Oficina terapêutica	33.3 [ ] [ ]
33.4. Ambulatório Clínico	33.4 [ ] [ ]
33.5. Outros serviços de saúde. Quais. _____	33.5 [ ] [ ]
9. Informação Ignorada	

Marque 0-Não; 1-Sim, 9-sem informação



### 9.3 ANEXO 3 –

#### RELAÇÃO DOS SRTS EM FUNCIONAMENTO NO RIO JANEIRO ATÉ DEZEMBRO DE 2003

<b>Instituição de vinculação técnica do SRT</b>	<b>Município</b>
1. CRIS - Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano	Rio de Janeiro
2. CRIS - Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano	Rio de Janeiro
3. CRIS - Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano	Rio de Janeiro
4. CRIS - Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano	Rio de Janeiro
5. CRIS - Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano	Rio de Janeiro
6. CRIS - Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano	Rio de Janeiro
7. CRIS - Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano	Rio de Janeiro
8. CRIS - Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano	Rio de Janeiro
9. CRIS - Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano	Rio de Janeiro
10. CRIS - Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano	Rio de Janeiro
11. CRIS - Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano	Rio de Janeiro
12. CRIS - Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano	Rio de Janeiro
13. CRIS - Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano	Rio de Janeiro
14. CRIS - Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano	Rio de Janeiro
15. CRIS - Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano	Rio de Janeiro

16. CRIS - Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano	Rio de Janeiro
17. Instituto de Psiquiatria da UFRJ	Rio de Janeiro
18. CAPS de Bom Jesus de Itabapoana	Bom Jesus de Itabapoana
19. CAPS - Paracambi - Masculino	Paracambi
20. CAPS - Paracambi - Feminino	Paracambi
21. CAPS de Itaocara	Itaocara
22. Hosp. Teixeira Brandão - HETB 1	Carmo
23. Hosp. Teixeira Brandão - HETB 2	Carmo
24. Hosp. Teixeira Brandão - HETB 3	Carmo
25. Hosp. Teixeira Brandão - HETB 4	Carmo
26. Hosp. Teixeira Brandão - HETB 5	Carmo
27. Hosp. Teixeira Brandão - HETB 6	Carmo
28. Hosp. Teixeira Brandão - HETB 7	Carmo
29. Hosp. Teixeira Brandão - HETB 8	Carmo