

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Luciana de Medeiros Lacôrte Soares

Serviços residenciais terapêuticos na cidade do Rio de Janeiro: uma análise da estrutura e do processo de cuidado

Rio de Janeiro

2017

Luciana de Medeiros Lacôrte Soares

Serviços residenciais terapêuticos na cidade do Rio de Janeiro: uma análise da estrutura e do processo de cuidado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de concentração: Políticas Públicas e Saúde.

Orientador: Paulo Roberto Fagundes da Silva

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S676s Soares, Luciana de Medeiros Lacôrte.
Serviços residenciais terapêuticos na cidade do Rio de Janeiro: uma análise da estrutura e do processo de cuidado / Luciana de Medeiros Lacôrte Soares. -- 2017.

100 f. ; il. color. ; mapas ; tab.

Orientador: Paulo Roberto Fagundes da Silva.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

1. Serviços de Assistência Domiciliar. 2. Reabilitação Psiquiátrica - psicologia. 3. Desinstitucionalização. 4. Saúde Mental. 5. Serviços de Saúde Comunitária. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.2098153

Luciana de Medeiros Lacôrte Soares

Serviços residenciais terapêuticos na cidade do Rio de Janeiro: uma análise da estrutura e do processo de cuidado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de concentração: Políticas Públicas e Saúde.

Aprovada em: 06 de julho de 2017.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr^a Maria Cecília de Araújo Carvalho
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Politécnica Joaquim Venâncio

Prof. Dr. Paulo Roberto Fagundes da Silva (orientador)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2017

Para Bernardo, meu amado filho.

AGRADECIMENTOS

A toda equipe dos Serviços Residenciais Terapêuticos, em especial aos Acompanhantes Terapêuticos, que prontamente aceitaram participar da pesquisa.

Aos moradores das RTs que dão o sentido e o colorido do trabalho cotidiano.

À Superintendência de Saúde Mental pela presteza no acesso aos documentos, principalmente a Rita Silvério, Denise Barreto e Rhayanna Cavassini.

Aos professores da ENSP por nos propiciar formação de qualidade e por ter me apresentado tantos novos caminhos.

As minhas amigas, parceiras de trabalho e da vida, Catarine Venas, Camila Gaudio e Marina Melchades pelo compartilhamento diário e pelas inúmeras reflexões. Vocês são muito importantes para mim!

As queridas Fabiana Gama, Jorgiane Vilar, Mariana Inácio e Tatiana Ferreira, presentes do mestrado, por todos os sorrisos, apoio, encorajamento e torcida.

Aos meus pais, Jonatas e Claudia por serem meus maiores incentivadores e pela segurança que me transmite qual sejam os caminhos que eu queira percorrer!

Ao meu marido Marcelo Lacôrte pela torcida e vibração por cada passo dado.

Ao meu filho Bernardo, razão do meu viver, por me ensinar o amor genuíno e a beleza das pequenas coisas, me motivando a ser e buscar o melhor diariamente.

Aos queridos professores Nilson do Rosário e Maria Cecília, por participarem da banca de qualificação e, com muita gentileza, contribuírem para o aprimoramento do estudo.

Por fim, ao meu orientador Paulo Fagundes, pela disponibilidade e presença que, com muita paciência, me apresentou e conduziu pelos caminhos da pesquisa.

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e ela corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.”

GALEANO, 2003

RESUMO

Objetivo: O objetivo do estudo é analisar a estrutura e o processo de cuidado nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) existentes no município do Rio de Janeiro.

Método: Trata-se de um estudo transversal e de caso, que se concentrou na coleta de informações primárias para descrever a estrutura e o processo de cuidado nos módulos residenciais (Residências Terapêuticas) sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município. A pesquisa foi realizada em todos os dispositivos públicos em funcionamento no mês dezembro de 2016.

Resultados e discussão: No Rio de Janeiro, os SRTs estavam em expansão e cumpriam a função de propiciar o convívio comunitário para pacientes com transtorno mental grave que se encontravam institucionalizados em hospitais psiquiátricos, e era a principal estratégia de desinstitucionalização adotada pela SMS. As casas tinham caráter de moradia permanente e quanto ao processo de cuidado, se fazia necessária articulação mais próxima entre os serviços de saúde a fim de garantir a continuidade longitudinal do cuidado a esta clientela vulnerável. Os moradores apresentavam baixa frequência nos CAPSs e as casas eram ambientes altamente medicalizados. Os SRTs são dispositivos de cuidados intensivos dos pacientes, pois são casas com processo de reabilitação interno e com grande oferta de vagas nas 24 horas do dia. Ainda assim, os dispositivos residenciais são fundamentais para a sustentação de pacientes com transtorno mental grave na comunidade.

Palavras chave: Serviço Residencial Terapêutico, reabilitação psicossocial, atenção comunitária, desinstitucionalização, saúde mental.

ABSTRACT

Aim: The study aims to analyze the structure and the process of care in the Residential Therapeutic Services (SRTs) existing in the city of Rio de Janeiro.

Method: This is a cross-sectional and case study, with focused on the collection of primary information to describe the structure and care process in the Residential Modules (Therapeutic Residences) under the management of the Municipal Health Department (SMS) of the municipality. The research was carried out in all public facilities in operation in december 2016.

Results and discussion: In Rio de Janeiro the SRTs are expanding and fulfill the function of providing community living for patients with severe mental disorder who were institutionalized in psychiatric hospitals and was the main deinstitutionalization strategy adopted by SMS. The houses had the character of permanent housing and the care process, a closer articulation between the health services was necessary in order to guarantee the longitudinal continuity of care to this vulnerable clientele. Residents had low frequency in the CAPSs and the houses are highly medicalized environments. SRTs are intensive care devices for patients, as they are houses with internal rehabilitation processes and with a large number of vacancies 24 hours a day. Yet, residential devices are critical to sustaining patients with severe mental disorders in the community.

Keywords: Residential facilities, psychosocial rehabilitation, community care, deinstitutionalization, mental health housing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS	21
Figura 2 – Mapa da cidade do Rio de Janeiro por Área Programática (AP)	43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características chave para boas práticas nos módulos residenciais canadenses	34
Quadro 2 – Trajetória histórica da organização sanitária da cidade do Rio de Janeiro; 1916-2015	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil dos moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos (N = 439). Rio de Janeiro, dezembro de 2016	53
Tabela 2 – Estrutura dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Rio de Janeiro, dezembro de 2016	56
Tabela 3 – Média de quartos e banheiros dos Serviços Residenciais Terapêuticos por morador. Rio de Janeiro, dezembro de 2016	58
Tabela 4 – Serviços Residenciais Terapêuticos por ano de implantação. Rio de Janeiro, dezembro de 2016.....	59
Tabela 5 – Indicadores de acompanhamento e avaliação de qualidade dos SRTs para o período entre julho de 2015 e julho de 2017. Rio de Janeiro, dezembro de 2016.....	60
Tabela 6 – Distribuição das Residências Terapêuticas por CAPS (N = 80). Rio de Janeiro, dezembro de 2016.....	62
Tabela 7 – Média de frequência dos moradores dos SRTs nos CAPSs de referência. Rio de Janeiro, dezembro de 2016	63
Tabela 8 – Cuidado em saúde mental nas Residências Terapêuticas. Rio de Janeiro, dezembro de 2016.....	64
Tabela 9 – Cuidado em saúde mental dispensado aos moradores das Residências Terapêuticas. Rio de Janeiro, dezembro de 2016	65
Tabela 10 – Referência de emergência e internação/acolhimento por tipos de unidades. Rio de Janeiro, dezembro de 2016	69
Tabela 11 – Média de satisfação da equipe de segmento em relação ao acompanhamento realizado no CAPS. Rio de Janeiro, dezembro de 2016.....	71
Tabela 12 – Distribuição das especialidades médicas consideradas de difícil acesso para os moradores de Residências Terapêuticas. Rio de Janeiro, dezembro de 2016	73

Tabela 13 – Média de satisfação da equipe de segmento em relação ao acompanhamento realizado em unidades de atenção básica de referência. Rio de Janeiro, dezembro de 2016	74
Tabela 14 – Gastos em saúde dos moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Rio de Janeiro, dezembro de 2016.....	75
Tabela 15 – Benefícios e bolsas recebidas por moradores das Residências Terapêuticas. Rio de Janeiro, dezembro de 2016	77
Tabela 16 – O cotidiano dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Rio de Janeiro, dezembro de 2016	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABR	Artur Bispo do Rosário
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
AT	Acompanhante Terapêutico
BAR	Bolsa de Apoio à Ressocialização
BPC	Benefício da Prestação Continuada
CAP	Coordenação de Área Programática
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil
CER	Coordenação de Emergência Regional
CIEDS	Centro Integrado de Estudos e Programas de Desenvolvimento Sustentável
EAT	Espaço Aberto ao Tempo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FNS	Fundo Nacional de Saúde
HMJM	Hospital Municipal Jurandyr Manfredini
HMLJ	Hospital Municipal Lourenço Jorge
IMAS	Instituto Municipal de Assistência à Saúde
IMASJM	Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira
IMASNS	Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira
IMPP	Instituto Municipal Phillipe Pinel
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
ONG	Organização Não Governamental
OS	Organização Social
PROGRES	Progetto Residenze
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVC	Programa de Volta para Casa

RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCAPS	Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RT	Residência Terapêutica
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMH	Secretaria Municipal de Habitação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SSM	Superintendência de Saúde Mental
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TAPS	Team of Assesment of Psychiatric Services
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMG	Transtorno Mental Grave
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS	19
2.1. A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR E OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICO.....	23
3. OS DISPOSITIVOS RESIDENCIAIS NA PERSPECTIVA INTERNACIONAL ...	26
4. OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS NA LITERATURA NACIONAL	37
5. METODOLOGIA	41
5.1. DESENHO DA PESQUISA.....	41
5.2. LOCAL DO ESTUDO – OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	43
5.3. INSTRUMENTO UTILIZADO	50
5.4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	51
5.5 ASPECTOS ÉTICOS	52
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
6.1. CARACTERÍSTICAS DA CLIENTELA E DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO	53
6.2. A ESTRUTURA DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS.....	56
6.3. O PROCESSO DE CUIDADO NOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS	62
6.3.1. O cuidado em Saúde Mental	62
6.3.2. O cuidado em Saúde Geral	72

6.4. ATIVIDADES DE TRABALHO E RENDA NOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS.....	77
6.5. O COTIDIANO NOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS	79
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFRÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	85
APÊNDICE – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	92

1. INTRODUÇÃO

O objeto desta dissertação é analisar a estrutura e o processo de cuidado nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) existentes no município do Rio de Janeiro.

No Brasil, a desinstitucionalização da assistência psiquiátrica ganhou sustentação a partir da construção de um arcabouço normativo e da rede de serviços substitutivos, garantindo que o hospital deixasse de ocupar um lugar central no tratamento das pessoas acometidas por transtorno mental grave, deslocando o cuidado para serviços comunitários.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos se tornaram componentes centrais da rede de serviços comunitários em saúde mental para a desinstitucionalização da assistência psiquiátrica e são altamente relevantes para a permanência das pessoas com transtornos mentais graves no convívio comunitário. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), em 2014 haviam 289 SRTs habilitados, totalizando 2.031 moradores¹. Em 2015 o quantitativo de casas aumentou para 362 módulos residenciais².

Algumas questões nortearam a elaboração do trabalho na perspectiva de que pudessem ser respondidas ao longo da pesquisa:

- 1) Como se organizam os SRTs na cidade do Rio de Janeiro?
- 2) Qual o perfil das pessoas alocadas no programa residencial?
- 3) Quais as características da provisão do cuidado em saúde?

Desta forma, o capítulo dois vai tratar da política de Saúde Mental no Brasil e os SRTs, abordando uma breve história da Reforma Psiquiátrica nacional e os marcos normativos instituídos pelo Ministério da Saúde que dão sustentação à Rede de Atenção Psicossocial, em especial às estratégias de desinstitucionalização, no Sistema Único de Saúde (SUS).

No capítulo três há uma descrição dos processos de desinstitucionalização e realocação dos pacientes de longa permanência em módulos residenciais comunitários a partir da literatura internacional, em especial da Inglaterra e Itália, países cujas experiências serviram de referência para outros processos de reforma psiquiátrica.

No capítulo quatro, discute-se os Serviços Residenciais Terapêuticos sob a ótica da literatura científica brasileira. E o capítulo cinco apresenta a metodologia utilizada detalhando o desenho da pesquisa, o instrumento de coletas de dados e a descrição do local de estudo.

Em seguida, no capítulo seis, está a discussão e os resultados do estudo e o último capítulo é destinado às considerações finais.

Objetivo geral

Analisar a estrutura e o processo de cuidado dos SRTs no município do Rio de Janeiro.

Objetivos específicos

- Descrever a articulações dos Serviços Residenciais Terapêuticos com a rede de saúde da cidade do Rio de Janeiro.
- Descrever o público-alvo do programa de SRTs.
- Analisar as condições de acesso aos módulos residenciais.
- Verificar a adequação dos SRTs em relação às diretrizes do Ministério da Saúde.

2. A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) no âmbito nacional é um processo que se iniciou na década de 1970. É contemporânea à reforma sanitária e, impulsionada pelo processo de redemocratização do país, formula e implementa uma agenda que reorienta o modelo de atenção para as pessoas portadoras de transtornos mentais, privilegiando a substituição progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos por serviços de caráter comunitário, no âmbito das políticas públicas de saúde³.

De acordo com Pitta⁴, não há consenso sobre o lugar, o tempo e os atores envolvidos no processo que desencadeia a RPB, porém é considerado que o movimento de democratização do país, mobilizado pelos movimentos sociais, impulsionou a transformação das políticas e instituições desumanas.

Na década de 1980, o movimento reformista caminhou junto aos movimentos sociais e apontou para a necessidade de incluir a sociedade na discussão acerca dos transtornos mentais e da assistência psiquiátrica. Coloca-se em questão o papel e a natureza do hospital psiquiátrico e da psiquiatria enquanto saber hegemônico, objetivando mudanças na lógica do tratamento em saúde mental. Propunha-se a reformulação da assistência psiquiátrica, a partir das transformações de práticas, saberes, valores sociais e culturais⁵.

Em 1986, em São Paulo, surgiram as primeiras experiências de serviços substitutivos ao manicômio a partir da inauguração do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luiz da Rocha Cerqueira e posteriormente, com a implantação em Santos dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), com funcionamento nas 24 horas do dia⁵. Em 1987, a 1ª conferência da saúde mental foi um marco para a reforma brasileira, pois ficou pactuado a desinstitucionalização enquanto estratégia de reorientação do modelo assistencial⁴.

Em 1990, o Brasil se tornou signatário da Declaração de Caracas, que deu corpo e sustentação institucional aos movimentos reformistas de países da América Latina e Caribe. Em seu texto, a declaração considerava que o modelo centrado no hospital psiquiátrico provocava o isolamento dos pacientes de seu meio, gerando maior incapacidade para o convívio social e criava condições que punham em perigo seus direitos humanos e civis. Preconizava a reestruturação da assistência psiquiátrica no âmbito da atenção primária de saúde e nos marcos dos sistemas locais de saúde, o que permitiria a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais. Era enfatizado que as legislações dos paí-

ses deveriam se ajustar de modo a assegurar direitos humanos e civis das pessoas com transtornos mentais⁶.

Em 1992, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Portaria nº 224/92 que definiu as condições para o desenvolvimento da rede comunitária em saúde mental em todo o país⁷. A implantação dos CAPSs foi ativamente estimulada por meio de repasses financeiros do governo central para estados e, principalmente, para os municípios.

A década de 2000 trouxe avanços consistentes para a Reforma Psiquiátrica⁴ a partir da instituição de marcos normativos, destacando-se a promulgação da Lei nº 10216/01. A lei regula a assistência psiquiátrica no Brasil, definindo o tratamento preferencial em serviços de base comunitária e o hospital psiquiátrico como último recurso. O efeito da lei nacional foi notável no padrão de alocação de recursos do MS na saúde mental e na aderência dos municípios brasileiros à reforma psiquiátrica⁸.

Em 2002, a Portaria nº 336⁹ definiu a configuração organizacional de CAPS I, CAPS II e CAPS III em função da complexidade dos serviços e da responsabilidade populacional. O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 20.000 pessoas e CAPS II para o atendimento de municípios com população acima de 70.000 pessoas. Os CAPS III e o CAPS III AD (álcool e drogas) têm capacidade para atender aos municípios com população acima de 200.000 habitantes, com a diferença em relação aos anteriores de constituir-se em serviço de atenção contínua, durante 24h, incluindo feriados e finais de semana e de contar com leitos integrados ao serviço para o acolhimento noturno. Além das três modalidades, existem serviços territoriais para clientela específica na área de álcool e drogas (CAPSad) para municípios com população acima de 70.000 pessoas e para a infância e adolescência (CAPSi) para municípios com população acima de 150.000 pessoas.

Espera-se que os CAPSs se constituam como serviços estratégicos de cuidado, promovendo ações de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial em nível local. O serviço deve ser capilarizado e, em função da complexidade da clientela acompanhada, deve seguir na direção da intersetorialidade nos diversos eixos do cuidado.

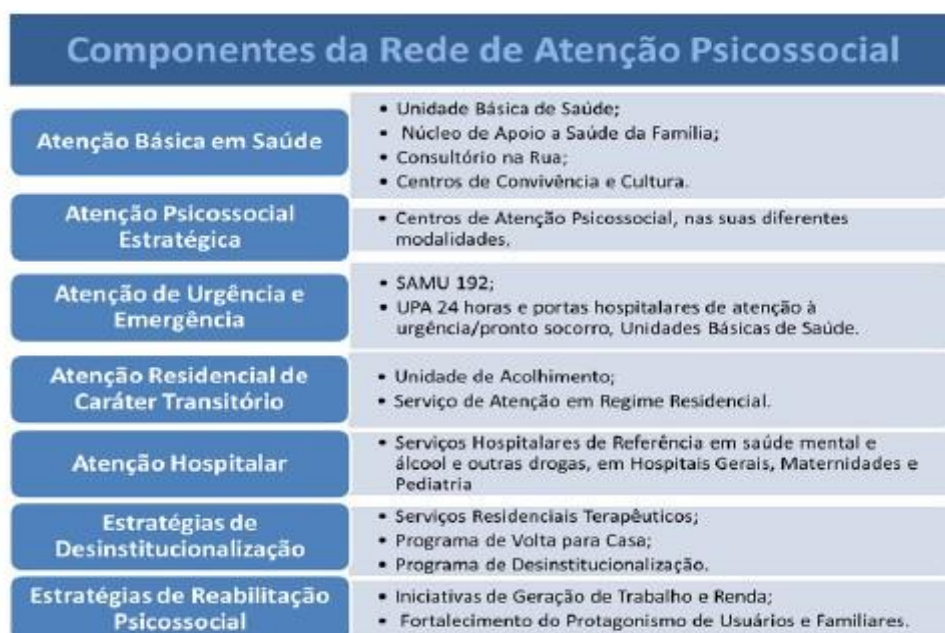
Em 2011, foi promulgado o Decreto nº 7508 que regulamenta a Lei nº 8080/90 e dispõe sobre a organização do SUS, a articulação interfederativa, a assistência à saúde e o planejamento da saúde. Dentre as providências do decreto, fica instituída a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como conjunto de ações e serviços de saúde que se articulam em níveis de complexidade crescente, objetivando a garantia da assistência integral em saúde. O decreto estabelece que a atenção psicossocial é parte das regiões de saúde e um dos requisitos para a

organização da RAS, contribuindo para que o SUS ofereça uma rede de serviços integrados, articulados e resolutivos¹⁰.

Seguindo nesta linha, o Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria nº 3088/11, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), objetivando a ampliação, criação e articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com transtorno mental grave, e com problemas em decorrência do uso de *crack*, álcool e outras drogas. A portaria amplia e promove acesso à atenção psicossocial, enfatizando os serviços de base territorial e comunitária que devem estar organizados em rede de atenção à saúde regionalizada, de forma a garantir a integralidade do cuidado¹¹.

A RAPS possui sete componentes, com diversos pontos de atenção. São eles: atenção básica, atenção psicossocial estratégica, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar em hospital geral, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Para cada componente, há estratégias regulamentadas por normativas específicas (figura 1). Nesta nova configuração, o hospital psiquiátrico não se configura como um ponto de atenção da RAPS, devendo ser alvo apenas de desinstitucionalização².

FIGURA 1 – COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS

A esperada efetividade da RAPS está na conexão entre os diversos componentes da atenção psicossocial implantados, podendo realizar um trabalho em rede e afirmando o lugar

dos CAPSs como um componente psicossocial estratégico, na função de ordenador do cuidado de pessoas com grave sofrimento psíquico, além de assumir a forma de articulador e regulador da rede em seus diversificados pontos de atenção².

Tendo a desinstitucionalização da assistência psiquiátrica como ação essencial, a mudança da lógica de cuidado vem se dando a partir de duas dimensões: a diminuição progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos e a implantação de serviços comunitários. De acordo com a World Health Organization (WHO), os serviços comunitários dão ênfase a autonomia das pessoas e proveem cuidados individualizados, levando em consideração as necessidades, assim como experiências culturais e de vida de cada indivíduo¹².

Desta forma o país reduziu drasticamente a oferta de leitos em hospitais psiquiátricos. Segundo relatório do MS, do total de gastos previstos para a saúde mental no país, há um decréscimo do investimento financeiro em hospitais psiquiátricos de 75,24% em 2002, chegando a 20,61% em 2013. Já para serviços comunitários, em 2002, apenas 24,76% dos gastos se destinavam a este nível de atenção, saltando para 79,39% em 2013. No período entre 2002 e 2015, a quantidade de leitos de internação em hospitais psiquiátricos reduziu de 51.393 mil para 25.126 leitos. Paralelo a isto, o número de CAPS foi se ampliando progressivamente chegando a 2.328 em 2015^{1,2}.

2.1. A Desinstitucionalização das Pessoas em Situação de Longa Permanência Hospitalar e os Serviços Residenciais Terapêuticos

Em diversos países do mundo o processo de desinstitucionalização e realocação dos pacientes de longa permanência em dispositivos residenciais comunitários é um ingrediente fundamental de seus sistemas de atenção em saúde mental. No Brasil, o programa de moradias voltado para a desospitalização de pacientes com transtornos mentais em situação de longa permanência hospitalar foi implantado, enquanto política oficial do Ministério da Saúde, em 2000. O dispositivo concebido recebeu a denominação no âmbito do SUS de Serviço Residencial Terapêutico (SRT).

Os SRTs, por definição da portaria, se configuram como moradias inseridas na comunidade, destinadas a pessoas egressas de longas internações em hospitais psiquiátricos, com pouco ou nenhum suporte familiar, na perspectiva da reabilitação psicossocial¹³. A regulamentação dos dispositivos residenciais no âmbito do SUS permitiu expandir estes serviços para todas as unidades federativas e garantir um direito fundamental para indivíduos com transtorno mental grave: o direito à moradia.

Como parte integrante do programa de ressocialização de pacientes institucionalizados foi promulgada a Lei nº 10708/03¹⁴, conhecida como Programa de Volta Para Casa (PVC), que prevê um auxílio reabilitação psicossocial através de um recurso financeiro mensal, atualmente fixado em R\$ 412,00, para os portadores de transtorno mental que estavam internados em hospitais psiquiátricos por mais de dois anos ininterruptos (até o ano de 2003, data de publicação da lei). Segundo o Ministério da Saúde, o programa se propõe a fortalecer o poder de contratualidade, favorecendo o processo de desinstitucionalização, a inclusão social e a reabilitação psicossocial. O objetivo é contribuir para o processo de inserção social e assegurar o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania da clientela beneficiada².

No âmbito da RAPS, os SRTs são serviços assistenciais, de caráter substitutivo a internação prolongada em hospital psiquiátrico. Portanto, para cada usuário que sai da longa internação para a Residência Terapêutica (RT), deve-se descredenciar ou reduzir número igual de leitos, realocando os recursos da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para o orçamento municipal ou estadual responsável pela assistência do paciente e pela rede de serviços substitutivos em saúde mental².

Ainda em 2011 foi publicada a Portaria nº 3090¹⁵ que amplia a Portaria nº-106/2000 e dispõe sobre o custeio mensal para implantação e implementação dos SRTs, bem como a sua tipologia, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

As alterações dispostas nesta nova portaria preconizam que o público-alvo desta política são usuários egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos e de custódia, considerando longa internação o período de dois anos ininterruptos e podem ser de tipo I e tipo II, a partir da demanda de cuidado do morador inserido no módulo residencial¹⁵.

Para a portaria, é considerada residência terapêutica tipo I aquela composta por usuários com transtorno mental grave em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores, contando com um cuidador de referência. Já a residência tipo II, além do que já é preconizado nas RTs de tipo I, o usuário deve apresentar acentuado nível de dependência, em especial em função de comprometimento físico, que demande cuidados intensivos e especializados, devendo acolher no máximo dez moradores. Para dar conta desta clientela, a RT tipo II deve conter cinco cuidadores em regime de escala e um técnico de enfermagem diarista¹⁵.

Os SRTs, tanto tipo I quanto tipo II, devem estar vinculados ao serviço/equipe de saúde mental de referência, que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico desde o processo de desospitalização, assim como os projetos de reabilitação psicossocial¹⁰. É uma diretriz da Portaria nº 3090/11 que os SRTs se constituam como espaço de moradia que garanta convívio social, com vistas à reabilitação psicossocial, retomada da cidadania e protagonismo do sujeito, da ocupação do espaço da cidade, além da reconstrução dos vínculos familiares, para aqueles que possuem família. Para implantação do programa, a portaria garante o repasse para o Fundo Nacional de Saúde (FNS) de R\$20.000,00 para implantação dos SRTs tipo I e II, devendo o gestor local implantar o dispositivo em até três meses, renovável para mais três¹⁵.

Em 2014, foi implementada a Portaria nº 2840/14 que institui o programa de desinstitucionalização como parte componente das *Estratégias de Desinstitucionalização* estabelecido pela Portaria nº 3088/11 e se constitui por ações que garantam às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas em situação de longa permanência a integralidade do cuidado através de estratégias substitutivas, objetivando a progressiva reinserção social.

O programa se destina ao apoio e desenvolvimento das ações de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, configurando-se como equipe que oferta apoio a equipe dos hospitais psiquiátricos na elaboração do projeto terapêutico, avaliação clínica, psiquiátrica e

social, assim como na transformação organizacional e reestruturação técnico-operacional. Além disso, é parte das ações desta equipe desenvolver ações para retirada de documentos e acompanhamento de curatelas, retornos familiares e inserções em SRTs¹⁶.

De acordo com a avaliação do Ministério da Saúde acerca do aumento no quantitativo dos SRTs habilitados no período entre 2013 e 2015, a cobertura de módulos residenciais em relação a clientela institucionalizada ainda é pequena. Dentre os fatores que ainda inibem sua expansão estão as dificuldades políticas e técnicas dos processos de desinstitucionalização e as questões socioculturais evidenciadas na comunidade ao iniciar processos de reintegração de pacientes de longa permanência².

3. OS DISPOSITIVOS RESIDENCIAIS NA PERSPECTIVA INTERNACIONAL

Na década de 1950 emergiram em países da Europa e na América do Norte fortes críticas ao vigente modelo de tratamento para pessoas com transtorno mental. Foucault aponta a loucura como um processo histórico e social, que em determinado momento se torna objeto da medicina e, portanto, um fenômeno a ser tratado¹⁷. Para Goffman, o asilo, enquanto instituição que totaliza todas as esferas de vida de um indivíduo, o exclui da sociedade e o coloca em um modelo de vida fechado e formalmente administrado, tendo como efeito a estigmatização e mortificação do eu, no qual o sujeito perde progressivamente a capacidade de realizar aspectos de sua vida diária¹⁸.

A mudança de paradigma quanto ao tratamento para pessoas com transtorno mental produziu um deslocamento do modelo centrado em grandes hospitais psiquiátricos para o tratamento baseado na comunidade. Entre as causas deste fenômeno incluem-se o advento dos antipsicóticos, que possibilitou uma evolução no tratamento de pessoas acometidas por transtornos mentais graves e a ascensão das correntes que preconizavam a desinstitucionalização da assistência psiquiátrica¹⁹. Naquele momento surgiam modelos que questionavam o funcionamento do manicômio, como por exemplo, a comunidade terapêutica na Inglaterra, a psiquiatria de setor na França e a psiquiatria democrática na Itália, sendo a experiência italiana a única que rompe com o modelo centrado no hospital psiquiátrico para tratamento do transtorno mental²⁰.

Entre os princípios da reforma psiquiátrica europeia estão: 1) desinstitucionalização e fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos; 2) implantação de dispositivos comunitários; 3) integração com os demais dispositivos de saúde e 4) integração com dispositivos sociais e da comunidade. O processo de desinstitucionalização não se deu de maneira similar em todos os países da Europa, tendo ocorrido diferentes níveis de implementação dos serviços. A maior parte dos países, em especial os países da Europa Ocidental, tem legislação em saúde mental e uma rede abrangente de serviços comunitários de qualidade em saúde mental, como na Itália e Reino Unido, mas também há outros que ainda fazem uso de grandes hospitais psiquiátricos para tratamento das pessoas com transtorno mental, como Áustria e Espanha^{21,22}.

As pessoas com transtornos mentais graves têm problemas complexos e apresentam múltiplas necessidades. Para Anderson e associados (2007)²³, uma grande parte destas pessoas que vivem na comunidade vai demandar moradia, suporte para o trabalho e apoio para desenvolver e manter uma rede social apropriada.

No Reino Unido, o processo de desinstitucionalização se deu a partir da expressiva redução de leitos em hospitais psiquiátricos e a expansão da rede de serviços comunitários para tratamento das pessoas portadoras de transtorno mental. Em 1985, com o explícito propósito de avaliar a política nacional de substituir hospitais psiquiátricos por serviços baseados na comunidade foi constituído um grupo de pesquisa denominada *Team of Assessment of Psychiatric Services (TAPS)*²⁴. O Projeto TAPS se tornou uma referência para os estudos referentes à passagem de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos para a vida comunitária.

O estudo se centrou na avaliação do fechamento de dois grandes hospitais na região norte de Londres (Friern e Claybury). Três grupos de pacientes foram estabelecidos, com programas de cuidado diversos: pacientes de longa permanência sem diagnóstico de demência com mais de um ano de internação, pacientes considerados como difíceis de viver em comunidade pela grave inadequação do comportamento, como por exemplo, com quadro intenso de agressividade e sexualidade exacerbada e paciente com diagnóstico de demência, geralmente idosos²⁵.

Os autores apontam que 80% dos participantes do primeiro grupo foram para dispositivos residenciais com equipes e ao final de cinco anos, 2/3 continuavam em suas residências originais. Os resultados do *follow-up* de cinco anos apontaram que não houve registro de aumento nas taxas de suicídio e mortalidade. No mesmo período, 38% dos pacientes reinternaram em hospitais psiquiátricos, sendo que 1/3 destes permaneceu por mais de um ano hospitalizado, tecnicamente se configurando como pacientes de longa permanência outra vez. O grupo apresentou melhora na realização das atividades de vida diária ao longo do primeiro ano, porém, observou-se que nos quatros anos subsequentes os pacientes perderam parte do ganho das habilidades apresentadas. As casas se mostraram muito menos restritivas aos moradores do que os hospitais, apresentando uma média de 10 medidas restritivas, enquanto os hospitais possuíam uma média de 26 medidas. Os pacientes apreciaram de forma categórica o aumento de sua liberdade e 84% desejavam permanecer nas casas que moravam. A rede social dos usuários não aumentou consideravelmente, mas eles fizeram mais amigos. A avaliação da sintomatologia psiquiátrica não apresentou alterações significativas²⁵.

O segundo grupo considerado com mais dificuldades para o retorno a vida comunitária, que era composto de 72 pacientes, foi transferido para residências com elevado número de profissionais (1,7 funcionário para 1 paciente). Metade dos pacientes apresentou problemas com agressão e sexualidade, sendo que no primeiro ano do estudo houve pouca mudan-

ça e, conseqüentemente, pouca transição para casas de menor complexidade. Porém, em quatro anos, houve ampliação significativa de habilidades de vida diária dos pacientes e redução em mais de 50% nos problemas de comportamento. Como resultado, 40% deste grupo puderam viver em casas que possuíam grau menor de supervisão. Leff e colaboradores concluíram que o número de profissionais das equipes envolvidas contribuiu para diminuição dos problemas comportamentais²⁵.

O grupo de pessoas com diagnóstico de demência foram alocados em dispositivos residenciais de cuidados mais especializados. Para avaliar a qualidade do serviço, foi utilizado o estudo observacional e pesquisa de satisfação dos familiares, já que os pacientes, em função do quadro de demência, tinham dificuldades para responder as entrevistas. Em geral estes dispositivos residenciais foram avaliados como melhores do que os hospitais, em função da equipe assistencial apresentar um grau de interação maior com os usuários e do ambiente ser mais tranquilo e com mais liberdade. De acordo com Leff e colegas, a transição entre hospital e serviços comunitários foi uma experiência exitosa para os três grupos mencionados²⁵.

Em relação a tipologia dos dispositivos residenciais utilizados na desinstitucionalização dos pacientes avaliados pelo Projeto TAPS, Trieman aponta que dois grandes modelos de residências surgiram: as habitações custodiadas (*custodial-type*), incluindo modelos mais especializados, como as *nursing homes* com maior suporte da equipe, e as habitações alternativas (*alternative house*), com *settings* menores e arranjos diferenciados, como *hostels* e casas coletivas (*group homes*). O tipo de casa mais frequente são as casas coletivas, que ofertam ambiente familiar, com suporte e supervisão por parte da equipe, com uma média de seis pessoas por unidades habitacionais. Porém, as casas de maior supervisão, com provisão de cuidados mais especializados, receberam mais pessoas, chegando a ultrapassar o número de vinte moradores²⁶.

O formato mais comum era de casas compostas por moradores homens e mulheres. O projeto das residências objetivava o ganho de autonomia de seus moradores, encorajando-os a participarem do cotidiano das casas e a fazerem uso de equipamentos comunitários. O estudo aponta que nas casas com menor número de vagas, os pacientes conseguiram construir laços, enquanto a de maior número de vagas apresentou pouco contato entre os que habitam a moradia. O autor enfatiza que quanto maior o suporte mútuo entre os moradores, melhor é a qualidade de vida²⁶.

Quanto ao tempo de permanência nos dispositivos residenciais, Trieman e colaboradores acompanharam a transição de 567 pacientes de longa permanência para comunidade

pelo período de 5 anos e concluíram que 61% dos que foram para casas na comunidade permaneceram morando nos mesmos locais, configurando moradias que adquiriram o caráter definitivo, principalmente em dispositivos do tipo *group home*²⁷.

Outro estudo importante sobre módulos residenciais ingleses foi produzido a partir de pesquisa exploratória realizada por Priebe e colaboradores no qual foram analisados, através de randomização, 250 dispositivos residenciais de 12 regiões da Inglaterra. O universo da pesquisa incluiu 414 pacientes inseridos em quatro grandes modelos de residências: 1) módulos residenciais nos quais os pacientes vivem e recebem cuidados; 2) habitações vinculadas ao setor social, onde os pacientes são vistos como inquilinos e contam com apoio e suporte especializado para moradia; 3) dispositivos de suporte pontual e transitório, no qual não se configura como acomodação permanente, podendo o paciente utilizar por um número de horas semanais e 4) alojamentos para até três adultos em casas de famílias que se cadastram como cuidadores²⁸.

Os dispositivos residenciais acolhem em média 17 moradores por módulo. Dentre os pacientes, 80% receberam diagnósticos dentro do campo da psicose e 48% tinham feito uso de drogas, e 95% dos pacientes possuem quartos individuais, sendo 87% envolvidos em atividades laborativas. Quanto ao cuidado, os pacientes recebem suporte para autocuidado e atividades de vida diária em graus variados, de acordo com o tipo de casa. Noventa e seis por cento dos pacientes fazem uso de medicações e 52% contam com uma equipe técnica de atenção comunitária em saúde mental, sendo a média do acompanhamento de 2,4 vezes em um trimestre e para atendimento com psiquiatra, os pacientes são atendidos pouco mais que uma vez por mês. Apenas metade dos pacientes com transtorno mental severo e persistente conta com o técnico de referência da equipe de atenção comunitária em saúde mental. Já no que diz respeito a outros tipos de cuidados em saúde, a pesquisa aponta que são raramente utilizados²⁸.

Outra experiência de relevo em relação à desinstitucionalização da assistência psiquiátrica é a italiana, tendo como marco a Lei nº-180/78, que institui a mudança do paradigma do cuidado em psiquiatria, deslocando do modelo hospitalar tradicional para a assistência comunitária, propondo a superação progressiva do hospital psiquiátrico²⁹.

A Itália desenvolveu seu processo de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica diminuindo drasticamente o número de leitos em hospitais psiquiátricos. Os dispositivos residenciais foram elemento fundamental para a absorção de pacientes graves na vida comunitária.

O *Progetto Residenze* (PROGRES) foi uma pesquisa de caráter nacional sobre os dispositivos residenciais para pessoas com transtornos mentais implantadas no país, vinte cinco anos após a instituição da Lei nº 180/78. Santone e colaboradores mapearam a existência de cinco tipos de residências: pensões, casas de recuperação, apartamentos supervisionados, módulos intermediários e módulos na comunidade, mas apesar das diferentes tipologias, não há tanta regulação sobre como tais dispositivos devem funcionar e, por isso, os dispositivos residenciais apresentavam estrutura e processo de cuidado heterogêneos³⁰.

Diante das diferentes tipologias de módulos residenciais, os autores defendem que um dos pontos de controvérsia sobre o papel das habitações é se elas devem ser definidas como locais de tratamento intensivo ou casas comuns para pessoas que acessam tratamento em saúde mental, pois são dois objetivos contrastantes, mas abordado na literatura científica com apenas um único conceito: casas na comunidade destinadas a pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos.

Os autores verificaram algumas características que englobavam o processo de cuidado nas moradias. Em análise de medidas restritivas nas habitações, concluem que todas as residências possuem regras e padronizações, porém nos dispositivos das regiões do sul e centrais do país há mais medidas restritivas, e, por isso, remontam ao cenário da vida institucional.

Os módulos residenciais italianos já funcionaram em um modelo de *continuum*, no qual os pacientes migram de ambientes mais restritivos para modelos mais abertos, porém, além das confusões conceituais acerca dos dispositivos se configurarem como moradia ou tratamento, a maioria das casas funcionava nas 24h do dia, apontando para o fato de haver mais pessoas com prejuízos psicossociais do que pacientes que necessitam de suporte menos intensivo, dificultando a configuração do *continuum*. Quanto ao tempo de permanência, em três quartos dos módulos residenciais os pacientes permanecem por tempo ilimitado. O estudo aponta que mais do que centros de reabilitação, os dispositivos se tornam moradias permanentes³⁰.

As residências italianas convergem para a provisão de cuidados com objetivo de atender a três necessidades primordiais: 1) reabilitação intensiva para pacientes; 2) cuidado para pacientes que possuam dificuldades na vida comunitária em função da falta de suporte familiar e 3) acomodação para pacientes com acentuada dependência institucional. O desafio é construir diferentes vias e moradias que atendam às necessidades apresentadas pelas pessoas portadoras de transtornos mentais³⁰.

Para Picardi e associados, em estudo que apresenta os resultados da segunda fase do PROGRES, realizaram um estudo randomizado com 267 moradias existentes no país, totalizando 3.005 residentes, com média de 11,4 moradores e taxa de ocupação de 90% das vagas. As dimensões avaliadas foram: a condição psicopatológica e do funcionamento psicossocial, o grau de habilidades na vida cotidiana, as condições gerais de saúde e eventuais necessidades físicas e a qualidade de vida³¹.

Foi identificado que em 91% das residências a equipe se reúne para estudo de caso, 80% das equipes se reúnem com os moradores para discussão da gestão da estrutura residencial e 68% encontram periodicamente os familiares dos moradores. Os usuários se caracterizam pelo transtorno mental de longa duração, baixa escolaridade e baixa condição socioeconômica. A maioria está entre a idade média e avançada e majoritariamente diagnosticados como portadores de Esquizofrenia. Estavam medicados em 96% dos casos, com média de 2,9 psicofármacos por paciente. O número de pessoas que se envolvem em atividades laborativas é baixo e a grande maioria recebia benefícios por invalidez³¹.

Em pesquisa sobre a ambiência nos dispositivos residenciais italianos, Picardi e colaboradores, a partir de entrevistas estruturadas com gestores e trabalhadores da amostra de 265 serviços, identificaram que a maioria das casas têm acomodações duplas (87,2%) e uma média de 3,8 banheiros, onde a proporção é de 2,5 moradores por banheiro. Em 76,8% das casas há ao menos um cômodo destinado a escritório para a equipe e apenas 66,8% dos casos preparam a própria comida nos módulos residenciais; nas demais casas, os pacientes usam serviços de *buffet*. A maioria está localizada em centros urbanos no qual se pode acessar ao comércio caminhando e 79,2% das casas têm jardim e quintal³².

A composição da equipe é multidisciplinar, porém, dentre as profissões que apresentam maior frequência, a enfermagem tem uma média de 4,2. Também fazem parte da equipe, educadores, trabalhadores sem especialidades, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, reabilitadores, entre outros. A média do total de trabalhadores por módulo residencial é de 14,3 e a média de horas trabalhada no total é de 382,5 horas. De maneira geral, a taxa de rotatividade profissional era insignificante³².

Em resumo, os resultados da pesquisa *PROGRES*, mostram que a maioria dos dispositivos de moradia dispõe de equipe de cuidado nas 24hs do dia, indicando a complexidade do cuidado que os pacientes necessitam, e que tais espaços se configuram como casas nas quais os portadores de transtornos mentais graves permanecem.

Nordentof e associados, em uma pesquisa de caráter nacional sobre os módulos residenciais da Dinamarca, identificaram alguns pontos a partir da coleta em bases de dados do

Registro Civil Dinamarquês e do Registro Psiquiátrico Central Dinamarquês, construindo um registro nacional de indivíduos que residem em dispositivos residenciais. Ao todo foi feito um levantamento de 5,772 pacientes distribuídos em 408 residências. O país possui dois tipos de moradias: lares de repouso (*nursing homes*) e casas coletivas, podendo admitir de 3 a 200 pacientes. A clientela é composta majoritariamente por homens, sendo que a média etária no momento da mudança para residências era 38,1 anos. Dentre os diagnósticos dos pacientes, a esquizofrenia era o mais frequente. Como parte dos serviços de saúde mental, existem 25 equipes de tratamento assertivo na comunidade e 16 equipes para intervenção precoce³³.

Apontam que o número de vagas nas moradias cresceu para poder fazer frente ao volume de pessoas com transtorno mental grave com internação de longa permanência, porém, este número excede substancialmente o número de leitos psiquiátricos existentes no país (mais de 5.000 vagas em módulos residenciais e 3.000 leitos em hospitais psiquiátricos). Para eles a grande oferta de vagas em dispositivos residenciais caracteriza re-institucionalização. O uso de múltiplos psicotrópicos e a morte súbita também foram apontados como problemas³³. Para subsidiar o argumento, usam o estudo produzido por Uggerby e colegas, onde afirmam que pacientes internados em enfermarias de longa internação morrem mais velhos do que pacientes que foram desinstitucionalizados. Trata-se de um estudo de coorte que identifica características e preditores de sobrevida em pacientes com diagnóstico de Esquizofrenia institucionalizados na Dinamarca³⁴.

Os autores concordam com Priebe e associados²⁸ sobre a necessidade de se definir uma padronização para assegurar que os pacientes de serviços residenciais sejam cuidados de maneira apropriada. De acordo com os achados dos autores, os dispositivos residenciais apresentam características de cuidado e pacientes distintos. Apontam para a necessidade de se produzir estudos que possam definir mais claramente as diferenças entre as tipologias dos módulos residenciais.

Desviat³⁵ ao abordar o tema da reforma psiquiátrica espanhola, explica que embora tardia, quando comparada com as demais experiências europeias, ela se deu a partir de três mudanças: da assistência, da legislação e da formação. Para ele, o início tardio permitiu conhecer as experiências exitosas e também os pontos críticos. Porém, conta que o modelo de comunidades autônomas instituído no país contribuiu para que a reforma psiquiátrica ocorresse de maneira desigual.

Lopez e colaboradores, em pesquisa nos dispositivos residenciais de Andaluzia, comunidade autônoma da Espanha, revelam que os dispositivos residenciais são majoritaria-

mente de dois tipos: casas lares, com supervisão nas 24 horas do dia e as casas supervisionadas com menor grau de supervisão. Cada modelo de dispositivo pode receber no máximo 20 e 10 usuários respectivamente. Os autores estabeleceram cinco critérios que dão indícios de um bom funcionamento em um programa residencial: 1) alojamentos que cubram as necessidades dos usuários, com boa distribuição no território; 2) moradias que primem pelos aspectos da reabilitação psicossocial, no sentido da flexibilidade das regras e capacidade de decisão do usuário; 3) diversidade na tipologia dos dispositivos a fim de se adequarem aos variados perfis da clientela; 4) que os dispositivos estejam em meios residenciais "normais" e 5) que a equipe de cuidado seja composta por profissionais com diferentes formações³⁶.

Os autores concluem positivamente os aspectos relacionados a taxa de cobertura populacional para cada 100.000 habitantes, a infraestrutura e a localização dos diferentes dispositivos, porém defendem a necessidade da ampliação das tipologias que atendam aos diversos perfis de usuários, em especial, para os grupos que apresentem comorbidades e dificuldades para conviver na comunidade. Os autores chamam ainda a atenção para a necessidade de avaliar as medidas restritivas no cotidiano dos dispositivos residenciais. Apontaram que este tópico escapava do escopo da pesquisa e necessitava ser investigado em pesquisa qualitativa³⁶.

Analisando experiência canadense de cerca de 50 anos com a provisão de moradias protegidas para pessoas com grave sofrimento mental, Piatti e Sabetti referem que os dispositivos se organizam em um modelo de *continuum*, que vai desde casas altamente estruturadas, com equipes que supervisionam as casas, até modelos mais autônomos, com baixa supervisão³⁷. Assim, como nos demais países aqui apresentados, há diversidade na tipologia dos módulos residenciais. Seguindo a lógica do *continuum*, os pacientes ingressam em modelos mais estruturados e vão mudando quando vão adquirindo mais autonomia. O objetivo é a vida independente.

A maior parte dos moradores dos módulos residenciais canadenses estão alocados em casas de tipo casas de acolhimento (*foster home*), de maior supervisão, sendo esta a porta de entrada do *continuum* residencial. Grupos da sociedade civil que advogam em favor do tratamento baseado na comunidade criticam o grande número de casas deste tipo, pedindo o aumento no número de casas mais autônomas. Em 2010 existiam 3.841 pessoas com grave sofrimento psíquico vivendo em casas de maior complexidade em Montreal³⁷.

Em documento que descreve princípios norteadores para o programa de dispositivos residenciais canadense, em especial o *supported house*, pautado por pesquisa bibliográfica e

entrevista com trabalhadores e usuários dos módulos residenciais, foi desenvolvido características chave para boas práticas neste tipo de casa e pode ser observado no quadro 1³⁸.

QUADRO 1 – CARACTERÍSTICAS CHAVE PARA BOAS PRÁTICAS NOS MÓDULOS RESIDENCIAIS CANADENSES

Característica chave	Descrição
Escolha e flexibilidade	Cada morador deve ser visto como único, portanto, possui necessidades e objetivos específicos. Quanto maior o poder de escolha, controle e autonomia o indivíduo tiver, mais bem-sucedido será o programa de residências.
Localização (bairro com vizinhança)	Os dispositivos residenciais devem estar localizados próximos a vizinhança.
Atenção ao estigma	Considerar o impacto do estigma na vida dos pacientes é importante para a implantação de um módulo residencial. Estudos apontam que quanto mais diversa for a comunidade, melhor a aceitação dos residentes pelos vizinhos.
Bom relacionamento entre moradores e trabalhadores	A relação entre trabalhadores e residentes é vista por ambas as partes como sendo muito importante para garantir o sucesso nas casas. Dignidade, respeito, confiança e escolha são elementos fundamentais dessa relação, que devem ser incorporados em uma abordagem individualizada e centrada no paciente.
Variados tipos de suporte	Os autores indicam que os variados tipos de suporte para aqueles que habitam os dispositivos residenciais são fundamentais para um trabalho bem-sucedido nos dispositivos, tais como: habilidades de vida diária e uso do dinheiro, prevenção e manejo de crise, inclusão e prosseguimento de atividades laborativas e escolares, manutenção de relações sociais, apoio e assistência com questões de saúde.

Fonte: KIRSH, B. et al. Critical characteristics of supported housing: findings from the literature, residents and service providers. Wellesley Institute, 2009. Tradução da autora.

Nelson, em estudo de revisão bibliográfica descreve as tipologias dos dispositivos residenciais que se destinam aos pacientes no momento da desospitalização, aponta que existem três modalidades de casas: 1) As moradias de maior supervisão e também maior tutela, nas quais há pouca privacidade e autonomia limitada de seus usuários. 2) Os módulos residenciais que surgem em função das limitações do modelo de maior supervisão. São diversos tipos de casas, com diferentes modos de acompanhamento e funcionam em um modelo de *continuum*, integrando tratamento e moradia. Desta forma os tipos de moradias podem variar de acordo com a intensidade do acompanhamento e grau de autonomia alcançado pelo indivíduo. 3) Os modelos que abrangem um leque de moradias que convergem para modelos mais autônomos de funcionamento, com baixa supervisão. As pessoas com transtorno mental que residem nestas modalidades de casas não são vistos como pacientes, mas sim como usuários e que podem escolher a casa em que preferem ficar. Para que os usuários se mantenham independentes e integrados a vida comunitária, as equipes de saúde mental utilizam a abordagem do tratamento assertivo na comunidade, cujo objetivo é o suporte ao paciente em seu processo de reinserção social, e também a articulação com os demais serviços comunitários³⁹.

O autor questiona se as casas são reproduções do hospital psiquiátrico sob uma nova roupagem ou se são, de fato, algo novo. Para Nelson, as casas do modelo mais autônomo são as que mais se aproximam do preconizado pelo novo paradigma da saúde mental – portador de transtorno mental como cidadão, em suas casas, com direitos e com potencial para contribuir com a sociedade, representando a transformação no que tange a moradia de pessoas com transtorno mental grave³⁹.

No cenário internacional percebe-se que a atividade de pesquisa é fortemente utilizada para dar formato às ações de moradias para àqueles acometidos por transtornos mentais graves e com internação de longa permanência. A partir do conhecimento produzido acerca dos indivíduos internados nota-se alguma diversidade na tipologia das moradias nos diferentes países.

Não há restrição para admissão de pacientes nas moradias, porém, as moradias convergem de acordo com as patologias e necessidades apresentadas. Assim, admiti-se que pacientes idosos, com demência, sejam transferidos para módulos de cuidados especializados, com grande oferta de equipe para o cuidado. Em geral, a esquizofrenia é o diagnóstico mais presente entre os moradores e há grande oferta de vagas nas casas. Quanto ao número de pessoas vivendo nos dispositivos, percebe-se que há mais pessoas morando em casas mais estruturadas, com maior presença de equipe do que em casas menos estruturadas. Os módu-

los residenciais são menos restritivos quando comparados aos hospitais psiquiátricos, e o uso de múltiplos psicotrópicos é comum entre os pacientes. Em geral, os autores avaliam positivamente a transição entre o modelo hospitalar para o modelo de cuidado comunitário.

4. OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS NA LITERATURA NACIONAL

No Brasil, as primeiras experiências de moradias para pessoas portadoras de transtorno mental grave, surgem no fim da década de 1980, quando foram criadas habitações supervisionadas para pacientes moradores do hospital psiquiátrico. Porém, só foi incorporado à estrutura do SUS em 2000, quando foi sancionada a Portaria nº 106⁴⁰.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos surgem como uma possibilidade de outro agenciamento para o cuidado da loucura, possibilitando a inclusão social das pessoas portadoras de transtorno mental grave. Em se tratando de uma casa, nela deve conter todas as atividades comuns do cotidiano.

Santos et al., defendem que, embora as RTs sejam equipamentos de saúde, são casas na cidade cujo objetivo é a desinstitucionalização e integração social dos moradores oriundos de hospitais psiquiátricos. As residências devem ser consideradas como única e respeitar as necessidades, gostos e hábitos dos moradores. Apontam que os profissionais destes serviços propiciam a oportunidade do resgate gradual da autonomia dos pacientes⁴⁰.

Delgado⁴¹ adverte que "uma casa é uma casa. (...) O lar não deve servir de residência à pedagogia, à poderosa tradição do tratamento moral, ao assistencialismo, nem à escuta hiperestésica. Mas tão pouco ao abandono" (DELGADO, 2006, p. 30).

Para o autor o paradoxo nos SRTs é que quanto menos as residências assumirem um caráter clínico, maior a eficácia na produção de autonomia. "Quanto menos clínica ou terapêutica, mais eficaz como clínica" (DELGADO, 2006, p. 29).

Nos módulos residenciais brasileiros há uma afirmativa que é transversal ao trabalho realizado no dispositivo: que se trata de uma casa nas quais pessoas com transtorno mental, vivem, fazem trocas e constroem seus laços sociais. Isto não se dá de maneira igual para todos, mas de acordo com aquilo que é possível para cada indivíduo. Então as RTs se constituem numa tensão entre ser casa e, ao mesmo tempo serviço, levando a uma discussão sobre o cotidiano no dispositivo. Tavares e colaboradores⁴², afirmam que é necessário manter a contradição casa/serviço sem tentar resolvê-la, e explorar ao máximo suas vertentes.

"Uma dessas vertentes traz embutida uma das questões centrais que emergem do enorme esforço que é a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos: que diferença haveria entre o espaço institucional em que muitos dos futuros ou já moradores dos novos serviços residenciais terapêuticos se encontram asilados há anos e o novo espaço residencial que habitarão?" (TAVARES et al., 2006, p. 84).

As autoras respondem que a diferença entre o espaço asilar e o SRT é a relação estabelecida no espaço da casa e o grau de tomada de decisão do sujeito em questão.

Albuquerque⁴³ diz ainda:

"no âmbito da política de desinstitucionalização, as razões que definem os SRTs como um serviço do SUS e o instrumento legal que os criam permitem compreender que não se trata de dar casa para quem não tem. Trata-se, isto sim, de instituir uma modalidade de cuidado substitutiva ao leito de longa permanência. Na prática, todo esforço está em fazer a casa acontecer, sendo esse seu principal valor terapêutico" (ALBUQUERQUE, 2006, p. 106).

Em outro artigo, Albuquerque⁴⁴ nos lembra que os dispositivos residenciais são mediadores na função de construir outro lugar social para a loucura, pois possibilitam uma nova dialética do cuidado, potencializando novos reconhecimentos no resgate do poder de contratualidade desses sujeitos.

Para Vieira e Monteiro⁴⁵ a questão dos SRTs é sempre a moradia, a volta ao morar e o retorno a vida em sociedade, portanto os módulos residenciais não são necessariamente serviços de saúde e, por isso, devem estar articulados a rede de atenção à saúde, contribuindo para a reabilitação de seus usuários.

Cotejando com Nelson³⁹, no contexto internacional, programas de moradias que não oferecem reabilitação para as pessoas com transtorno mental grave caracterizam uma política social inaceitável e não contribuem para que o indivíduo desenvolva habilidades sociais que promovam sua reinserção social.

Argilles e colaboradores⁴⁶, em artigo que fala sobre as relações de sociabilidade dos moradores de SRTs, dizem que a rede social dos indivíduos acometidos por transtorno mental grave inclui além do campo institucional, as relações de sociabilidades secundárias: igreja, escola, ONG e também as relações de sociabilidade primária: amigos, parentes e vizinhos.

A pesquisa "Redes que Reabilitam: avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL)" trata de um estudo no campo da atenção psicossocial com objetivo de avaliar os processos de reabilitação e inserção social dos moradores de serviços residenciais nos municípios de Caxias do Sul e Alegrete e utiliza o método de estudos quantitativos e qualitativos, com utilização de instrumentos semiestruturados, aplicados aos diversos atores envolvidos no processo: moradores, trabalhadores e comunidade. Dentre os artigos produzidos^{46,47,48,49}, os desfechos foram unânimes quanto ao caráter estratégico para a reabilitação dos moradores dos SRTs pesquisados, indicando que

os dispositivos residenciais são propícios para operar a reinserção na vida comunitária, no qual o sujeito retoma sua história de vida, com demanda própria e individualidade garantida.

Para Antunes e colaboradores⁴⁷, os serviços de atenção psicossocial, para cumprir sua função, devem estar no território e fazer uso dos recursos existentes naquele espaço, favorecendo a participação da população no processo de reabilitação psicossocial do indivíduo com transtorno mental. Ressaltam a importância da participação social da comunidade para garantir o apoio social aos moradores de RTs. O estudo tem como objeto a relação de socialização e o olhar da comunidade. Para os autores, o SRT cumpre com o compromisso de reinserção dos moradores na comunidade, uma vez que há um bom relacionamento dos usuários com o entorno e os profissionais intervêm de modo a garantir a cidadania e autonomia das pessoas com transtorno mental grave.

Os resultados da pesquisa "Redes que Reabilitam" apontam que as moradias inseridas nos espaços da cidade contribuem para a construção do vínculo que, por sua vez, são capazes de romper com a lógica de negação da loucura. A possibilidade de circular pela cidade concretiza e torna possível a retomada da vida autônoma.

Para Furtado e colaboradores⁵⁰, além dos egressos de longa internação, coabitam nas moradias as diretrizes nacionais da política de saúde mental e suas nuances regionais, e também as diferenças socioculturais dos atores envolvidos nos módulos residenciais. Por isso, os autores entendem que são necessários estudos sobre os diversos aspectos que contribuem para a constituição dos SRTs e a maneira como estes componentes interagem entre si, possibilitando conhecer o modo em que esses equipamentos se conformam tanto para seus moradores, como para a sociedade em geral.

Em outro artigo, Furtado diz que a questão da diversificação dos dispositivos de moradia e acompanhamento para portadores de transtornos mentais⁵¹, a partir das reflexões oriundas de experiências canadenses, propõe a discussão sobre a forma como as moradias para esta clientela foi implementada no Brasil.

O autor aponta para a pouca discussão acerca dos limites do programa de SRTs no país, bem como a quase inexistência da discussão de alternativas para aquelas pessoas que estão vinculadas aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), que não necessariamente foram institucionalizadas, entretanto, são portadores de transtorno mental grave (TMG) e demandam atenção para suas necessidades de moradia.

Para Furtado, as RTs se tornaram sinônimo de moradias para pessoas com TMG. Sendo assim, dois problemas são levantados: um, de ordem quantitativa, é que este modelo exclui das políticas de moradia parte de uma crescente clientela sem histórico de internações

longas e o segundo, de ordem qualitativa, é a inexistência de modelos de moradias flexíveis e modulado às particularidades de cada usuário. Aponta que a estratégia fundamental para o atual estágio da reforma psiquiátrica brasileira é a diversificação de opções e modos de acompanhamento, superando o SRT como único paradigma⁵¹.

Jeagger et al.⁵², em estudo sobre o grau de satisfação dos usuários dos serviços de saúde mental, fundamental para avaliar o cuidado, discutem sobre o nível de satisfação de moradores de SRTs do Instituto Juliano Moreira, no Rio de Janeiro. Quinze usuários foram entrevistados e 86,6% do grupo estavam satisfeitos com o espaço físico da moradia, equipe e com a assistência ofertada.

Os autores concluem que os SRTs são importantes ferramentas no que tange a transferência do cuidado – do hospital para a comunidade – das pessoas portadoras de transtorno mental grave. Para eles a avaliação dos serviços é algo que necessita ser revisto constantemente, partindo do princípio que sempre terão questões que possam melhorar, no que diz respeito à eficiência, eficácia e efetividade, e assim justificar junto ao poder público o incremento de recursos financeiros na política de saúde mental.

Fagundes e colaboradores⁵³, ao falarem sobre o balanço da rede de saúde mental do Rio de Janeiro, apontam que um dos desafios da desinstitucionalização naquele município é a clientela institucionalizada há décadas, desde antes da existência dos serviços comunitários. Segundo os autores, esta clientela demanda serviços residenciais de maior complexidade, em função da grave incapacidade social e sintomatologia negativa.

Comparando os serviços residenciais brasileiros aos italianos, percebe-se que enquanto a Itália, em 2007, dispunha de 2,9 vagas em módulos residenciais. O Brasil, em 2011, dispunha de apenas uma taxa de 0,18 para 10.000 habitantes. Essa realidade permite dimensionar a lacuna assistencial de módulos residenciais no Brasil⁵⁴.

Quanto aos dispositivos residenciais internacionais, admite-se que há ações de reabilitação nas casas, em relação às residências nacionais. No Brasil percebe-se uma preocupação em resguardar as RTs enquanto casas, despindo-as do caráter de reabilitativo em si.

A avaliação psicossocial também é um fator importante para estabelecer qual necessidade de suporte à pessoa portadora de transtorno mental grave vai demandar, podendo ir de modelos mais tutelados até os mais autônomos.

5. METODOLOGIA

5.1. Desenho da Pesquisa

O estudo concentrou-se na coleta de informações primárias para descrever a estrutura e o processo de cuidado nos módulos residenciais (Residências Terapêuticas) sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro. A pesquisa foi realizada em todos os dispositivos públicos em funcionamento na cidade do Rio de Janeiro no mês de dezembro de 2016.

Donabedian (1980) construiu um modelo conceitual que permite avaliar a qualidade dos serviços de saúde, a partir de três categorias: estrutura, processo e resultado. A estrutura descreve o contexto do cuidado, incluindo estrutura física, de pessoal, de equipamentos e financiamento. Processo são as ações que compõe o cuidado à saúde, incluindo a relação entre equipe e paciente e a prestação do cuidado. Já resultados são os efeitos do cuidado prestado sobre o paciente ou população⁵⁵. Esta pesquisa pretende analisar os componentes de estrutura e processo de cuidado dos SRTs do município do Rio de Janeiro.

Para consecução do objetivo, a coleta de dados ocorreu através de instrumento estruturado construído especialmente para este fim, cujos respondentes eram os técnicos de referência dos SRTs, denominados de Acompanhantes Terapêuticos (ATs). A escolha dos ATs como informante chave se deu em função de serem os profissionais presentes no cotidiano dos serviços e em condições de responderem as perguntas do formulário.

Complementarmente, foram analisados documentos e relatórios procedentes da Superintendência de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. A análise descritiva dos dados originários do instrumento estruturado de coleta de informação foi realizada em conjunto com a análise das informações qualitativas. O uso de fontes diferenciadas de informação e a comparação entre os dados têm por objetivo aumentar a validação da análise.

O modelo da pesquisa utilizado foi a revisão bibliográfica, além do estudo transversal com o desenho de estudo de caso. Para Hochman et al., o estudo transversal:

"apresenta-se como uma fotografia ou corte instantâneo que se faz numa população por meio de uma amostragem, examinando-se nos integrantes da casuística ou amostra, a presença ou ausência da exposição e a presença ou ausência do efeito (ou doença). Possuem como principais vantagens o fato de serem de baixo custo, e por praticamente não haver perdas de seguimento."⁵⁶

O uso do desenho do estudo de caso é essencial para a descrição de questões específicas de modo extensivo. O estudo de caso possibilita a descrição de variáveis que possam compreender a realidade estudada. Minayo (2014) diz que este tipo de estudo mapeia, descreve e analisa o contexto, as percepções e as relações sobre a situação em questão, sendo útil para produção de conhecimento sobre as características significativas de determinado evento vivenciado⁵⁷.

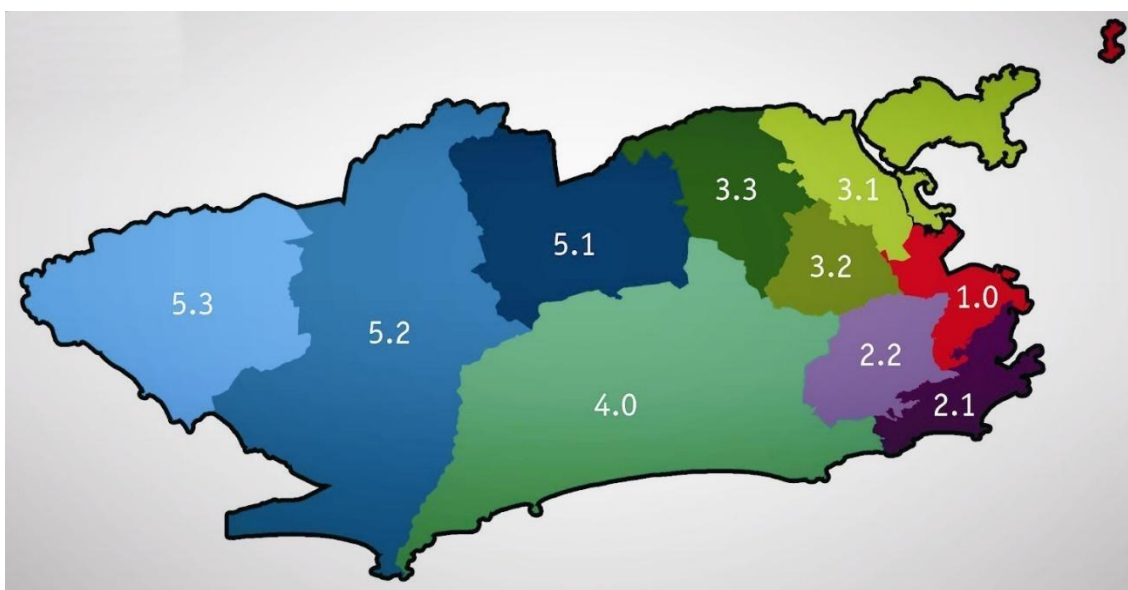
Para Yin, o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga determinado fenômeno dentro de seu contexto real de vida, em especial quando os fenômenos e o contexto não estão claramente definidos. O autor diz ainda que é indicado “utilizar o método estudo de caso quando deliberadamente quisesse lidar com condições contextuais, acreditando que elas poderiam ser altamente pertinentes ao seu fenômeno de estudo” (p. 32)⁵⁸.

No curso da pesquisa foi identificado que alguns itens do formulário não foram respondidos de maneira consistente e, portanto, não foram analisados, como no caso do item 8.7 – equipe do SRT. No item 7.4 do formulário houve erro de digitação que comprometeu a resposta e por isso não foi analisado.

5.2. Local do Estudo – Os Serviços Residenciais Terapêuticos no Município do Rio de Janeiro

A pesquisa foi realizada em todos os SRTs implantados da cidade do Rio de Janeiro distribuídos nas 10 Áreas Programáticas (APs) do município (figura 2) até dezembro de 2016.

FIGURA 2 – MAPA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO POR ÁREA PROGRAMÁTICA (AP)



Fonte: Subsecretaria de Atenção Primária em Saúde, SMS/RJ⁵⁹.

O município do Rio de Janeiro está situado na região sudeste do país, sendo uma das capitais mais importantes do Brasil. De acordo com os dados do IBGE⁶⁰, possui uma população estimada de 6.498.837 pessoas no ano de 2016.

No que tange a atenção à saúde, o município herdou uma significativa rede instalada de serviços de saúde até então do extinto INAMPS, em face da sua condição de ex-capital federal. Na década de 1980, com a criação do SUS, a descentralização da gestão a partir da municipalização e integralidade do cuidado, enfatizava as ações de promoção e prevenção de saúde. Em 1993 foi criado na cidade do Rio de Janeiro o Programa de Saúde da Família⁶¹.

Campos e colaboradores, em artigo que aborda a trajetória histórica da organização sanitária na cidade do Rio de Janeiro no período entre 1916 e 2015, apontam que a rede de estabelecimentos municipal de saúde pode ser descrita de acordo com os períodos históricos da agenda da saúde pública do país, em consonância com o contexto político e técnico administrativo, conforme apontado no quadro 2⁶¹.

QUADRO 2 – TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA ORGANIZAÇÃO SANITÁRIA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO; 1916-2015

Períodos	Ideário	Dimensão técnica	Dimensão política
Nova Higiene 1916-1926	Profilaxia e higiene. Combate às endemias rurais. Apogeu da influência de Carlos Chagas. Criação de códigos sanitários regulando a vida dos cidadãos.	Novas técnicas de profilaxia e controle de endemias rurais. Necessidade de equipes atuando no território e sediados em estabelecimentos de saúde.	Descentralização da ação sanitária. Debates sobre a necessidade de presença do Estado nas regiões rurais do país. Influência da Fundação Rockefeller na agenda sanitária.
Nova Higiene 1927-1939	Educação Sanitária. Unidades de Saúde Pública prevenção e controle dos domicílios. Distrito Sanitário, organização sanitária para o ambiente urbano. Nova Quarentena Sem assistência médica individual.	Educação Sanitária à família Infectologia/Epidemiologia. Ações de Saúde Pública, Médico Sanitarista, Enfermagem em Saúde Pública e Guardas sanitários. Intervenção por meio de visitas domiciliares e de estabelecimentos.	Setor Público: Saúde Pública e emergências. Setor Privado: prática liberal da medicina. Setor Previdenciário: Início das Caixas de Aposentadorias e Pensões e dos Institutos Assistência hospitalar fragmentada, incipiente e de baixa efetividade.
Saúde Pública 1940-1959	Campanhas e Serviços nacionais Expansão da atuação do DNS para os Estados. Delegacias Federais de Saúde nos estados.	Verticalização e especialização das ações, Interiorização e monitoramento. Rede básica permanente para as grandes e médias cidades. Expansão da formação de sanitaristas.	Setor público: Saúde Pública. Setor previdenciário em expansão. Municipalização da rede sanitária da Capital Estado Nacional.
Medicina Preventiva 1960-1978	Programação em Saúde. Assistência médica limitada. Aliança para o progresso: Saúde como condição para o desenvolvimento econômico. Doenças crônicas degenerativas como problema de Saúde Pública.	Prevenção por meio de exames periódicos. Ampliação dos programas de imunização, Doenças infecciosas predominam. Não rompe o modelo anterior, não evita a defasagem tecnológica. Reformas restritas a poucas unidades. Atendimento clínico a doentes.	Apogeu da medicina previdenciária. Unificação da previdência/INPS. Especialização clínica e medicina hospitalar. Atendimento médico individual hospitalar curativo ou ambulatorial especializado (epidemia de meningite). Privatização do Sistema Previdenciário.
Cuidados Primários de Saúde 1979-1987	Combate aos riscos autoinfligidos/campanhas de massa. Assistência voltada para os problemas mais comuns da comunidade. Ações preventivas e assistência médica simplificada. Participação Comunitária. Resgate da dívida social e da pobreza. Rede paralela aos CMS em bairros pobres ou sem assistência. (UACPS/UMAMPS).	Alma Ata/Atenção Primária à Saúde. Ações coletivas sobre o consumidor atomizado. Pacote de ações de alto índice custo/efetividade geralmente voltada para populações excluídas. Constituição da equipe de saúde, ênfase no pessoal de nível médio e elementar. Enfoque de risco epidemiológico. Participação comunitária.	Crise do Sistema Previdenciário. Crise Sanitária. Falência do Modelo Hospitalocêntrico. Aumento da exclusão social e da desigualdade. Redemocratização. Experiências inovadoras locais. Maior ênfase à assistência básica ambulatorial. Ações Integradas de Saúde. Mudança da articulação público x privado.

(*Continua*)

QUADRO 2 – CONTINUAÇÃO

Períodos	Ideário	Dimensão técnica	Dimensão política
Saúde Coletiva 1988-1997	Sistema Único de Saúde Regionalização, Hierarquização Padronização de uma Rede básica Integralidade (atendimento às necessidades e às demandas). Redefinição das equipes de saúde (Saúde Pública, outras profissões de nível superior).	Programas de Saúde Integral, maior integração médico sanitária (clínica e epidemiologia). Abordagem multiprofissional. Equipe de saúde. Mudança da morbidade: DCD, envelhecimento. Maior complexidade tecnológica, principalmente terapêutica (aids, diabetes, hipertensão arterial, etc). Maior dependência, interação com outros níveis. Doenças tem causas sociais e macroestruturais.	Municipalização. Ênfase na construção de redes básicas. Aumento de recursos para a assistência básica. Universalização excludente, crescimento do setor privado, crise do sistema hospitalar. Rede básica como eixo tecno-assistencial do SUS X Provedora de uma “cesta básica”. Sistema dual de saúde.
Saúde da Família 1998-2008	Programa de Saúde da Família e Vigilância da Saúde ganham progressiva importância no SUS. Universalização da Atenção Básica. Mecanismos para a sustentabilidade da Saúde da Família.	Conversão do modelo assistencial da Atenção Primária a Saúde. Incentivos à implantação de Unidades de Equipes de Saúde da Família em área de vulnerabilidade e baixo IDH. Crescimento da cobertura em municípios até 100 mil habitantes. Dificuldades de implantação nos grandes municípios e capitais brasileiras. Lançamento do PROESE.	Consolidação de um modelo assistencial para o SUS com base na municipalização e na Atenção Básica. Judicialização progressiva da Saúde com subfinanciamento. Grande influência do MS como indutor de práticas na APS. Dificuldades de provimento de pessoal médico por falta de uma política de RH para o SUS. Criação de Organizações Sociais para a gestão dos RH em saúde.
APS como eixo ordenador do sistema de saúde 2009-2015	Fortalecimento e protagonismo da Medicina de Família e Comunidade. Programa Mais Médicos. Conversão de modelos da atenção básica para um padrão internacional de APS. Integração da Saúde da Família com a prestação de serviços clínicos, de saúde coletiva e da vigilância em saúde.	Definição da composição das redes de saúde. APS como reguladora da assistência à saúde em todos os níveis e locus do sistema. Maior alinhamento dos requisitos técnicos e científicos, e das boas práticas na APS. Maior intercâmbio e diálogo com outros sistemas nacionais de saúde com base na APS.	Estratégias de expansão de modelos integrais de saúde. Tentativas de repolitizar o debate sobre os princípios e conquistas do SUS. Busca de alternativas para a carência de recursos financeiros. Oposição de setores da Classe Médica à universalização da assistência via APS.

Fonte: Campos e colaboradores, p. 1353, 2016.

No ano de 2009 a nova gestão municipal apresentou o modelo de atenção à saúde pautada pela Atenção Primária, ampliando a receita para o gasto municipal em saúde de 15% para 20% e que, juntamente com recursos oriundos do MS, propiciam ampliação da cobertura da rede de serviços da atenção básica. Neste novo modelo as CAPs foram mais empoderadas para o gerenciamento local de seus dispositivos de saúde e a Organização Social (OS) se tornaram o instrumento de gestão de recursos humanos, sendo os profissionais

contratados no regime formal de trabalho, previstos na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT)⁶¹.

De acordo com Soranz, Pinto e Penna⁶², em artigo que analisa o processo de implementação de uma política pública consoante à Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro no período entre 2008 e 2013, apontam que durante as décadas de 1990 e 2000, havia no Rio de Janeiro limitada cobertura de serviços básicos de saúde, de acesso universal, sendo que em 2008 a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) era de 3,5%, a mais baixa entre as capitais brasileiras.

A implantação das “Clínicas da Família” foram o carro-chefe do novo modelo de governança no qual a prevenção, diminuição da utilização de hospitais, diagnóstico precoce dos agravos em saúde e gestão da rede local faziam parte da reforma da atenção primária no Rio de Janeiro⁶³.

Conforme Assessoria de Comunicação (ASCOM), em 2016, a cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade do Rio de Janeiro aumentou para 65,8% de cobertura populacional. Percebe-se também um aumento de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e Coordenações de Emergências Regionais (CER). Na proporção de serviços de urgência e emergência, houve aumento de 38% para 46% entre 2008 e 2016, sendo que em 2016, dentre todas as unidades, 46% são municipais, 31% federais, 21% estaduais e 6% privados com leitos contratados⁶⁴.

Para o campo da saúde mental, verificou-se a expansão de serviços comunitários, acompanhando o que ocorreu em âmbito federal. No período de 2009 a 2016, 12 novos CAPS foram implantados no município, sendo quatro CAPS III, 1 CAPS II, quatro CAPSad III e três CAPSi, além da abertura de emergência psiquiátrica em alguns hospitais gerais e nas CER. O mesmo aconteceu com os SRTs, havendo expressiva ampliação nos últimos anos.

No momento da coleta de dados haviam 80 módulos residenciais, todos vinculados aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs). É esperado que os CAPSs sejam dispositivos de tratamento dos moradores das RTs e responsáveis pela gestão de seus módulos residenciais, de maneira que todos os CAPSs que possuem SRTs, contam com uma equipe de segmento.

A equipe de segmento é a denominação adotada na Secretaria Municipal de Saúde para designar a equipe que realiza o acompanhamento nos SRTs e faz a gestão dos casos no território. Cabe ressaltar que estudos que tratam da realocação de pacientes em leitos de longa permanência para o tratamento na comunidade utilizam a terminologia seguimento, uma

vez que se trata de seguir/acompanhar os pacientes na vida comunitária, na ocupação da cidade e nos serviços comunitários^{65,66}. Porém, neste estudo, optou-se por usar a nomenclatura utilizada pela SMS.

A equipe de segmento é composta pelo coordenador de RT, acompanhante terapêutico (AT), cuidadores e técnicos de enfermagem – estes últimos para os módulos de tipo II (com funcionamento nas 24 horas do dia), que acolhe a clientela que apresenta maior nível de dependência.

A equipe é responsável pela oferta de suporte diário, privilegiando o cuidado nas casas e funcionam como recurso para (re)construção do laço social dos pacientes em processo de desinstitucionalização. Também se configuram como ponto de integração de recursos comunitários para o projeto de reabilitação psicossocial^{67,68}.

De acordo com o plano de trabalho contido no último edital de licitação para estes serviços⁶⁹, o coordenador de RT deve possuir formação acadêmica superior em saúde, sendo responsável pela organização e supervisão dos recursos necessários à manutenção e execução da equipe de segmento.

Já o acompanhante terapêutico é o técnico de referência que cada casa deve ter. Ele é responsável pelo acompanhamento de cada morador desde a desospitalização até a chegada na RT e todos os agenciamentos que envolvem a vida fora do hospital psiquiátrico. Também é participante ativo do projeto terapêutico desses usuários⁶⁸.

Silva e Silva afirmam que o acompanhamento terapêutico é uma prática cuja principal característica é não ser restrita ao espaço físico das instituições. Possui possibilidades de intervenção variada, tomando a rua como dispositivo clínico⁶⁹. Para Palombini, o acompanhamento terapêutico emerge como modalidade de interesse na medida em que novos modos de encontros entre instituição de tratamento em saúde mental e usuários se produziram, possibilitando o acompanhamento do sujeito em sua circulação pela cidade. A autora defende que “a prática do AT desenvolve-se em um contexto que diz respeito à ação do sujeito perante seu mundo, seja seu quarto, sua casa, seu bairro. A cidade, portanto, inclui-se como matéria dessa clínica⁷⁰” (p. 39).

O acompanhamento terapêutico é uma função essencial para o trabalho nos SRTs do Rio de Janeiro, pois se trata de um profissional que tem seu trabalho voltado para a reabilitação psicossocial dos egressos de hospitais de longa permanência, devendo acompanhar integralmente o morador, e utilizando a rua como campo fértil para o trabalho de desinstitucionalização, da reconstrução dos laços sociais, da cidadania e produção da autonomia. O AT é a ferramenta para o seguimento do usuário na cidade.

O cuidador é responsável por acompanhar os pacientes em processo de desinstitucionalização, supervisionados pelo coordenador e pelo AT, criando condições para a construção de vínculo e oportunizando a provisão de cuidados no âmbito do território⁶⁹. A função dos cuidadores é o acompanhamento integral dos moradores das RTs, auxiliando-os nas atividades cotidianas dentro e fora das casas.

De acordo com o termo de referência⁶⁸ contido no edital de licitação dos SRTs, o cuidador é definido como:

“um profissional fundamental no projeto. Ele passa a operar em uma residência e isso causa impactos importantes. Os profissionais que cuidam de moradores do SRT deverão saber dosar sempre o quanto de cuidado deverá ser oferecido para auxiliar na aquisição de autonomia pelo usuário, numa negociação constante. Este novo lugar de trabalho também vai requerer dos profissionais a realização de atividades que vão muito além de sua formação inicial, tais como: auxiliar em tarefas domésticas, ajudar no pagamento de contas, na administração do próprio dinheiro etc., requerendo dos trabalhadores o desenvolvimento de novas formas de cuidar. Os Cuidadores são pessoas preferencialmente oriundas da comunidade local com experiência em trabalhos comunitários e/ou em acompanhamento domiciliar de pessoas em situação de vulnerabilidade” (p. 18).

Para Neves e colaboradores, este profissional acompanha e auxilia no cuidado e fazem pela pessoa somente as atividades que o morador não consegue realizar sozinho. Ressalta que não é parte da rotina de um cuidador procedimentos de enfermagem. De acordo com os autores, "o processo de trabalho é um momento privilegiado de exercício de capacidades, de manifestação ativa dos indivíduos e, por isso, podemos dizer que a realização em si dessas individualidades é também um objetivo de todo o trabalho" (p. 22)⁷¹.

E por último, o técnico de enfermagem está lotado em casas de maior complexidade, no qual os cuidados de enfermagem são indispensáveis, atendendo a Portaria nº 3090/11. Este profissional atua em intervenções técnicas cotidianas para os pacientes cujos problemas clínicos demandem ações mais especializadas⁷⁰.

Em reação ao suporte econômico do programa, uma especificidade do município do Rio de Janeiro é a bolsa de apoio a desinstitucionalização (Bolsa Rio), instituída pela Lei nº 3400/02⁷², no qual o usuário de longa permanência que vai para o SRT tem direito a um salário mínimo, desde que tenha ficado internado por, pelo menos, três anos ininterruptos até a data da promulgação da lei.

A Bolsa Rio é cumulativa com o Benefício de Prestação Continuada (BPC) cujo direito advém da incapacidade causada pelo transtorno mental grave. Trata-se de um benefício

previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)⁷³ e permite que o morador tenha renda de dois salários mínimos mensalmente.

Outro benefício ofertado, previsto no termo de referência do último edital de licitação, é a bolsa auxílio a desinstitucionalização no valor de R\$ 412,00, que se destina àqueles usuários que não possui renda ou não se inclui nos critérios de admissão da Bolsa Rio ou do PVC⁶⁸.

Já o relatório de gestão da SSM aponta que no final de 2016 haviam 483 pacientes internados em hospital psiquiátrico, em caráter de longa permanência, tendo como meta o fechamento de todos os leitos desta natureza até 2020⁷⁴.

5.3. Instrumento Utilizado

Foi construído um instrumento estruturado de coleta de dados com base na literatura científica sobre dispositivos residenciais e particularmente inspirado em artigos italianos que resultaram da pesquisa PROGRES (*Progetto Residenze*) que foi um levantamento nacional acerca dos dispositivos residenciais do país, conforme descrito mais detalhadamente no capítulo 2. Além disso, foram incorporadas questões relacionadas com as Portarias Ministeriais n^{os} 106/00 e 3090/11 e com o termo de referência do último edital de licitação para implantação dos SRTs da cidade do Rio de Janeiro.

De acordo com Greenhalgh, os formulários são ferramentas que coletam informações objetivas acerca do conhecimento, crenças, atitudes e comportamento de uma população⁷⁵. Ele foi organizado em nove seções que estão distribuídos nos seguintes temas: 1) identificação da unidade; 2) estrutura do SRT; 3) acesso e rotatividade; 4) cuidado em saúde mental; 5) cuidados de saúde em geral; 6) trabalho, lazer e renda; 7) cotidiano dos SRTs; 8) equipe do SRT e 9) avaliação do respondente sobre os desafios da implementação dos SRTs no município do Rio de Janeiro.

Para analisar as informações produzidas através do instrumento estruturado de coleta de dados (estatística descritiva) foi utilizado o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20.

5.4. Procedimentos Metodológicos

O projeto de pesquisa foi apresentado em novembro de 2016 no fórum de Residências Terapêuticas do município do Rio – reunião mensal convocada pela Superintendência de Saúde Mental (SSM) no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) nos quais coordenadores e acompanhantes terapêuticos participam. A ocasião foi oportuna para a entrega do instrumento de coleta de dados e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para os que não estavam presentes no fórum, foi agendada data e entregue o formulário. O prazo para devolução foi de 30 dias e na medida em que o respondente foi finalizando o preenchimento do instrumento, a devolução do formulário em mãos foi agendada.

O instrumento foi preenchido pelo Acompanhante Terapêutico (AT), pois cada dispositivo é composto por este, que é o técnico de referência dos SRTs, portanto considerado como informante chave. Cada módulo de RT tem um AT como membro da equipe. Vale ressaltar que a pesquisa não foi feita em *loco*.

Concomitantemente foram coletados junto a Superintendência de Saúde Mental (SSM) documentos pertinentes ao objeto do trabalho.

5.5. Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEP – ENSP) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP – SMSRJ) e foram aprovados sob o número 57805816.0.0000.5240 e 57805816.0.3001.5279 respectivamente.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1. Características da Clientela e dos Serviços Residenciais Terapêuticos da Cidade do Rio de Janeiro

No período da coleta de dados, entre os meses de novembro e dezembro de 2016, haviam 80 Serviços Residenciais Terapêuticos no município do Rio de Janeiro e todos os instrumentos foram respondidos pelos acompanhantes terapêuticos das casas. Naquele momento existiam 464 vagas distribuídas nos 80 módulos residenciais e 439 pessoas morando, com taxa de ocupação de 94,6%, e proporção de 0,07 vagas por 10.000 habitantes, que pode ser considerado um quantitativo escasso quando comparado a países como Itália, onde a proporção era de 2,9 para cada 10.000 habitantes³⁰. Entre os moradores, 57% das vagas eram ocupadas por homens, enquanto que 43% eram de mulheres e, do total dos indivíduos que residiam na RT, 41% estavam com idade superior a 60 anos, conforme tabela 1.

TABELA 1 – PERFIL DOS MORADORES DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS (N = 439). RIO DE JANEIRO, DEZEMBRO DE 2016

Descrição	Frequência	%
Nº de moradores oriundos de longa permanência hospitalar	414	94,3
Nº de moradores homens	252	57
Nº de moradores mulheres	187	43
Nº de moradores com idade igual ou acima de 60 anos	179	41

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

Levando-se em consideração a taxa de ocupação nos SRTs, é possível dizer que havia pouca ociosidade de vagas nos dispositivos residenciais. Quanto a média de moradores (5,5 por casa), estava abaixo do teto de ocupantes preconizado pela Portaria nº 3090 de 2911 de até oito moradores para SRTs tipo I e até 10 moradores para tipo II. No Brasil, até o ano de 2014 haviam 2.031 pessoas morando em 289 SRTs, sendo em média 7 moradores por casa. Ainda assim, a média de moradores no Rio de Janeiro estava abaixo da média nacional e muito abaixo das médias de ocupação das casas no cenário internacional, apontando para uma folga organizacional dos dispositivos no município estudado. Na Inglaterra a média de indivíduos morando em módulos residenciais é de 17 e na Itália, 11,4 moradores. Em Andalusia, na Espanha, é possível ter entre 10 e 20 moradores nas casas^{28,31,34}.

É esperado que o número menor de moradores possibilite um acompanhamento mais individualizado e aumente a possibilidade da adoção de um ambiente menos institucionalizado. Quanto a isso, Trieman adverte que em ambientes com menor número de moradores há mais chances de haver construção de laços entre eles e maior cooperativismo²⁶.

Dentre todos os moradores, 414 (94,3%) eram oriundos de internações psiquiátricas de longa permanência, aqui entendidas como as internações de um ano ou mais. Estes pacientes merecem especial atenção em função das necessidades que eles apresentam quando desospitalizados. Para Fakhoury e colaboradores, o processo de desinstitucionalização levou muitos indivíduos com múltiplas necessidades para a comunidade, o que fez crescer as modalidades de dispositivos residenciais com suporte mais intensivo (*Supported House*). Os pacientes que ingressam neste tipo de dispositivo, em geral, são mais velhos, com baixa escolaridade, desempregados, com diagnóstico de esquizofrenia e dificuldades para realizar o autocuidado⁷⁶.

Outro dado que merece atenção adicional é a quantidade de idosos que residem nos módulos residenciais que vão demandar, cada vez mais, cuidados mais complexos. De acordo com Silva e colaboradores, a mudança do meio hospitalar para dispositivos na comunidade em idosos com transtornos mentais severos e institucionalizados, pode ser uma experiência particularmente difícil uma vez que, nesta população, a condição de vulnerabilidade observada em outros idosos é agravada, em face das condições de saúde física e mental e dos efeitos deletérios da institucionalização, como a perda de autonomia e de habilidades para a vida diária pela desconexão com os laços sociofamiliares e a vida comunitária⁷⁷.

Em relação aos critérios para se admitir ou não pacientes nos SRTs, em 47 (58,8%) casas os respondentes disseram que não haviam critérios estabelecidos para a entrada de um usuário no serviço. Para aqueles que responderam que haviam critérios para admissão de um paciente, ter história de longa permanência em hospital psiquiátrico apareceu como um fator preponderante, apontando para direção de trabalho prevista nas portarias que regulamentam esta modalidade de serviço no Brasil que indica que os SRTs se destinam a pacientes já institucionalizados em hospitais psiquiátricos. Por outro lado, o fato destes dispositivos só recepcionarem pacientes institucionalizados cria barreiras de acesso para pessoas com transtorno mental grave, que não têm histórico de longas internações psiquiátricas, mas que demandam cuidados intensivos, inclusive de moradia. Como comenta Furtado e colaboradores, o fato dos SRTs serem destinados apenas para pacientes de longa permanência, negligencia parte da população atendida em CAPS com necessidades de moradia e que não encontram

amparo de políticas públicas e apoio sistemático que se destinem a esta questão e não existirem outros programas de suporte a moradia⁵¹.

Durante os últimos 12 meses, 125 pacientes ingressaram nos SRTs da cidade, representando 28,5% do total de moradores existentes. No mesmo período, ocorreram 26 óbitos e nove pessoas deixaram de viver nos módulos residenciais. Quando perguntado aos respondentes sobre o destino dos moradores que deixaram de viver nas RTs no último ano, a resposta foi que seis mudaram para outros SRTs de complexidade de cuidado mais ou menos intensivos e três retornaram para a família. Desta maneira, pode-se inferir que os dispositivos residenciais possuem baixa rotatividade e configuram-se como locais de moradia permanente, sendo um fenômeno observado em diversos países da Europa. Trieman e colaboradores afirmam que a maioria dos dispositivos residenciais se configura como um espaço de moradia definitiva, principalmente entre as casas de cuidados mais estruturados²⁷.

Esta é uma questão de relevo no caso do Rio de Janeiro porque os achados apontam que os indivíduos vão para casas com mais suporte e, apesar do trabalho de reabilitação, um cenário provável é que não ocorra uma evolução gradual no sentido de um aumento de autonomia considerável. Cabe observar, entretanto, que esta concepção contrasta com a experiência canadense do *continuum* residencial no qual o paciente transita, a depender da complexidade de cuidado necessária, em dispositivos residenciais que vão de casas mais estruturadas até casas com menor suporte com objetivo da vida autônoma³⁷.

Bigelow, em estudo sobre tipologia de dispositivos residenciais para pessoas com grave sofrimento psíquico na Inglaterra, defende que boa parte, se não todos, os pacientes oriundos de leitos de longa permanência têm potencial para rápida recuperação se houver provisão de serviços de reabilitação suficientemente intensivos, incluindo a modalidade “*way-station*”. Este tipo de casa se destina a pacientes com transtorno mental grave e acentuada dependência institucional, funcionando como um modelo gradativo, no qual o objetivo é o aprendizado de habilidades para vida independente⁷⁸.

Outro ponto a ser considerado são as implicações em relação ao planejamento e financiamento dos dispositivos residenciais. No caso do Rio de Janeiro observa-se que o baixo número de saídas dos moradores limita o acesso de outros pacientes de longa permanência, sendo o óbito o principal elemento de “porta de saída” ao longo de 2016.

6.2. A Estrutura dos Serviços Residenciais Terapêuticos

Analisando a estrutura dos SRTs, em relação à tipologia dos dispositivos residenciais (tabela 2), 51 (63,8%) são módulos de tipo II e 29 (36,3%) tipo I, sendo que 55 (68,8%) SRTs contavam com cuidados intensivos nas 24 horas do dia. As necessidades apresentadas pela clientela que compõe as RTs determina o nível de cuidado, sendo menos intensivo nos módulos residencial com presença de cuidadores por até 8h e mais intensivo naquelas casas que funcionam com cuidadores nas 24h do dia. No caso do Rio de Janeiro, as residências eram majoritariamente de cuidados intensivos (tabela 2).

TABELA 2 – ESTRUTURA DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS. RIO DE JANEIRO, DEZEMBRO DE 2016

Descrição		Frequência	%
Tipologias dos SRTs	Tipo I	29	36,3
	Tipo II	51	63,8
Intensidade do cuidado	Até 8h	12	15,1
	12h	13	16,3
	24h	55	68,8
Tipo de imóvel	Casa	61	76,3
	Apartamento	19	23,7
Imóvel	Próprio	19	23,7
	Alugado	61	76,3
Credenciado junto ao MS	Sim	38	47,5
Área Programática	1.0	0	0
	2.1	3	3,8
	2.2	4	5
	3.1	6	7,5
	3.2	10	12,5
	3.3	5	6,3
	4.0	39	48,8
	5.1	4	5
	5.2	6	7,5
	5.3	3	3,8
SRTs fora do limite do hospital psiquiátrico	–	80	100
SRTs localizados em até 15 min de centros comerciais	–	78	97,5

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

Os dispositivos estavam predominantemente distribuídos em casas (76,3%) na modalidade de aluguel (73,6%). Dentre as Residências Terapêuticas existentes, 38 das 80 casas estavam credenciadas junto ao Ministério da Saúde, havendo transferências financeiras regulares de recursos por parte da União para 47,5% dos módulos residenciais, enquanto que a SMS deixava de receber recursos para custeio de 52,5% das casas, acarretando sobrecarga financeira para a instância municipal.

A AP 4.0 concentrava quase 50% de SRTs, pois existiam, até o final do ano de 2016, 39 moradias dentro do território de abrangência desta CAP, número superior ao das outras APs do município. Esta região de saúde possui uma especificidade em função da localização do Instituto Municipal Juliano Moreira e de ter concentrado alguns dos hospitais psiquiátricos com leitos contratados pelo SUS que foram sendo descredenciados ao longo do tempo.

A Colônia Juliano Moreira foi um complexo manicomial federal inaugurado em 1924 e municipalizado em 1996, quando recebeu o nome de Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM). Desde 2000, vem desenvolvendo um programa de alocação na comunidade de seus pacientes de longa permanência. Além dos pacientes oriundos do próprio IMASJM, o programa também recebeu pessoas que se encontravam internadas nas clínicas que tiveram seus leitos descredenciados.

Em 2012, um conjunto de 10 residências terapêuticas no formato de uma vila foi construído para abrigar um total de 80 pacientes (oito moradores por módulo). Mais recentemente, em 2015, através de uma parceria com a Secretaria Municipal de Habitação (SMH), cinco casas, e em 2016 mais sete apartamentos do programa de moradias popular “Morar Carioca” foram também destinados para o programa de RTs, com uma ampliação de mais 50 vagas. Até o momento da pesquisa sete dispositivos residenciais haviam sido ocupados. Ambos os projetos foram desenvolvidos na área não hospitalar do imóvel da extinta Colônia Juliano Moreira, atualmente constituída como um bairro da cidade, em face da extensiva ocupação por construções familiares que sofreu ao longo de décadas⁷⁷. Das 39 RTs localizadas na AP 4.0, 16 estão situadas na área do imóvel. O restante (23) está espalhado pelo bairro de Jacarepaguá.

Seguido da AP 4.0, a AP 3.2 aparecia²² como a segunda área com maior número de SRTs (10), se justificando por ser a região da cidade no qual o IMAS Nise da Silveira está sediado, que assim como no IMAS Juliano Moreira, era um hospital psiquiátrico de grande porte, o Centro Psiquiátrico Pedro II, posteriormente municipalizado em 2000⁷⁹. Em 2002⁶⁷ foi iniciado um programa residencial similar ao do IMASJM. Vale ressaltar que anteriormente os SRTs estavam vinculados aos Institutos, que tinham como população alvo primor-

dial a sua própria clientela institucionalizada, o que explica a alta concentração de casas nas regiões desses grandes hospitais. A partir de 2011, a gestão dos programas dos Institutos passou para os Centros de Atenção Psicossocial.

Todos os SRTs estavam fora dos limites do hospital psiquiátrico, tal como preconizado pelas portarias que dispõe sobre estes serviços, assim como quase todos, 97,5%, estavam localizados em centros urbanos, no qual se podia acessar centros comerciais em até 15 minutos a pé.

Quanto à estrutura física, a média de cômodos era de 3,6 quartos por SRT e média de quartos por morador era de 0,6. Em relação a banheiros, a média é de 1,96 banheiro por casa e 0,4 por morador (tabela 3).

TABELA 3 – MÉDIA DE QUARTOS E BANHEIROS DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS POR MORADOR. RIO DE JANEIRO, DEZEMBRO DE 2016

Descrição	N	Média
Quartos	245	3,6
Quartos por morador	–	0,6
Banheiros	157	1,96
Banheiros por morador	–	0,4

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

Sobre o processo de implantação das RTs na cidade do Rio de Janeiro, a primeira RT foi implantada em 1998, antes da Portaria nº 106/2000, vinculada ao Instituto Municipal Phillipe Pinel, na época ainda sob gestão federal. A partir de 2000, com as RTs já normatizadas, mais dispositivos residenciais foram paulatinamente sendo implantados. O período de maior implantação foi entre 2012 e 2016 quando 52 (63,8%) unidades foram inauguradas, indicando uma aceleração nos últimos anos, conforme apresentado na tabela 4.

TABELA 4 – SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS POR ANO DE IMPLANTAÇÃO. RIO DE JANEIRO, DEZEMBRO DE 2016

Anos de implantação	Frequência	%
Entre 1998 e 2001	07	8,7
Entre 2002 e 2003	04	5
Entre 2004 e 2005	03	3,7
Entre 2006 e 2007	05	6,2
Entre 2008 e 2009	04	5
Entre 2010 e 2011	06	7,6
Entre 2012 e 2013	19	23,8
Entre 2014 e 2016	32	40
Total	80	100

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

No ano de 2012 foram implementados 15 módulos residenciais, sendo este o ano de inauguração do condomínio com 10 RTs na AP 4.0, como já descrito anteriormente, elevando consideravelmente o padrão de implantação das casas. No ano de 2014 foram 11 RTs e em 2016, até o momento da pesquisa, 14 casas haviam sido inauguradas.

Uma possível explicação para o aumento considerável de implantação de módulos residências nos últimos anos, é o fato do Ministério da Saúde em 2011 ter definido, através da Portaria nº 3090, uma nova tipologia para os serviços residenciais terapêuticos (SRTs tipo II), que permitiu a saída de pessoas com necessidades mais complexas, inclusive com comprometimento físico. A possibilidade de implantação de mais casas com cuidados nas 24 horas do dia estimulou a desospitalização daqueles pacientes que, pelas características psicossociais, não vinham sendo beneficiados pelo programa.

A principal explicação, entretanto, é a decisão da Secretaria Municipal de Saúde, sob a gestão do prefeito Eduardo Paes, de aumentar a destinação financeira para o programa de Residências Terapêuticas com o intuito de criar novos SRTs. No período entre 2010 e 2016 pouco mais de 70% dos dispositivos foram implantados. A ampliação do programa se deu através da celebração de um contrato de gestão entre instituição não governamental e SMS (processo 09/000565/2015). No ano de 2015 houve uma mudança relevante no modelo de gestão no qual uma única entidade passou a gerenciar todos os dispositivos residenciais já existentes na cidade. De acordo com o Termo de Referência (TR) contido no edital de licita-

ção, é utilizado um parâmetro médio de seis moradores, além de ter indicadores de acesso e assistenciais definidos, plano progressivo de metas para implantação de RTs, contratação de pessoal e desospitalização de pacientes (tabela 5)⁶⁸. O contrato de gestão em curso tem duração de dois anos (finda em julho de 2017), sendo que haviam 62 SRTs na cidade até o momento da celebração do atual convênio, e no período entre julho de 2015 e dezembro de 2016, mais 18 novos dispositivos residenciais foram implementados.

TABELA 5 – INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DOS SRTs PARA O PERÍODO ENTRE JULHO DE 2015 E JULHO DE 2017. RIO DE JANEIRO, DEZEMBRO DE 2016

Tipo de indicador	Ação	Período da avaliação	Meta
Acesso	Desinstitucionalização de pacientes	Semestral	90% por período
Acesso	Ocupação dos recursos disponíveis	Mensal	90% por período
Assistencial	Acompanhamento e orientação nutricional	Mensal	Mínimo de 40 pacientes e máximo de 60 por nutricionista
Assistencial	Atividades de capacitação profissional	Anual	Mínimo de 80%
Assistencial	Acompanhamento de PTS	Semestral	100%
Assistencial	Inserção de usuários do SRT na Atenção Básica	Trimestral	Mínimo de 90%
Assistencial	Manutenção das equipes completas	Mensal	Mínimo de 90%

Fonte: Termo de Referência contido no edital de licitação para os SRTs, 2014⁶⁸.

Quanto às equipes de acompanhamento, no momento da coleta de dados estavam trabalhando nos SRTs da cidade do Rio de Janeiro, 42 Acompanhantes Terapêuticos, sendo a média de 1,9 casa por AT e 0,09 por morador. Estes profissionais acompanhavam no mínimo uma e no máximo três RTs. A maioria dos técnicos de referência é composta por 37 psicólogos, representando 88% da força de trabalho desta função e cinco (12%) eram assistentes sociais. Não foram encontradas outras categorias profissionais de nível superior do campo da saúde mental trabalhando nos SRTs naquele momento.

Em relação aos cuidadores, haviam 266 em exercício, com média de 3,3 por casa e 0,79 por morador. Já para técnicos de enfermagem, haviam 52, com média 0,65 por casa e

0,11 por morador. Todos os funcionários estavam trabalhando dentro do regime de carga horária contratual a saber: 30 horas semanais para o AT, 40 horas semanais para o cuidador e 40 horas semanais para o técnico de enfermagem.

Ao longo de um ano, 115 trabalhadores dos módulos residenciais foram demitidos, sendo que em 37% dos casos a demissão foi acordada entre funcionário e empregador, configurando alta rotatividade entre os profissionais.

Quando perguntado ao respondente sobre o nível de satisfação em uma escala de 0 a 10 acerca da capacidade da equipe para o desenvolvimento das atividades compatíveis com o trabalho em SRTs, foi obtida a média de 7,3. Já para a satisfação acerca das atividades de treinamento e formação propiciada pela Secretaria Municipal de Saúde para este campo de trabalho a média foi muito baixa (5,4), evidenciando a pouca ou nenhuma formação ofertada pela SMS.

Quanto às atividades de formação, em novembro de 2016 houve um curso de capacitação para cuidadores, sendo primeiro realizado entre a SMS e a Organização Social que faz a cogestão dos SRTs. De acordo com o Termo de Referência contido no edital de licitação das RTs⁶⁸, a formação é um dos indicadores de qualidade assistencial, com meta anual de 80%, porém esta foi a primeira ação de formação proposta até o momento do estudo.

6.3. O Processo de Cuidado nos Serviços Residenciais Terapêuticos

6.3.1. O Cuidado em Saúde Mental

Em relação a atenção em saúde mental, todos os SRTs estavam vinculados aos CAPSs, dispositivos responsáveis pelo acompanhamento dos moradores das casas. O CAPS Arthur Bispo do Rosário (ABR) seguido pelo CAPS Manoel de Barros são os serviços de referência para 23 (28%) e 16 (20%) do total de RTs do município respectivamente e ambos estão na AP 4.0. Tanto o CAPS ABR quanto o CAPS Manoel de Barros contam com duas equipes de segmento cada, dado o volume de casas e moradores. De maneira inversa, haviam CAPSs que eram responsáveis por apenas uma RT, como os CAPSs Maria do Socorro, Ernesto Nazareth, Espaço Aberto ao Tempo (EAT) e Torquato Neto, conforme apontado na tabela 6.

TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS POR CAPS (N = 80). RIO DE JANEIRO, DEZEMBRO DE 2016

CAPS	Frequência	%
Arthur Bispo do Rosário	23	28
Manoel de Barros	16	20
Clarice Lispector	8	10
UERJ	4	5
Lima Barreto	4	5
Pedro Pellegrino	4	5
João Ferreira	3	3,8
Rubens Correia	3	3,8
Simão Bacamarte	3	3,8
Franco Baságlia	2	2,5
Fernando Diniz	2	2,5
Dircinha e Linda Batista	2	2,5
Profeta Gentileza	2	2,5
Maria do Socorro	1	1,3
Ernesto Nazareth	1	1,3
Espaço Aberto ao Tempo (EAT)	1	1,3
Torquato Neto	1	1,3
Total	80	100

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

Em relação aos dados referentes ao cuidado em saúde mental, 425 (96,8%) dos moradores de Residência Terapêutica estavam matriculados nos CAPSs. Quanto à média de frequência dos moradores em CAPS, 166 (37,8%) deles frequentavam o serviço semanalmente e 59 (13,4%) quinzenalmente. Já 110 (25%) moradores compareciam ao CAPS mensalmente. Havia uma parcela de moradores que comparecia aos serviços menos do que trimestralmente. Quatorze moradores, todos do segmento vinculado ao CAPS Arthur Bispo do Rosário, não frequentavam o serviço (tabela 7).

TABELA 7 – MÉDIA DE FREQUÊNCIA DOS MORADORES DOS SRTs NOS CAPSs DE REFERÊNCIA. RIO DE JANEIRO, DEZEMBRO DE 2016

Frequência dos moradores no CAPS	Frequência	%
Semanal	166	37,8
Quinzenal	59	13,4
Mensal	110	25
Bimensal	12	2,8
Trimestral	14	3,2
Menos frequente	64	14,6
Não frequentavam o CAPS	14	3,2
Total	439	100

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

Em casos de agudização do sofrimento psíquico, os moradores devem frequentar o CAPS mais intensivamente, inclusive com frequência diária. Quanto a intensividade do acompanhamento no CAPS, a Portaria nº 336/02⁹ diz que:

“Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função do seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função de seu quadro clínico, pode ter uma frequência menor” (BRASIL, 2002).

No caso estudado, constata-se que o regime de atendimento mais usual, que abarca 62,2% dos usuários, é de baixa intensidade. Sobre isto, há duas explicações possíveis: a estabilidade do quadro psíquico dos moradores ou a baixa oferta de atividades de reabilitação psicossocial.

Quando observado as variáveis a seguir sobre reunião para discussão de casos e moradores com PTS no CAPS, e associados aos dados acima descritos sobre a intensividade da frequência no serviço, pode-se inferir que há um *deficit* no acompanhamento. Cabe a reflexão de que o fato de estar matriculado no CAPS não garante acesso às intervenções técnicas necessárias e que as necessidades são heterogêneas: enquanto uns precisam de intensividade em função de reagudização, outros necessitam das ações mais intensivas em face a grave dependência institucional. Assim, o Projeto Terapêutico Singular é nodal para o acompanhamento dos casos.

Em 52,5% dos casos haviam reuniões para discussão de casos e dos 58,8% que possuíam PTS no CAPS, em 77,5% dos projetos terapêuticos era pactuado com os moradores e em 42,8% das casas, os usuários possuíam acesso aos seus Projetos Terapêuticos (tabela 8). Embora quase todos os moradores estejam matriculados em CAPS (tabela 9), inclusive em função da vinculação das RTs aos serviços de tratamento, o percentual de reuniões para discussão de casos pode ser considerado baixo.

TABELA 8 – CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS. RIO DE JANEIRO, DEZEMBRO DE 2016

Descrição		Frequência	%
SRTs com reuniões regulares para discussão de casos no CAPS	Sim	42	52,5
SRTs com moradores com PTS no CAPS	Sim	47	58,8
SRTs com moradores que acessam ao PTS	Sim	39	42,8

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

TABELA 9 – CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DISPENSADO AOS MORADORES DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS. RIO DE JANEIRO, DEZEMBRO DE 2016

Descrição	Frequência	%
Nº de moradores matriculados em CAPS	425	96,8
Nº de moradores com diagnóstico de esquizofrenia	316	71,8
Nº de moradores em uso de psicoativos	406	92,5
Nº de moradores em uso de três ou mais psicoativos	306	69,7
Nº de moradores em uso de medicação antipsicótica	340	77,5
Nº de moradores sem atendimento no CAPS por médico psiquiatra há 3 ou mais meses	142	40,7
Nº de moradores em atendimento psicoterápico individual	106	24,1
Nº de moradores que frequentam oficina terapêutica	147	33,4

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

Pode-se considerar o Projeto Terapêutico Singular como um norteador do cuidado ao morador, e por ser singular, é esperado que seja ser construído junto ao usuário. Chama atenção que em 47 (58,8%) dos SRTs os moradores tenham seus PTSs elaborados nos CAPSs, e que uma parcela dos Projetos Terapêuticos não tenha sido construída junto ao morador e que, na maioria dos casos, eles não se encontrassem acessíveis aos usuários.

O Ministério da Saúde diz que o PTS é um plano de ação voltado para o futuro de um indivíduo com projeções de curto, médio e longo prazos e se configura como ferramenta primordial para trabalhadores da saúde envolvidos com a clientela oriunda de longa permanência².

Por definição de Boccardo e colegas, o Projeto Terapêutico Singular é um plano terapêutico cuja estratégia de cuidado é organizar, por meio de ações articuladas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e definida a partir da singularidade do indivíduo, devendo considerar as necessidades e o contexto social no qual está inserido. Espera-se que sua construção envolva o usuário, seus familiares e a rede social, em processo contínuo, integrado e negociado a partir de ações voltadas à satisfação de suas necessidades, viabilizando a produção de autonomia, protagonismo e inclusão social. Além disso, esse processo visa atingir mudanças ao longo do tempo, objetivando a redução da dependência exclusiva dos sujeitos aos serviços de saúde por meio de recursos territoriais, exteriores ao serviço⁸⁰.

Levando-se em consideração os dados que referem a discussão dos casos em reunião de equipe e o PTS, o resultado aponta para uma baixa integração na condução clínica e dá indícios de um possível problema na qualidade do acompanhamento realizado pelo CAPS.

Dentre todos os moradores, 316 (71,8%) tinham diagnóstico de esquizofrenia, e 406 (92,5%) moradores faziam uso de medicação psicoativa, sendo que 306 (69,7%) faziam uso de três ou mais psicotrópicos. Do total de moradores, 340 (77,5%) faziam uso de medicações antipsicóticas. Quanto aos atendimentos nos CAPSs, 142 (40,7%) moradores estavam sem atendimento médico psiquiátrico por mais de três meses e os moradores fazem alto uso de medicações psicotrópicas, além de uma parcela importante ser pouco reavaliada pelo médico assistente e também são pouco assistidos por outro técnico da equipe do CAPS.

A literatura aponta que a esquizofrenia é o diagnóstico preponderante entre os moradores de dispositivos residenciais, como observado nas casas italianas, inglesas e dinamarquesas, por exemplo^{28,30,33}. Para Thornicroft e Tansella, um dos achados mais importantes da epidemiologia da esquizofrenia é a proporção de pacientes, a maioria deles no início do adoecimento, que sofrem com níveis moderado e grave de incapacidades (*disabilities*) nas esferas pessoais, domésticas, familiar e do trabalho. O serviço de saúde mental deve estar implicado em disponibilizar uma gama de intervenções integradas e de longo prazo, tanto para prevenção da agudização do quadro quanto para minimizar as incapacidades provocadas pelo transtorno⁸¹. Entretanto, em função da baixa presença dos moradores nos CAPSs, conforme descrito anteriormente, não se trata apenas de evitar reagudizações, mas de disponibilizar estratégias de enfrentamento dos efeitos deletérios da longa permanência em hospitais psiquiátricos.

O estudo aponta que a maioria dos moradores (69,7%) fazem uso de três ou mais medicações psicotrópicas nos SRTs. Sobre esta questão, a literatura internacional indica que o uso de duas ou mais medicações psicoativas usadas para o tratamento de um mesmo indivíduo ou para a mesma condição diagnóstica ou sintomatológica é chamado de polifarmácia⁸². O uso de múltiplos psicotrópicos é apontado como um problema nos dispositivos residenciais de diversos países, como Inglaterra, Itália e Dinamarca^{28,31,33}.

Para Kukreja e colaboradores, em estudo indiano sobre o uso de múltiplas medicações psicotrópicas, apontam que as últimas décadas revelaram um aumento na prescrição de múltiplas medicações, tornando-se uma prática clínica comum. Na década de 1970 a prescrição de ao menos três medicações era de 5% do total e em 1994 este número tinha aumentado para 40%. Dentre os transtornos classificados pela CID 10, aqueles com uso de poli-

farmácia mais frequente é a esquizofrenia, o transtorno esquizotípico e o transtorno delirante⁸³.

Tomasi e colegas, em estudo sobre prescrição de psicotrópicos em dispositivos residenciais italianos, referem que a média de usos de psicotrópicos é de 2,7 (mediana 3) por morador. Os autores apontam que a polimedicação é comum e as diretrizes internacionais para a prescrição de medicações para a esquizofrenia não recomendam uso associado de antipsicóticos. Ao contrário, a monoterapia está associada a benefícios para o estado clínico geral. O uso de múltiplos psicotrópicos está associado ao aumento de efeitos adversos e diminuição da taxa de sobrevivência. Concluem que o padrão de prescrição nas casas apresenta alta taxa de uso associado de múltiplas medicações, com variações nos padrões de prescrição e relação fraca entre o diagnóstico e a prescrição. Os moradores, por sua vez, são de difícil manejo de tratamento, e a variação nos padrões de prescrição se justificam pela necessidade do controle da sintomatologia grave⁸⁴.

A prescrição de dois ou mais psicotrópicos é amplamente utilizada e tem como efeito grave, a interação medicamentosa e ameaça de morte. As combinações de fármacos podem levar a várias interações farmacodinâmicas e farmacocinéticas, além de toxicidade cumulativa. Outras preocupações sérias com o uso combinado de psicotrópicos são: a falta de estratégias baseadas em evidências para orientar essa prática e os custos dos medicamentos para os pacientes. Existem poucos estudos que avaliem a eficácia, os riscos e os efeitos a longo prazo do uso de dois fármacos psiquiátricos em combinação. O uso de múltiplas medicações está fortemente associada à dosagem excessiva e morte precoce, sendo que em casos de combinação de antipsicóticos, em comparação com a monoterapia, há associação a um risco aumentado de síndrome pré-metabólica^{82,83}. Portanto, seria fundamental mais estudos sobre o tema no qual pudesse avaliar os efeitos positivos e negativos do uso combinado de diferentes medicações psicotrópicas.

Dentre os moradores, 106 (24,1%) tinham atendimento psicoterápico individual e 147 (33,4%) participavam de oficinas terapêuticas, sendo esta a principal modalidade de acompanhamento nas RTs. Quando perguntado quais oficinas terapêuticas eram mais frequentadas pelos moradores, foi descrito que as atividades de música, expressão corporal, manuais e de esportes e lazer eram as mais frequentes.

Oficina terapêutica é um termo genérico que abarca um conjunto de atividades heterogêneas dentro de uma perspectiva de atenção psicossocial. Segundo Ribeiro e colaboradores, as oficinas podem ser caracterizadas como atividades grupais que se destinam a socialização de familiares e usuários, expressão de emoções e sentimentos, desenvolvimento de

autonomia, habilidades e cidadania⁸⁵. Tais atividades cumprem função primordial nos CAPSs, operando como organizadores do cotidiano, podendo ser desde grupos que fomentem a interação até oficinas com objetivo de gerar renda.

Quando perguntado ao respondente quais atividades de lazer eram mais frequentes entre os moradores, as mais descritas foram idas a restaurantes (54), seguida de passeios em geral (50), *shoppings* (20), cinema (19), praia (19) e festas (11). Quanto aos centros de convivência, 32 (7,2%) dos 439 moradores frequentavam, apontando que as atividades de lazer ficavam a cargo das equipes de segmento quase que exclusivamente.

Na cidade existiam três centros de convivência, sendo um centro de convivência na região da AP 3.2 (Trilhos do Engenho), um na região da AP 4.0 (Polo experimental de convivência, educação e cultura) e um na região da AP 5.2 (Centro de Convivência e Cultura da Zona Oeste - CECOZO), o que explica a baixa inserção dos moradores neste tipo de serviço.

A experiência inglesa mostra que dentre todos os pacientes que moram em módulos residenciais, somente metade frequenta centros de tratamento em saúde mental. Um dos argumentos que explicam este fenômeno é o fato desses pacientes realizarem atividades de reabilitação através das equipes dos módulos residenciais, não precisando do tratamento ofertado pela equipe de atenção comunitária em saúde mental. Quando necessária a prescrição das medicações, a prescrição é feita pelo médico generalista. Os autores advertem que este arranjo não reflete em uma reabilitação ativa e tão pouco contribui para o melhor funcionamento e autonomia dos pacientes²⁸.

Quando perguntado ao respondente quais ações de atenção psicossocial aconteciam nos SRTs empreendidas pela equipe de cuidadores, ATs e técnicos de enfermagem, foi respondido que o lazer, a apropriação da casa e do território por parte dos moradores, construção de autonomia e autocuidado são as ações mais frequentes na casa. Pode-se considerar que existe um trabalho de reabilitação psicossocial interno aos dispositivos residenciais (realizado no próprio âmbito das casas e pela equipe interna), sendo compatível com a modalidade de *Supported Housing*, conforme descrito acima por Nelson. Neste tipo de dispositivo residencial há suporte de equipe e combina moradia e reabilitação³⁹.

As unidades de emergências em saúde mental de referência para os SRTs e internação em leitos de saúde mental estão representados na tabela 10, podendo haver mais de uma referência para um só SRT.

TABELA 10 – REFERÊNCIA DE EMERGÊNCIA E INTERNAÇÃO/ACOLHIMENTO POR TIPOS DE UNIDADES. RIO DE JANEIRO, DEZEMBRO DE 2016

	Hospital geral	Hospital psiquiátrico	CAPS
Referência de emergência	75 (93,7%)	16 (20%)	14 (17,5%)
Referência de internação/acolhimento	12 (15%)	34 (42,5%)	9 (11,2%)

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

No instrumento de coleta de dados, na pergunta sobre quantas internações psiquiátricas ocorreram ao longo de um ano, foi respondido que houve 55 internações de moradores, podendo o mesmo morador ter sido internado mais de uma vez.

É uma tendência da política de saúde mental da cidade, o deslocamento das portas de entrada de urgência e emergência anteriormente localizadas em HPs para hospitais gerais e na Policlínica Rodolpho Rocco, definido como emergência psiquiátrica para surtos e agudizações, com triagem, avaliação e internações de curta permanência.

Desta maneira na região da AP 4.0, em 2012, a emergência psiquiátrica deixa de ser no Hospital Municipal Jurandyr Manfredini, passando para o Hospital Municipal Lourenço Jorge (HMLJ) e finalmente, em 2015 para a Coordenação de Emergência Regional (CER) Barra, sendo referência de emergência para 43 casas. Caso semelhante aconteceu na AP 3.2 quando a Policlínica Rodolfo Rocco, no ano de 2007, substituiu a emergência do IMAS Nise da Silveira e é referência para 21 RTs. A experiência mais recente (2016) é a passagem da emergência do Hospital Municipal Pedro II para o CER Santa Cruz. O Instituto Municipal Philippe Pinel (IMPP) era o único hospital psiquiátrico que se mantinha como referência de emergência no município do Rio de Janeiro até o momento da pesquisa. Importante perceber que os CAPSs III, a partir de 2010, quando o primeiro CAPS 24h da cidade foi inaugurado⁸⁶, tornou-se referência de emergência, apontando para a direção de trabalho dos CAPSs no sentido da sua consolidação como ponto de atenção e cuidado à crise. Até dezembro de 2016 havia cinco serviços com funcionamento nas 24 horas do dia. Porém, quando perguntado aos respondentes, qual unidade de emergência em saúde mental de referência para o SRT, somente quatro foram descritos, sendo eles: CAPS III Artur Bispo do Rosário (ABR) como referência para oito casas, seguido de CAPS III Franco Basaglia para duas RTs, O CAPS João Ferreira para dois SRTs e o CAPS III Maria do Socorro para uma SRT respectivamente. O CAPS Manoel de Barros, apesar de ser tipo II, é citado como referência para uma casa.

Cabe observar que, o CAPS ABR contava com 28 SRTs, porém não se constituía, a partir das respostas nos formulários, como referência de emergência para a maioria de suas RTs. Do mesmo modo, o CAPS Dirceinha e Linda Batista têm dois SRTs vinculados, mas nenhuma das casas refere à unidade como referência para emergência.

Uma vez que o atendimento de emergência se desdobre em internação, os pacientes podem ser encaminhados para as unidades com leitos de saúde mental, podendo ser em hospital psiquiátrico ou em hospital geral, via sistema de regulação de vagas (SISREG).

Ao longo de um ano as internações foram majoritariamente em hospitais psiquiátricos, sendo o HMJM e o IMASNS responsáveis por 13 internações cada. Dentre os hospitais gerais, o HMLJ teve oito internações e o CAPS III Maria do Socorro fez seis acolhimentos noturnos. Quando em CAPS III, o morador fica em regime de acolhimento 24h, pois o CAPS não se trata de um serviço de internação. A Portaria nº 854 de 22 de agosto de 2012 define que o acolhimento noturno é um recurso do PTS e uma ação de hospitalidade noturna para os pacientes já em acompanhamento no CAPS, objetivando o manejo de crise em decorrência do transtorno mental, não devendo exceder 15 dias⁸⁷.

Quando perguntado ao AT sobre o nível de satisfação da equipe do SRT com o acompanhamento realizado pelo CAPS, no qual 10 era o ponto máximo e 0 a pontuação mínima, foi possível estabelecer uma média de satisfação por equipe de segmento vinculado ao seus respectivos CAPSs (tabela 11).

TABELA 11 – MÉDIA DE SATISFAÇÃO DA EQUIPE DE SEGMENTO EM RELAÇÃO AO ACOMPANHAMENTO REALIZADO NO CAPS. RIO DE JANEIRO, DEZEMBRO DE 2016

Equipe de segmento	AP	Média/Nota*
Maria do Socorro	2.1	9
Franco Basaglia	2.1	7
UERJ	2.2	5
João Ferreira	3.1	8
Fernando Diniz	3.1	8
Ernesto Nazareth*	3.1	10
Clarice Lispector	3.2	8
Espaço Aberto ao Tempo*	3.2	4
Torquato Neto*	3.2	7
Rubens Correia	3.3	8,3
Dircinha e Linda Batista	3.3	6,5
Arthur Bispo do Rosário	4.0	5,4
Manoel de Barros	4.0	6,9
Lima Barreto	5.1	3,7
Pedro Pellegrino	5.2	6,2
Profeta Gentileza	5.2	8
Simão Bacamarte	5.3	10
Total	–	7,5

*Em CAPS com apenas um SRT foi considerado a nota.

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

Enquanto os serviços como Ernesto Nazareth e Simão Bacamarte, responsáveis por 1 e 3 RTs respectivamente, obtiveram pontuação máxima, os CAPSs Arthur Bispo do Rosário (5,4), UERJ (5), Espaço Aberto ao Tempo (4) e Lima Barreto (3,7) tiveram pontuação baixa, inferior a 6. A média geral foi de 7,5 e a mediana foi 7. Esta temática do acompanhamento do CAPS para seus SRTs merece atenção, pois os dados apontam para uma tensão entre equipe dos CAPSs e dos segmentos e, quando associado ao percentual baixo de reuniões para discussão de casos e construção do PTS, fica evidenciada a pouca integração entre os serviços.

6.3.2. O Cuidado em Saúde Geral

Dentre os SRTs pesquisados, 69 (86%) deles estavam com todos os moradores cadastrados em unidades da Atenção Básica (AB) e desses serviços, apenas 35 (44%) casas recebiam visitas regulares das equipes das unidades de atenção primária, sendo que 41 moradores (9,3%) não estavam cadastrados em unidades de atenção primária.

Em relação às unidades de atenção básica de referência para os módulos residenciais, como já visto anteriormente, a AP 4.0 concentra o maior número de serviços de unidades da AB por RT, sendo o CMS Álvaro Ramos responsável por 20 SRTs seguido do CMS Newton Bethlem, com 12 casas e o CMS Milton Fontes Magarão, na AP 3.2, acompanha 7 SRTs.

Quando perguntado aos respondentes quais especialidades médicas de mais difícil acesso para os moradores dos SRTs (tabela 12), foi descrito que a neurologia era a especialidade de mais difícil acesso em 36% dos casos, seguido da ortopedia (16,2%) e cardiologia (13,7%), conforme apresentado na tabela 9. Por outro lado, para 20% dos dispositivos residenciais, não há dificuldades de acesso aos especialistas e para uma pequena parcela (6,2%), foi encontrado dificuldades para acessar a todas as especialidades médicas.

TABELA 12 – DISTRIBUIÇÃO DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS CONSIDERADAS DE DIFÍCIL ACESSO PARA OS MORADORES DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS. RIO DE JANEIRO, DEZEMBRO DE 2016*

Especialidade	Frequência absoluta	%	Frequência acumulada	%
Neurologia	26	22	26	22
Ortopedia	13	11	39	33
Cardiologia	11	9,3	50	42,3
Oftalmologia	9	7,7	59	50
Endocrinologia	8	6,8	67	56,8
Gastroenterologia	8	6,8	75	63,6
Odontologia	8	6,8	83	70,4
Geriatria	7	6	90	76,4
Dermatologia	4	3,3	94	79,7
Pneumologia	4	3,3	98	83
Outras especialidades	20	17	118	100
Total	118	100	–	–

*Pode haver mais de uma resposta para as especialidades médicas.

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

Também foi pedido aos respondentes, através do instrumento de coleta de dados, que fosse dado uma pontuação para o nível de satisfação da equipe do SRT com a sua unidade de AB, na qual 10 era a pontuação máxima e 0 a pontuação mínima. O CMS Álvaro Ramos obteve média de satisfação de 6,4, seguido do CMS Newton Bethlem, com média de 5,2 e o CMS Milton Fontes Magarão com 5,3 de média (tabela 13). Como contraponto, duas unidades da AP 5.3 ficaram com a média 10, sendo esta a única região da cidade que conta com 100% de cobertura da ESF.

TABELA 13 – MÉDIA DE SATISFAÇÃO DA EQUIPE DE SEGMENTO EM RELAÇÃO AO ACOMPANHAMENTO REALIZADO EM UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA DE REFERÊNCIA. RIO DE JANEIRO, DEZEMBRO DE 2016

Unidade de AB	AP	Nº de SRTs	Média/Nota*
CF Rinaldo de Lamare*	2.1	1	6
CMS Santa Marta	2.1	2	7,5
CMS Heitor Beltrão	2.2	3	9
CMS Helio Pellegrino*	2.2	1	6
Pol Newton Alves Cardoso*	3.1	1	8
CMS Maria Cristina Roma Pougartte*	3.1	1	8
CF Zilda Arns*	3.1	1	9
CMS Alemão*	3.1	1	9
Pol José Paranhos Fontenelle*	3.1	1	5
CMS São Godofredo*	3.1	1	9
CMS Milton Fontes Magarão	3.2	7	6,3
CMS Cesar Pernetta*	3.2	1	10
CF Izabel dos Santos*	3.2	1	6
CF Sergio Nicolau Amin*	3.2	1	7
CF Souza Marques*	3.3	1	5
CMS Mario Olinto*	3.3	1	8
CMS Alice Toledo Tibiriçá*	3.3	1	8
CF Raimundo Alves Nascimento*	3.3	1	7
CMS Carmela Dutra*	3.3	1	7
CMS Jorge Saldanha Bandeira de Mello	4.0	6	5
CMS Newton Bethlem	4.0	12	5,2
CMS Raphael de Paula Souza*	4.0	1	9
CMS Álvaro Ramos	4.0	20	6,4
CF Kelly Cristina de Sá Lacerda Silva*	5.1	1	8
CMS Waldyr Franco*	5.1	1	8
CF Armando Palhares Aguinara	5.1	2	3
CMS Mario Vitor*	5.2	1	5
CMS Carlos Alberto Nascimento	5.2	2	7
CMS Belisário Pena*	5.2	1	8
CF Arthur Zanetti*	5.2	1	7
Pol Carlos Alberto Nascimento*	5.2	1	2
CMS Décio do Amaral*	5.2	1	7
CF Jose Antonio Ciraucho*	5.2	1	10
CF Deolindo Couto*	5.3	1	10
Total		80	6,9

*Para as unidades de AB com apenas um SRT, foi considerado a nota única.

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

A média geral de satisfação com a AB foi de 6,9 (mediana 7) e o nível de satisfação corrobora o fato de menos da metade dos SRT receberem visitas regulares das unidades de Atenção Primária, além de haver moradores de RTs que não conseguiram serem cadastrados nas unidades de saúde. Ainda assim, o nível de satisfação com as unidades da APS é menor para aquelas unidades que concentram maior número de SRTs. Outro fator importante é a dificuldade no acesso a especialidades em saúde.

A tabela 14 aponta para os gastos em saúde e quando perguntado ao respondente quantos moradores dos SRTs possuíam planos de saúde, foi respondido que 39 moradores (9%) pagavam por planos de saúde privados. No último ano 154 moradores (35%) pagaram por exames e consultas em saúde e, levando-se em consideração a dificuldade em acessar determinadas especialidades, pode-se inferir que os moradores recorriam a consultas e exames particulares para dar conta de suas necessidades de cuidado não supridas pelo SUS. Quanto a compra de medicação, este número salta para quase metade, sendo 215 moradores (49%) comprando sua própria medicação ao longo de um ano.

TABELA 14 – GASTOS EM SAÚDE DOS MORADORES DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS. RIO DE JANEIRO, DEZEMBRO DE 2016

Descrição	Frequência	%
Nº de moradores que compraram a própria medicação no último ano	215	49
Nº de moradores que fizeram desembolso direto para exames e consultas	154	35
Nº de moradores que possuem plano de saúde	39	9

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

Carvalho (2014), ao discutir o tema da saúde mental na atenção básica, afirma que:

“A continuidade do tratamento dos pacientes com transtornos mentais persistentes é complexa e depende, inicialmente, da facilidade do acesso aos serviços. Essa acessibilidade depende da existência de algumas condições: uma vez que esses pacientes precisarão usar os serviços por muito tempo, ou mesmo por toda vida, esse cuidado deve ser “longitudinal”⁸⁸ (p. 65).

Cabe observar que pessoas portadoras de transtornos mentais graves merecem atenção prioritária para o cuidado em saúde, pois se trata de uma população estigmatizada em função do diagnóstico psiquiátrico, assim como pela fragilidade no autocuidado, levando mais tempo para chegar aos serviços e menor acesso a exames, configurando-se como uma clientela de risco.

Para Thornicroft e Tansella, a população acometida pela esquizofrenia, quando comparada a população em geral, tem taxa de mortalidade mais alta, assim como maior adoecimento físico. Além disso, os autores afirmam que a idade avançada aumenta a necessidade de acompanhamento clínico⁸¹.

6.4. Atividades de Trabalho e Renda nos Serviços Residenciais Terapêuticos

Nos dispositivos residenciais apenas um morador estava contratado sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), ou seja, dentre todos os que vivem em SRTs somente um estava inserido no mercado de trabalho formal e 12 (2,7%) moradores estavam cadastrados em projetos de geração de renda.

Entendendo o trabalho como parte essencial da vida, seria fundamental que houvesse políticas indutoras que fomentem a prática, uma vez que pessoas com transtorno mental são mais vulneráveis e sofrem discriminação em função de sua condição. A Itália tem uma experiência de relevo, conhecida mundialmente, a partir das cooperativas sociais, que propiciam a inclusão através do trabalho e se dividem em dois tipos, sendo um relacionado as atividades de saúde e assistência social e o outro que objetiva oportunizar trabalho para a população em desvantagem⁵⁴.

Quanto aos mecanismos de suporte econômico à desinstitucionalização, a maioria dos moradores se beneficiava de bolsas e políticas de transferência de renda, sendo que 331 (75,4%) recebiam o Benefício da Prestação Continuada (BPC), 159 (36,2%) recebiam a bolsa incentivo para acompanhamento e integração fora de unidade hospitalar, prevista pela Lei municipal nº 3400/2002, e 31 (7,1%) recorriam ao benefício PVC (tabela 15).

TABELA 15 – BENEFÍCIOS E BOLSAS RECEBIDAS POR MORADORES DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS. RIO DE JANEIRO, DEZEMBRO DE 2016

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

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

O Benefício da Prestação Continuada é um direito constitucional vinculado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), sendo operacionalizado pelo Instituto Nacional da Previdência Social. Rosário e colaboradores dizem que o Benefício da Prestação Continuada foi instituído para transferir renda para pessoas idosas e com deficiência e integra a proteção soci-

al básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social. Como critério de elegibilidade, a renda familiar *per capita* deve ser comprovadamente inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo⁸⁹.

Para Silva e Silva, em estudo que analisa as contribuições do BPC para a inclusão da pessoa portadora de transtorno mental, dizem que é na perspectiva de consolidação de novos direitos ao portador de transtorno mental que o benefício contribui para o processo de reabilitação. Para as autoras:

“O Benefício da Prestação continuada está possibilitando uma melhoria na qualidade de vida ao portador de transtorno mental e, conseqüentemente, o da sua família. Ressaltamos que o BPC está sendo um mecanismo de enfrentamento a pobreza em que se encontra a maioria dos familiares portadores de transtorno mental”⁹⁰ (2009, p. 3).

Uma das explicações possíveis para a baixa adesão ao PVC é valor do auxílio, uma vez que a bolsa municipal paga um salário mínimo enquanto que o PVC paga R\$412,00. Diferente do BPC, a bolsa municipal e bolsa federal não são cumulativas entre si. Já para a bolsa municipal é necessário que o sujeito solicitante tenha sido institucionalizado até o ano de 2000 e com, pelo menos, dois anos ininterruptos de internação em hospital psiquiátrico. Muitos moradores já não possuem direito a esta renda em função de institucionalização mais recente. Já para o PVC, o critério para inclusão era ter sido institucionalizado até o ano de 2001, e, assim como a bolsa prevista na Lei nº 3400/02, ter ao menos dois anos de institucionalização. Porém, em 2015 o MS emitiu nota técnica informando que qualquer paciente institucionalizado por dois anos ininterruptos pode pleitear o PVC⁹¹. Esta medida amplia acesso e possivelmente vai aumentar o número de moradores dos SRTs com este benefício. Além disso, os dados apontam para alta dependência de bolsas e benefício social por parte dos moradores, indicando que este tipo de ganho perdura de maneira vitalícia.

Quanto as outras modalidades de benefício, haviam 28 moradores (6,4%) recebendo aposentadorias, 13 moradores recebiam pensão por morte, oito recebiam a bolsa de apoio à desinstitucionalização ofertada pela Organização Não Governamental (ONG), *Centro Integrado de Estudos e programa de Desenvolvimento Sustentável (CIEDS)* – mantenedora do convênio com a SMS para implantação e implementação dos SRTs – no qual o auxílio cessa assim que o morador consegue receber outra modalidade de incentivo financeiro. Além dessas modalidades, haviam três moradores recebendo a Bolsa de Apoio a Ressocialização (BAR), ofertada aos pacientes do IMASJM e, assim como o auxílio financeiro da ONG, também é cessado quando é possível o acesso a outra modalidade de renda, um morador recebia bolsa família e um recebia Funrural.

6.5. O Cotidiano dos Serviços Residenciais Terapêuticos

Em relação ao cotidiano e medidas restritivas nos SRTs, em 77 (96%) casas não haviam dias e horas específicas para visitas e em todas as casas os quartos não ficavam trancados durante o dia, sendo possível que o morador transite livremente pelo cômodo. Porém, em 58 RTs (72,5%) era permitido aos moradores que eles tranquem seus quartos se assim desejarem, conforme tabela 16.

TABELA 16 – O COTIDIANO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS. RIO DE JANEIRO, DEZEMBRO DE 2016

Descrição		Frequência	%
Existência de dias e horas específicas para visita	Sim	3	4
Quartos trancados durante o dia pela equipe	Sim	0	0
Moradores trancam seu próprio quarto	Sim	58	72,5
Horário definido para dormir	Sim	3	4
Banheiro trancado pelo lado de fora sem livre acesso aos moradores	Sim	0	0
Permissão para o morador trancar a porta do banheiro	Sim	64	80
Horário para banho definido	Sim	3	4
Permissão para todos os moradores do SRT saírem sozinhos	Sim	24	30
Nº de moradores que não podem sair sozinhos	–	186	42,4
Existência de hora para retorno para os moradores que saem sozinhos	Sim	16	6,3
Nº de moradores que administram integralmente o próprio dinheiro	–	45	10,2
Nº de moradores que administram a própria medicação sem auxílio	–	35	7,9
Pertence em posse dos próprios moradores	Sim	60	13,6
Nome nos pertences dos moradores	Sim	2	2,5
Uso de garfo e faca	Sim	67	84

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

Quanto ao uso dos banheiros, em 100% das residências os banheiros não ficavam trancados pelo lado de fora e assim como os quartos, eram de acesso livre aos moradores. Em 77 (96%) dos casos não havia horário específico para o banho, além de ser permitido ao morador em 56 (80%) das RTs, ao usar o banheiro, trancar a porta.

Quanto a circulação pela casa, os dados apontam que o SRT não possui regras rígidas, sendo pouco restritivo ao morador. Este dado vem ao encontro do que foi respondido pelos ATs sobre as atividades de reabilitação psicossocial desenvolvidas pela equipe. Uma das respostas era que havia um trabalho de apropriação da casa, no sentido de que a casa pertence a quem nela reside.

No que diz respeito a circulação dos moradores pela cidade desacompanhados, os dados apontam que há mais restritividade para esta atividade. Em 24 (30%) dos SRTs eram permitidas saídas desacompanhadas, e para as outras 56 casas, os moradores saíam acompanhados. Dentre todos os moradores dos dispositivos residenciais da cidade do Rio de Janeiro, 186 (42,4%) não possuíam autorização para saírem sozinhos possivelmente em função das casas serem, em sua maioria, de maior complexidade e, portanto, uma parcela de seus moradores precisarem de auxílio para circularem pela rua, sugerindo que a equipe considera que os moradores podem se colocar em risco. Dos moradores que podiam sair sozinhos, em 56 (70%) dos casos não havia horário marcado para retorno a casa.

As medidas restritivas fazem parte do cotidiano dos módulos residenciais e podem ser observados nas casas inglesas²⁵ e italianas³⁰, sendo que as casas que possuem mais equipes, apresentam maior restritividade e normas do que aquelas que possuem menor número de equipe. Os autores que discutem o tema afirmam que os dispositivos residenciais são bem menos restritivos do que o hospital psiquiátrico.

Apenas 45 (10,2%) dos que residiam nos módulos residenciais administravam integralmente seu próprio dinheiro. Já para o uso de medicação, apenas 35 moradores faziam uso da medicação sem auxílio da equipe, representando 8% do total. Ou seja, poucos moradores conseguem fazer a gestão de seu próprio dinheiro e medicação, revelando uma fragilidade que deve ser objeto de atividades reabilitativas.

Em 60 (75%) casas os pertences dos pacientes ficavam em posse dos próprios e em 20 (25%) parcialmente. Não era colocado o nome dos moradores em seus pertences em 61 (76,3%) RTs. Quanto ao uso de garfo e faca, era permitido o uso em 67 (84%) das casas e uso parcial dos utensílios em 13 (16%). Estas limitações apontam para casas com características institucionais semelhantes aos hospitais psiquiátricos.

Priebe, ao discutir as ações de desinstitucionalização e alocação comunitária alerta de forma crítica para um novo momento relacionado aos cuidados em saúde mental: a reinstitucionalização, que ele considera um fenômeno global caracterizado pelo aumento de leitos forenses, tratamento comunitário involuntário e o grande número de vagas em dispositivos residenciais. Para o autor, a instituição não é feita apenas de estrutura física, mas da lógica que a constitui. Deste modo apesar dos serviços comunitários serem percebidos como parte de cuidados desinstitucionalizados, podem exibir aspectos da institucionalização. Alerta para o fato de haver pacientes crônicos em cuidados residenciais vivendo em condições precárias e cursando com deterioração. Outro ponto para qual o autor chama atenção é o fato das casas, por vezes, promoverem dependência ao invés de autonomia⁹².

Os dados – dependência de suporte para o manejo do dinheiro e medicações, bem como para a circulação na rua – apontam para a baixa autonomia dos moradores e a dependência da equipe do SRT, possivelmente em função desses indivíduos estarem dentro do espectro da cronicidade e, por isso, as casas devem propiciar intensas ações de reabilitação enquanto direção clínica.

Trieman e Leff, em estudo de seguimento que acompanhou pacientes desospitalizados na Inglaterra considerados de difícil adaptação à vida em comunidade (*difficult to place*), defendem que além das modalidades de casas já existentes, esse tipo de clientela se beneficia de módulos residenciais específicos de caráter reabilitativo programado. No primeiro ano do estudo poucas mudanças no comportamento social foram percebidas, mas nos anos subsequentes houve considerável evolução, sendo possível a realocação em dispositivos de menor suporte, com mais acesso a vida comunitária e a vida independente⁹³.

Em outro estudo que avaliava o programa de reabilitação voltado para os pacientes que, pela gravidade do transtorno mental e dependência institucional, eram considerados de difícil convívio comunitário, Leff e Szmidla concluem que são necessários serviços de atenção residencial especializados, com foco em atividades reabilitativas. Foi identificado que em um ano ocorreram reduções significativas em problemas graves de comportamento e o aumento de habilidades domésticas⁹⁴.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou analisar a estrutura e processo de cuidado nos Serviços Residenciais Terapêuticos do município do Rio de Janeiro através da aplicação de um instrumento de coleta de dados e a partir disso fazer uma fotografia do trabalho realizado nesses dispositivos no final do ano de 2016.

No Rio de Janeiro os SRTs estavam em franca expansão e cumpriam a função de propiciar o convívio comunitário para pacientes com transtorno mental grave que se encontravam institucionalizados em hospitais psiquiátricos. Em função do volume de pacientes que ingressaram nas casas ao longo do tempo de uma maneira geral, e no último ano em particular, fica evidenciado que esta era a principal estratégia de desinstitucionalização adotada pela Secretaria Municipal de Saúde, em consonância com o estabelecido na normatização do Ministério da Saúde sobre a Rede de Atenção Psicossocial.

A clientela dos SRTs se caracterizava em sua maioria de homens, portadores de esquizofrenia, oriundos de leitos de longa permanência e com grande quantitativo de idosos. Isso aponta para a fragilidade dos que precisam de suporte para se manter na vida comunitária e um alto nível de cuidados clínicos e psicossociais.

A estrutura física do SRT era bastante satisfatória e a quantidade de pessoas que viviam nas casas era pequena quando comparado a outros países e também em relação ao teto estabelecido pela portaria ministerial. Uma casa composta por poucos moradores pode ser uma experiência exitosa para o trabalho reabilitativo, uma vez que remonta mais proximamente o convívio e o cotidiano de um lar.

Fica evidente também que as casas tinham caráter de moradia permanente, na qual os moradores residiam por tempo indeterminado, não sendo esperado que ocorra um itinerário do usuário no sentido de *settings* de maior autonomia.

A estrutura das casas disponibilizava nível de provisão de cuidado necessário aos moradores, porém quanto ao processo de cuidado se fazia necessário uma articulação mais próxima entre os serviços de saúde a fim de garantir a continuidade longitudinal do cuidado a esta clientela vulnerável.

Urge pensar o modo de descentralização das casas por CAPSs, pois enquanto um serviço atendia a mais de vinte SRTs, há outros que atendiam apenas um, o que gera a sobrecarga para as equipes dos CAPSs, comprometendo a capacidade desses serviços no acompanhamento dos moradores. Este fator possivelmente explica a insatisfação das equi-

pes de segmento em relação ao tratamento em saúde mental e também a baixa frequência dos pacientes. Entretanto, é necessário estudo futuro que aborde a questão.

Chama atenção que uma parte significativa dos moradores dos SRTs não frequentava os CAPSs de maneira regular, sem Projeto Terapêutico Singular e sem que seus casos fossem alvo de discussão clínica adequada. Estes são dados que apontam para uma falha na implantação, sendo necessário pesquisas ulteriores com objetivo de avaliar como é pensado o processo de implementação dos SRTs, a qualidade dos atendimentos ofertados pelo CAPS para os moradores de SRTs, assim como avaliar o quanto esses serviços são suporte para suas equipes de segmentos.

Outro assunto que merece atenção adicional é o manejo da medicação psiquiátrica no âmbito das RTs. Os resultados do estudo apontam que as residências terapêuticas no município do Rio de Janeiro eram ambientes altamente medicalizados. Mais da metade dos moradores tinham baixa frequência no CAPS, com idas irregulares. Entretanto, 406 moradores faziam uso regular de psicotrópicos. Logo a medicação tinha um papel central na intervenção em saúde mental para a população estudada. Ressalte-se que a maioria dos usuários não era acompanhada regularmente por médicos psiquiatras.

Ainda no âmbito do cuidado, é necessária maior proximidade entre as unidades de Atenção Primária e os SRTs para que os moradores tenham a integralidade do cuidado garantida. É inegável os avanços na cobertura de Atenção Básica da rede municipal de saúde, ampliando acesso da população às equipes básicas de saúde da família, mas ainda eram encontradas dificuldades no acesso aos especialistas.

O estudo revelou também que os moradores eram altamente dependentes de benefícios providos pelo governo, sejam eles pelas políticas de indução à desinstitucionalização (Federal e Municipal) ou pelo Benefício da Prestação Continuada. O acesso a esses benefícios financeiros era fundamental no processo de reabilitação dos moradores e para a sua qualidade de vida.

A Portaria nº 3090/11 prevê a presença de cuidadores e técnicos de enfermagem (casas tipo II) e que devem estar vinculados ao serviço de saúde mental de referência, devendo disponibilizar suporte técnico às casas. Isto confere peculiaridade aos SRTs estudados, pois além de cuidadores e técnicos, há também os profissionais de nível superior nas funções de acompanhante terapêutico e as coordenações técnicas, se estruturando em equipe de segmento e acompanhavam exclusivamente os moradores de suas respectivas Residências Terapêuticas.

Apesar da expansão do programa, em dezembro de 2016 seguiam vivendo nos hospitais 483 pessoas, sendo necessária a ampliação do programa de RTs e, preferencialmente, diverso o suficiente para poder abarcar a complexidade de cuidados demandada por esta clientela, ofertando ações de reabilitação para a vida comunitária mais funcional.

Por fim, conclui-se que os SRTs no Rio de Janeiro eram dispositivos de cuidados intensivos dos pacientes, pois eram casas com processo de reabilitação interna e com grande oferta de vagas nas 24 horas do dia, o que garantia a provisão de cuidados para aqueles pacientes cujos quadros clínico e psiquiátrico, além da idade avançada, que demandam cuidados mais complexos. Por outro lado, interessa saber se este processo interno é suficiente ou se existe uma fragilidade em relação ao trabalho reabilitativo que os CAPSs conseguem oferecer. Para este fim, é necessário estudo futuro que permitam entender a relação que se estabelece entre os SRTs e CAPSs e a baixa adesão dos moradores. Ainda assim, os dispositivos residenciais são fundamentais para a sustentação de pacientes com transtorno mental grave na comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº12, outubro de 2015. Informativo eletrônico. Brasília, outubro de 2015.
2. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: Cuidado em liberdade, defesa de direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília, maio de 2016.
3. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à conferência Regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS: Brasília, 2005.
4. PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, atores e políticas. *Ciênc. e Saúde Coletiva*, 16(12): 4579-4589, 2011.
5. AMARANTE, P. (Coord.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
6. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Caracas, Caracas, 1990.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Dispõe sobre normas e diretrizes para o atendimento ambulatorial em saúde *Diário Oficial da União* 1992.
8. _____. Presidência da República. Lei nº-10216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, 2001; 9 de abril.
9. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, II, III, CAPSi e CAPSad II. *Diário Oficial da União*, 2002.
10. _____. Ministério da Saúde. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. *Diário Oficial da União* 2011; 29 de junho.
11. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº-3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes de uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 2011; 26 de dezembro.
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Policies and practices for mental health in Europe. Regional Office for Europe, Copenhagen. WHO, 2008.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. *Diário Oficial da União*, 2000.
14. _____. Ministério da Saúde. Lei nº 10708, de 31 de julho de 2003. In: Legislação em Saúde Mental: 1990- 2004. 5ª ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

15. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº-3090, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos sejam definidos em tipo I e II. *Diário Oficial da União*, 2011.
16. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2840, de 29 de dezembro de 2014. Cria o Programa de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. *Diário Oficial da União*, 2011.
17. FOUCAULT, M. A história da loucura na idade clássica. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1972.
18. GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. Ed. Perspectiva, 1961.
19. SHORTER, E. The historical development of mental health services in Europe. In: KNAPP, M.; McDAID, D.; MOSSIALOS, E.; THORNICROFT, G. Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care. Maidenhead, Berkshire; New York, NY: Open University Press, 2007.
20. AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Ed. Fiocruz, 2007.
21. AMADEO, F. et al. Reforms in community care: the balance between hospital and community-based mental health care. In: KNAPP, M.; McDAID, D.; MOSSIALOS, E.; THORNICROFT, G. Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care. Maidenhead, Berkshire; New York, NY: Open University Press, 2007.
22. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The European Mental Health Action Plan. Regional Committee for Europe. Çeşme Izmir, Turkey, 16-19 september 2013.
23. ANDERSON, R. et al. Housing and employment. In: KNAPP, M.; McDAID, D.; MOSSIALOS, E.; THORNICROFT, G. Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care. Maidenhead, Berkshire; New York, NY: Open University Press, 2007.
24. TRIEMAN, N. Residential care for the mentally ill in the community. In: LEFF, J. P. Editor. Care in the community: illusion or reality? Chichester, New York: Wiley, 1997.
25. LEFF, J. et al. The TAPS project: a report on 13 years of research, 1985-1998. *Psychiatric Bulletin*, 24, 165-168, 2000.
26. TRIEMAN, N. Residential Care for the mentally ill in the community. In: LEFF, J. P. Editor. Care in the community: illusion or reality? Chichester; New York: Wiley; p. 51-67, 1997.
27. TRIEMAN, N. et al. The TAPS project 41: Homes for life? Residential stability five years after hospital discharge. Team for the Assessment of Psychiatric Services. *Community Ment Health J.*, 1998.

28. PRIEBE, S. et al. Housing services for people with mental disorder in England: patient characteristics, care provision and costs. *Soc Psychiat Epidemiol*, 44: 805-814, 2009.
29. Lei nº 180 de 13 de maio de 1978. Dispõe sobre controles e tratamentos sanitários e obrigatórios. Disponível em: www.abrasme.org.br/arquivo/download?id_arquivo=3714. Acesso em 23 ago 2016.
30. SANTONE, G. et al. The process of care in residential facilities: a national survey in Italy. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 40: 540-550, 2005.
31. PICARDI, A. et al. Le strutture residenziali psichiatriche in Italia: risultati preliminari della fase 2 del progetto PROGRES. *Not Ist Super Sanità*, v. 16, nº 2, 2003.
32. PICARDI, A. et al. The environment and staff of residential facilities: findings from the Italian progress national survey. *Community Ment Health J.*, v. 42, nº 3, 263-279, 2006.
33. NORDENTOF, M. et al. The new asylums in the community: severely ill psychiatric patients living in psychiatric supported housing facilities. A Danish register-based study of prognostic factors, use of psychiatric services, and mortality. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47: 1251-1261, 2012.
34. UGGERBY, P. et al. Characteristics and predictors of long-term institutionalization in patients with schizophrenia. *Schizophr Res*, 131: 120-126, 2011.
35. DESVIAT, M. Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. *Ciênc. e saúde coletiva*, v. 16, nº 12, Rio de Janeiro Dec. 16(12): 4615-4622, 2011.
36. LOPEZ, M. et al. Evaluación Del programa residencial para personas com transtorno mental severo em Andalucía (II): características de los dispositivos residenciales. *Rehabilitación psicossocial*. 2(1): 16-27, 2005.
37. PIATTI, M.; SABETTI, J. Residential housing for persons with serious mental illness: the fifty year experience with foster homes in Canada. In: STONE, J. H.; BLOUIN, M. Editores. *International Encyclopedia of Rehabilitation*, 2010.
38. KIRSH, B. et al. Critical characteristics of supported housing: findings from the literature, residents and service providers. Wellesley Institute, 2009.
39. NELSON, G. Housing for people with serious mental illness: approaches, evidence, and transformative change. *Journal of sociology and social welfare*. 37: 123-146, 2010.
40. SANTOS et al. Práticas e estratégias de reinserção na sociedade de um serviço residencial terapêutico em São Luis, Maranhão. *Pesq Saúde*. 16(2): 71-74, 2015.
41. DELGADO, P. G. Instituir a desinstitucionalização: o papel das Residências Terapêuticas na reforma psiquiátrica. In: *Desinstitucionalização: a experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos*. Cadernos da IPUB: nº 22, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2006.

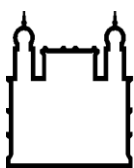
42. TAVARES, M. T. et al. Casa e/ou serviço? O dilema das moradias assistidas e/ou Serviços Residenciais Terapêuticos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. In: Desinstitucionalização: a experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Cadernos da IPUB: nº 22, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2006.
43. ALBUQUERQUE, P. Desinstitucionalização: notas sobre um processo de trabalho. In: Desinstitucionalização: a experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Cadernos da IPUB: nº 22, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2006.
44. ALBUQUERQUE, P. Apresentação. In: Desinstitucionalização: a experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Cadernos da IPUB: nº 22, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2006.
45. VIEIRA, T. S.; MONTEIRO, C. F. S. Serviços Residenciais Terapêuticos: um dispositivo de reinserção social no contexto da reforma psiquiátrica. Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina, vol. 3, nº 2, p. 44-48, 2010.
46. ARGILES, C. T. L. et al. Redes de sociabilidade: construções a partir do Serviço Residencial Terapêutico. Ciência e saúde coletiva. 18(7): 2049-2058, 2013.
47. ANTUNES, B. et al. As relações de socialização da comunidade de Caxias do Sul com moradores do Serviço Residencial Terapêutico. Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. [online]. UNIRIO. abr./jun. 5(2): 3864-75, 2013. Disponível em: pesquisa.brvs.br/aps/resource/PT/bde-24547. Acesso em 12 mar 2016.
48. KANTORSKI, L. P. et al. Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano num „Serviço Residencial Terapêutico. Rev. Eletr. Enf. [online]. UFG. jan/mar. 15(1): 61-70, 2013.
49. ANTONACCI, M. H. et al. Estrutura e fluxo da rede de saúde como possibilidade de mudança nos serviços de atenção psicossocial. Rev. esc. enferm. USP [online], vol. 47, nº 4, p. 891-898, 2013. Acesso em 12 mar 2016.
50. FURTADO, J. P. et al. Inserção social e habitação: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil. Interface (Botucatu) [online]. 2010, vol. 14, nº 33, p. 389-400, 2010.
51. FURTADO, J. P. Subsídios para a diversificação de moradias destinadas a pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma revisão. Interface (Botucatu) [online]. 2013, vol. 17, nº 46, p. 635-647, 2013. Acesso em 18 mar 2016.
52. JAEGGER, R. C. et al. A experiência de morar fora: avaliação da satisfação de usuários em um serviço de saúde mental. Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 12(1): 27-39, 2004.
53. FAGUNDES, H. M. et al. Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. Ciênc. e saúde coletiva, 21(5): 1449-1460, 2016.
54. SILVA, P. R. F. Reabilitação psicossocial: habitação, trabalho e lazer. In: JORGE, M. A. et al. (Org.). Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

55. DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian, A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Michigan (USA): Health Administration Press; 1980.
56. HOCHMAN, B. et al. Desenhos de pesquisa. Acta Cir Bras [serial on line], 2005; 20 Suppl. 2: 02-9. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/acb>. Acesso em 12 ago 2016.
57. MINAYO, M. C. O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde. 13^a ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.
58. YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre, Bookman, 2001.
59. RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Vigilância Ambiental em Saúde. Áreas Programáticas [online]. Disponível em: <http://cvasrio.blogspot.com.br/2012/02/areas-programaticas-bairros.html>. Acesso em 5 nov 2016.
60. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010: População por município. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/> Acesso em 9 fev 2017.
61. CAMPOS, C. E. A.; COHN, A.; BRANDÃO, A. L. Trajetória histórica da organização sanitária da cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. Ciência e saúde coletiva, 21(5): 1351-1364, 2016.
62. SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G.O. Eixos e a reforma dos cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc. e saúde coletiva, 21(5): 1327-1338, 2016.
63. HOWE, A. et al. Reforma da Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro: comemorando os 450 anos da fundação da cidade. Ciênc. e saúde coletiva, 21(5): 1324, 2016.
64. RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Comunicação – ASCOM. Relatório de gestão 2009-2016. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6594964/4178605/RelatorioAnual2016_Web.pdf. Acesso em 27 abr 2017.
65. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Atención Comunitaria a personas com transtornos psicóticos. Washington, DC: OPS, 2005.
66. COMUNIDAD DE MADRID. Atención Residencial Comunitaria y Apoyo al Alojamiento de Personas con Enfermedad Mental Grave y Crônica: Recursos Residenciales y Programas Básicos de Intervencion. Madrid, 2007.
67. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência. Superintendência de Saúde Mental. As Residências Terapêuticas no Município do Rio de Janeiro: habitando a casa, a cidade e a vida. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2014.

68. _____. Processo seletivo SMS 002/2015. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro. Poder Executivo, Ano XXIX, nº 63, p. 64-80, 19 de junho de 2015.
69. SILVA, A. S. T.; SILVA, R. N. A emergência do acompanhamento terapêutico e as políticas de saúde mental. *Psicologia ciência e profissão*, 26(2): 210-221, 2006.
70. PALOMBINI, A. L. et al. Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento. Porto Alegre: UFRGS, 2004.
71. NEVES et al. O processo de trabalho dos cuidadores de saúde que atuam em residências terapêuticas. *Pro-univerSUS*, 05(1): 21-26, 2014.
72. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Lei nº 3400, de 17 de maio de 2002. Cria a bolsa incentivo a desinstitucionalização. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro de 17 de maio de 2002.
73. BRASIL. Presidência da República. Lei Orgânica da Assistência Social nº 8742, de 7 de setembro de 1993.
74. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Informações obtidas através da coleta de dado da Superintendência de Saúde Mental. Rio de Janeiro, 2016.
75. GREENHALGH, T. How to read a paper: the basics of evidence-based medicine. Oxford, BMJ Books, 2014.
76. FAKHOURY, W. K. H. et al. Goals of new long-stay patients in supported housing: a UK study. *Int J Psychiatry*, 51(1): 45-54, 2005.
77. SILVA, P. R. F. et al. Desinstitucionalização de pacientes de longa permanência de um hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro. *Ciênc. e Saúde Coletiva*, 22(7): 2341-2352; 2017.
78. BIGELOW, D. A. Supportive homes for life versus treatment way-station: An introduction to TAPS Project 41. *Com Ment Heal*. New York, 34(4): 403-407, 1998.
79. OLIVEIRA, E. Engenho de Dentro do lado de fora: o território como um engenho novo. Fundação João Goulart, 2004 (monografia).
80. BOCCARDO, A. C. S.; ZANE, F. C.; RODRIGUES, S.; MÂNGIA, E. F. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 22, nº 1, p. 85-92, jan./abr. 2011.
81. THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. The implications of epidemiology for service planning in schizophrenia. In: Murray, RM et al. *The epidemiology of schizophrenia*. Cambridge University Press, 2003.
82. PROTECTION & ADVOCACY, Inc. Investigations units. Psychiatric polypharmacy: a word of caution. Oakland, CA. 2004.
83. KUKREJA, S. et al. Polypharmacy in psychiatric: a review. *Mens Sana Monogr*. Jan-Dec, 11(1): 82-99, 2013.

84. TOMASI, R. et al. The prescription of psychotropic drug in psychiatric residential facilities a national survey in Italy. *Acta Psychiatr Scand*; 113: 212-223, 2006.
85. RIBEIRO, L. A. et al. As oficinas terapêuticas nos Centros de Atenção Psicossocial. *REME – Ver. Min. de Enferm*; 12(4): 516-522, out/dez, 2008.
86. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/caps>. Acesso em 27 abr 2017.
87. BRASIL. Portaria nº 854 de 22 de agosto de 2012. Altera atributos dos procedimentos, na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e matérias especiais do Sistema Único de Saúde a partir de outubro de 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html.
88. CARVALHO, M. C. A. Saúde mental na atenção básica. In: JORGE, M. A. et al. (Org.). Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.
89. COSTA, N. R. et al. Proteção social e pessoas com deficiência no Brasil. *Ciênc. e Saúde Coletiva*, 21(10): 3037-3047, 2016.
90. SILVA, M. D.; SILVA, R. C. O Benefício da Prestação Continuada e o transtorno mental uma análise dos impactos na vida dos usuários do CAPS II do Município de Campina Grande. XIII Encontro Latino Americano de Iniciação científica e IX Encontro Latino Americano de pós-graduação. Universidade do Vale do Paraíba, 2009 (anais de congresso).
91. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de Saúde Mental. PVC – Programa de Volta para Casa. Disponível em: <http://pvc.datasus.gov.br>.
92. PRIEBE, S. Institutionalization revisited: with and without walls. *Act. Psych. Scand.*; 110(2): 81-82, 2004.
93. TRIEMAN, N.; LEFF, J. Long-term outcome of long-stay psychiatric in-patients considered unsuitable to live in the community: TAPS Project 44. *The Brit. Journ. of Psych.*; 181: 428-432, 2002.
94. LEFF, J.; SZMIDLA, A. Evaluation of a special rehabilitation programme for patients Who are difficult to place. *Soc Psychiatr Epidemiol*; 37: 532-536, 2002.

APÊNDICE



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



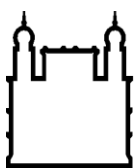
**Serviços Residenciais Terapêuticos no Rio de Janeiro:
Estrutura e Processo de Cuidado**

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE

Acompanhante Terapêutico: _____

Graduação: _____

Código do respondente: _____



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

**Serviços Residenciais Terapêuticos no Rio de Janeiro:
Estrutura e Processo de Cuidado**

1. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

- 1.1. Nome do SRT: _____
- 1.2. Bairro: _____
- 1.3. Início do funcionamento ____/____/____
- 1.4. Tipologia do SRT: () I () II
- 1.5. Intensidade do cuidado: () até 4h () até 8h () até 12h () 24h
- 1.6. Área Programática (AP): _____
- 1.7. Está credenciada junto ao MS? () sim () não
- 1.8. Imóvel da RT: () próprio () alugado
- 1.9. Qual tipo de imóvel? () casa () apartamento

2. ESTRUTURA DO SRT

- 2.1. Quantos moradores vivem no momento no SRT? _____
- 2.2. Qual a capacidade de vagas do SRT? _____
- 2.3. Quantos moradores são homens? _____
- 2.4. Quantos moradores são mulheres? _____
- 2.5. Quantos moradores possuem idade igual ou superior a 60 anos? _____
- 2.6. O SRT está fora dos limites de unidades de saúde? () sim () não
- 2.7. A residência se encontra localizada em até 15 minutos de distância caminhando de estabelecimentos comerciais? () sim () não
- 2.8. Quantos quartos dispõe o SRT? _____
- 2.9. Quantos banheiros dispõe o SRT? _____
- 2.10. O SRT atende as necessidades de acessibilidade dos moradores?
() sim () não () não se aplica

3. ACESSO E ROTATIVIDADE

3.1. Quantos moradores ingressaram no SRT nos últimos 12 meses? _____

3.2. Quantos moradores são oriundos de longas internações (pelo menos dois anos de internação ininterrupta)? _____

3.3. Quantos moradores acessaram o SRT por meio de determinação judicial? _____

3.4. Há critérios para **não** admissão de pacientes no SRT? () sim () não

3.5. Quais?

3.6. Quantos moradores deixaram de viver no SRT nos últimos 12 meses? (exceto óbitos)? _____

3.7. Qual o destino de cada um dos que saíram? (exemplo: moradia independente, moradia assistida, retorno familiar, hospital psiquiátrico, abrigo, outro SRT, etc.)

3.8. Quantas evasões ocorreram nos últimos 12 meses? _____

3.9. Qual tempo de permanência dos moradores no SRT?

Morador 1 _____

Morador 6 _____

Morador 2 _____

Morador 7 _____

Morador 3 _____

Morador 8 _____

Morador 4 _____

Morador 9 _____

Morador 5 _____

Morador 10 _____

4. CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

4.1. Quantos moradores estão matriculados em CAPS? _____

4.2. Existem reuniões regulares para discussão dos casos no CAPS? () sim () não

4.3. Todos os moradores possuem Projeto Terapêutico Singular (PTS) no CAPS? () sim () não

- 4.4. O PTS é pactuado com o morador? () sim () não
- 4.5. Os moradores têm acesso regular ao seu PTS? () sim () não
- 4.6. Quantos moradores receberam o diagnóstico de Esquizofrenia pela CID 10, contidos no grupo F20.0 a F20.9? _____
- 4.7. Quantos moradores estão tomando medicação psicoativa? _____
- 4.8. Quantos moradores estão tomando 3 ou mais medicações psicoativas?

- 4.9. Quantos moradores fazem uso de medicação antipsicótica?

- 4.10. Quantos moradores estão há 3 ou mais meses sem serem atendidos por médicos psiquiatras? _____
- 4.11. Quantos moradores estão em atendimento psicoterápico individual no CAPS ou em outra unidade de saúde? _____
- 4.12. Qual a frequência de comparecimento no CAPS de cada morador (semanal, quinzenal, mensal, bimensal, trimestral ou menos frequente)?
- Morador 1 _____
- Morador 2 _____
- Morador 3 _____
- Morador 4 _____
- Morador 5 _____
- Morador 6 _____
- Morador 7 _____
- Morador 8 _____
- Morador 9 _____
- Morador 10 _____
- 4.13. Quantos moradores estão frequentando oficinas terapêuticas? _____
- 4.14. Quais oficinas terapêuticas são mais frequentadas?

- 4.15. Em uma escala de 0 a 10, onde 10 é o ponto máximo de satisfação, quão satisfeita está a equipe do SRT com o acompanhamento realizado pelo CAPS? _____

4.16. Qual(is) a(s) unidade(s) de referência para emergências em saúde mental do SRT? _____

4.17. Quantas internações psiquiátricas ocorreram nos últimos 12 meses? _____

4.18. Em caso positivo, em qual(is) unidades: _____

4.19. É comum o uso abusivo de álcool e/ou outras drogas entre os moradores? () sim () não

4.20. Quais atividades de atenção psicossocial são desenvolvidas na própria RT pelos cuidadores, técnicos de enfermagem e ATs?

5. CUIDADOS DE SAÚDE EM GERAL

5.1. Todos estão cadastrados em unidades da Atenção Básica (AB)? () sim () não

5.2. Quantos não estão cadastrados em unidades da AB? _____

5.3. O SRT recebe visitas regulares da equipe da AB? () sim () não

5.4. Qual a unidade de AB de referência?

5.5. Em uma escala de 0 a 10, onde 10 é o ponto máximo de satisfação, quão satisfeita está a equipe do SRT com o acompanhamento realizado pela AB? _____

5.6. Quais as especialidades médicas de mais difícil acesso?

5.7. Quantos moradores têm plano de saúde? _____

5.8. Quantos moradores fizeram desembolsos diretos em saúde para exames e consultas nos últimos 12 meses? _____

5.9. Quantos moradores compraram sua própria medicação nos últimos 12 meses? _____

5.10. Quantos óbitos ocorreram nos últimos 12 meses? _____

6. TRABALHO, LAZER E RENDA

6.1. Quantos moradores estão inseridos em programas de geração de trabalho e renda? _____

6.2. Quantos moradores trabalham sob o regime da CLT? _____

6.3. Quantos participam de atividades em centros de convivência?

6.4. Em geral, quais tipos de atividades de lazer são mais frequentes entre os moradores? (exemplo: cinema, restaurante, praia, passeios, etc.)

6.5. Quantos moradores recebem o benefício “De Volta para Casa” (PVC)?

6.6. Quantos moradores recebem o “Benefício da Prestação Continuada” (BPC)? _____

6.7. Quantos moradores recebem Bolsa Municipal (Bolsa Rio)? _____

6.8. Quantos moradores recebem aposentadoria? _____

6.9. Quantos moradores recebem outro tipo de benefício? _____

6.10. Caso haja moradores recebendo outros tipos de benefício, quais são?

7. COTIDIANO DOS SRTs

7.1. Há dias específicos e horas específicas para visita aos moradores?

() sim () não

7.2. Os quartos ficam trancados durante o dia? () sim () não

7.3. Os moradores podem trancar a porta de seus quartos? () sim () não

- 7.4. Quantos moradores participam das atividades domésticas? (cozinha, lavanderia, limpeza, etc.) () sim () não
- 7.5. Há horário definido para dormir? () sim () não
- 7.6. O banheiro costuma ficar trancado pelo lado de fora? () sim () não
- 7.7. Ao usar o banheiro, é permitido ao morador que ele tranque a porta?
() sim () não
- 7.8. Há horário para o banho? () sim () não
- 7.9. É permitido que todos os moradores saiam sozinhos? () sim () não
- 7.10. Quantos moradores **não** podem sair sozinhos? _____
- 7.11. Para aqueles que saem sozinhos, é fixado um horário para retorno?
() sim () não
- 7.12. Quantos moradores administram integralmente seu próprio dinheiro?

- 7.13. Os moradores podem fazer uso de garfo e faca? () sim () não
() parcialmente
- 7.14. Dos moradores que usam medicação, quantos as administram sem auxílio da equipe? _____
- 7.15. Os pertences dos moradores ficam em posse dos próprios? () sim
() não () parcialmente
- 7.16. É colocado nome nos pertences dos moradores? () sim () não
() parcialmente

8. EQUIPE DO SRT

- 8.1. O AT atua em quantas moradias? _____
- 8.2. Qual é a graduação do AT? _____
- 8.3. Quantas demissões de trabalhadores da equipe ocorreram nos últimos 12 meses? _____
- 8.4. Quantas demissões foram acordadas? _____
- 8.5. Em uma escala de 0 a 10, onde 10 é a avaliação mais positiva, como você avalia a capacitação da equipe para o desenvolvimento das atividades dos SRTs? _____

8.6. Em uma escala de 0 a 10, onde 10 é a avaliação mais positiva, como você avalia as atividades de treinamento e formação propiciadas pela SMS para a equipe da SRT? _____

8.7. Preencha a tabela abaixo:

EQUIPE DO SRT

CATEGORIA PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA CONTRATUAL	CARGA HORÁRIA NA RT
Acompanhante Terapêutico		
Técnico de Enfermagem		
Cuidador 1		
Cuidador 2		
Cuidador 3		
Cuidador 4		
Cuidador 5		
Cuidador 6		
Cuidador 7		
Cuidador 8		
Cuidador 9		
Cuidador 10		

9. AVALIAÇÃO DO RESPONDENTE

9.1. Em sua opinião, quais os principais desafios que estão sendo enfrentados pelo processo de implementação dos SRTs na cidade do Rio de Janeiro?
