

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES

III Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Alexandre Cesar Dantas

**SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS EM
SAÚDE MENTAL: POTENCIALIDADES E
LIMITAÇÕES NO MUNICÍPIO DE CAMARAGIBE-
PE**

RECIFE 2010

ALEXANDRE CESAR DANTAS

SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL:
POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES NO MUNICÍPIO DE CAMARAGIBE-PE

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora:

Cynthia Maria Barboza do Nascimento

RECIFE

2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

D192s Dantas, Alexandre César.

Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental: Potencialidades e Limitações no Município de Camaragibe - PE. / Alexandre César Dantas. — Recife: A. C. Dantas, 2010.

XX f.: tab.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Cynthia Maria Barboza do Nascimento.

1. Reforma dos Serviços de Saúde. 2. Desinstitucionalização. 3. Moradias Assistidas. I. Nascimento, Cynthia Maria Barboza do. II. Título.

CDU 613.86

ALEXANDRE CESAR DANTAS

SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL:
POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES NO MUNICÍPIO DE CAMARAGIBE-PE

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovado em: 16 / 11 / 2010

BANCA EXAMINADORA

Doutoranda Cynthia Maria Barboza do Nascimento
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Psicóloga Nasf Anamélia Oliveira de Souza
Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe-PE

Dedico este trabalho a você, Norma Cassimiro, cuja toda experiência foi posta à minha disposição, como a memória viva e pulsante da Saúde Mental de Camaragibe. Sua capacidade, paciência, dedicação e simplicidade me inspiram. Quando eu crescer, quero ser igual a você.

AGRADECIMENTOS

Estar vivo e ter a chance de aprender são dois grandes privilégios. Sou imensamente grato a Deus por isso.

À Doutora Ricarda Samara pelas oportunidades e tolerância às minhas ausências. Pensei em desistir, e você não permitiu. Que bom!

À minha equipe de assistentes, encabeçada por Bete, por segurarem as pontas com maestria durante esse tempo e tentarem me poupar de aborrecimentos. O telefone foi nosso grande elo.

Aos amigos que são a família que escolhi; Ana, Antônio, Luiz e Tatiana, valeu pelo apoio e incentivo.

Cynthia, que bom ter sido orientado por uma pessoa e profissional como você.

Meus sinceros agradecimentos a todos que souberam entender esse momento e sua importância para mim. Estou realmente convencido de que nada acontece por acaso; tudo é decorrência de nossa ação ou omissão.

DANTAS, Alexandre Cesar. Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental: Potencialidades e Limitações no Município de Camaragibe-PE. 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) destinados a egressos de longos períodos de internações psiquiátricas, vem se consolidando como estratégia eficaz para o processo de desinstitucionalização. Esse estudo procura contextualizar o surgimento deste dispositivo no Brasil a partir da Reforma Psiquiátrica e objetivou buscar a visão dos profissionais que, de forma direta ou indireta, estão inseridos nessa prática de cuidado estabelecida nas residências terapêuticas no município de Camaragibe-PE. Para isso, optou-se pela combinação de um enfoque qualitativo e quantitativo, tendo como principal base documental a legislação vigente no país, que trata do assunto, considerando o cumprimento ou não do que está preconizado, bem como seus fatores condicionantes. Diante do observado, pode-se afirmar que, apesar das dificuldades vivenciadas, é possível perceber os avanços no resgate da autonomia e valorização da vida desses usuários. Entretanto, por ainda ser considerado um serviço recente, se faz necessário uma constante avaliação de sua condução e dos resultados do processo de implantação e implementação.

Palavras chaves: Reforma Psiquiátrica; Desinstitucionalização; Serviços Residenciais Terapêuticos; inclusão social.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Demanda dos moradores, segundo origem	31
Tabela 2 – Garantia de suporte técnico aos moradores	31
Tabela 3 – Localização dos SRTs	32
Tabela 4 – Existência de supervisão sistemática	33
Tabela 5 – Habilitação ao Programa de Volta para Casa	34
Tabela 6 – Descredenciamento de leito e realocação de AIH	34
Tabela 7 – Financiamento dos SRT	35
Tabela 8 – Garantia da assistência	36
Tabela 9 – Projeto Terapêutico Individualizado	37
Tabela 10 – Projeto Terapêutico Coletivo	38
Tabela 11 – Acesso ao benefício do Programa de Volta para Casa	38
Tabela 12 – Outras estratégias de estímulo à inclusão social	39
Tabela 13 – Participação em atividades comunitárias	40
Tabela 14 – Desenvolvimento de atividades domésticas	41
Tabela 15 – Garantia à privacidade	42
Tabela 16 – Utilização do benefício financeiro	42
Tabela 17 – Convivência entre moradores	44

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVOS	13
3.1 Objetivo geral	13
3.2 Objetivos específicos	13
4 MARCO TEÓRICO	14
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	26
5.1 Tipo de estudo	26
5.2 Área de estudo	26
5.3 População de estudo	26
5.4 Coleta de dados	26
5.5 Período de estudo	27
5.6 Processamento e análise dos dados	27
5.7 Considerações éticas	27
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
6.1 Caracterização dos SRTs	29
6.2 Descrição das atribuições realizadas pelos SRTs segundo percepção do gestor, técnico de referência e cuidador	30
6.3 Principais potencialidades e limitações dos SRTs de Camaragibe-PE	44
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	49
Apêndice A – Roteiro de entrevistas	53
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	55
Anexo A – Parecer da Comissão de Ética	57
Anexo B – Carta de Anuência	58
Anexo C – Portaria/GM nº 106 de 11/02/2000	59

1 INTRODUÇÃO

A partir da crítica ao modelo hospitalocêntrico de assistência psiquiátrica, orientada pela Reforma Psiquiátrica, inicia-se no Brasil o processo de criação de novos dispositivos de cuidados psicossociais. Frente a essa realidade surgem alguns movimentos questionadores, que procuravam romper com a tradição manicomial brasileira e têm como principal inspiração a experiência de Trieste, na Itália, liderada por Franco Basaglia. Esses movimentos ocorreram nas décadas de 70, 80 e 90, sempre com forte oposição exercida pelo setor privado (AMARANTE, 1995).

Nesse processo foram desenvolvidas estratégias de cuidado aos portadores de sofrimento mental objetivando a promoção da saúde, a reinserção social dos internados e a extinção progressiva dos manicômios. Este movimento, além do objetivo de oferecer uma rede de atenção que fosse gradativamente substitutiva dos hospitais psiquiátricos, havia uma necessidade premente: como cuidar do grande contingente de pessoas que, ao longo de anos e décadas foram abandonados nos hospitais psiquiátricos e se tornaram “residentes” destas instituições, perdendo-se os vínculos familiares e sociais? (OLIVEIRA ; CONCIANI, 2008).

Foram tomadas várias iniciativas para o alcance do objetivo de introduzir mudanças no sistema de saúde, como a Constituição Federal Brasileira, promulgada, em 5 de outubro de 1988. Esta possui uma seção exclusiva para a questão da saúde (Art.196 a Art. 200). Após doze anos de tramitação pelo Congresso, é sancionada no país a Lei Federal nº 10.216/2001 que regulamenta a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, com linhas específicas de financiamento criadas pelo Ministério da Saúde, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes.

No ano de 2000, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 106, que define regras básicas e financiamento específico para a montagem dos chamados “Serviços Residenciais Terapêuticos” (SRT), que se caracterizam por ser um espaço destinado à reabilitação e reintegração do paciente na sociedade, promovendo a

cidadania, a retomada dos laços sociais perdidos e a autonomia. Todavia, no início dos anos 90, iniciativas pioneiras nos municípios de Porto Alegre-RS, Campinas-SP e Ribeirão Preto-SP, geraram subsídios importantes para que essas iniciativas viessem a ser incorporadas como política do SUS à partir da elaboração da referida Portaria.

As Residências Terapêuticas (RT) são, “moradias ou casas inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência que não possuem suporte social e laços familiares”. Nos SRT o cuidado deve estar organizado em um Projeto Terapêutico que, segundo as diretrizes da Portaria MS nº 106/2000, deve conter ações que favoreçam o desenvolvimento da autonomia dos moradores, em direção a recuperação e implemento de atividades da vida cotidiana, além de buscar a criação de novas bases sociais, políticas e comunitárias, facilitando assim o desenvolvimento do senso crítico e restabelecendo vontades e desejos intrínsecos (BRASIL, 2000).

Por ser recente, a implantação dos SRT vem sendo discutida em vários âmbitos, de modo a assegurar que esta alternativa seja aprimorada para um melhor auxílio ao morador em seu processo – às vezes difícil – de reintegração à comunidade. Deve-se considerar eventuais inseguranças em deixar o hospital, via de regra uma referência segura para eles. Há que se montar estratégias que permitam aos futuros moradores estabelecerem vínculos de confiança com os profissionais e com a proposta. Conforme Amarante (2003), há muito que ser resgatado: histórias, vínculos afetivos e projetos.

Como componentes de uma rede municipal de atenção à saúde, os SRT, configuram-se como equipamentos estratégicos de inclusão social e resgate à cidadania. Sua implantação exige pacto entre gestor, comunidade, usuários, profissionais de saúde, vizinhança, rede social de apoio, além de um cuidadoso e delicado trabalho clínico com os futuros moradores,(BRASIL, 2004).

Junior e Silveira (2009), afirmam que a atual política vem se dedicando a conseguir a efetiva desinstitucionalização e a reinserção dos portadores de transtornos mentais graves na comunidade. Para isso, tem contado com gradual

processo de implementação e expansão dos SRTs em todo o país. De acordo com Área Técnica de Saúde Mental do MS, até Maio/2010 foram 564 módulos implantados e 152 em processo de implantação no Brasil.

A rede municipal de serviços em saúde mental em Camaragibe-PE é bem estruturada, e em relação ao SRT, atualmente conta com 4 (quatro) residências implantadas e em processo de implantação de mais 10 (dez), já aprovadas em Comissão Intergestores Bipartite. Dispõem ainda de 2 (dois) hospitais psiquiátricos contratados pelo SUS, incorporados à rede municipal no processo de municipalização: Comunidade Psicoterapêutica Nossa Senhora das Graças e o Hospital José Alberto Maia. Este último, considerado atualmente o maior hospital psiquiátrico de longa permanência em funcionamento no país, até junho de 2010 eram 541 (quinhentos e quarenta e um) pacientes internados, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Atualmente está em vigência um Convênio entre Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe, com o intuito de dar assistência aos pacientes internos do Hospital José Alberto Maia, e acelerar seu fechamento; com conseqüente direcionamento dos pacientes aos seus municípios de origem e/ou familiares. A estratégia dos SRT, para o Estado de Pernambuco e especialmente para o município de Camaragibe, se firma como importante alternativa de ressocialização àqueles pacientes potencialmente aptos a viverem além dos muros da instituição hospitalar

Sabendo de sua importância, do investimento que o Ministério da Saúde, estados e municípios vêm oferecendo à proposta, considerando que diversos dispositivos de SRT devem ser implantados em todo Brasil na busca pela superação das condições impostas aos moradores de hospitais psiquiátricos e que a implicação do gestor municipal é decisiva para a expansão ou não do SRT; propõe-se a realizar um estudo para identificar uma questão fundamental: os SRT do município de Camaragibe-PE cumprem com as atribuições preconizadas pelo Ministério da Saúde?

2 JUSTIFICATIVA

O município de Camaragibe-PE tem os Serviços Residenciais Terapêuticos como uma prioridade, sabendo que esses serviços se propõem a garantir o direito à moradia das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos e de auxiliar o morador em seu processo – às vezes difícil – de reintegração na comunidade. A implementação e o financiamento dos SRT surgem neste contexto como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde, BRASIL (2005).

O processo de implantação e expansão destes serviços é recente no Brasil. Nos últimos anos vem ganhando impulso nos municípios, principalmente para aqueles que são sede de hospitais psiquiátricos, onde a expansão destes serviços, embora permanente, tem ritmo próprio e acompanha, de forma geral, o processo de desativação de leitos psiquiátricos, o que exige dos gestores do SUS (Sistema Único de Saúde) uma permanente e produtiva articulação com a comunidade, a vizinhança e outros cenários e pessoas do território.

Sabendo que, o maior hospital psiquiátrico de longa permanência do país, está localizado no município de Camaragibe-PE e vem enfrentando dificuldades que se caracterizam fundamentalmente pela precariedade na assistência oferecida a seus internos, o que culminou com a indicação de seu descredenciamento do SUS.

Vários esforços estão sendo direcionados na tentativa de se efetivar um plano de intervenção que culminará com o fechamento deste Hospital, com o direcionamento de alguns pacientes para seus municípios de origem. Para aqueles cujo histórico de abandono impossibilita a identificação de sua origem e/ou algum vínculo familiar, cabe ao município de Camaragibe-PE assumir também o seu acompanhamento. Estas iniciativas se apóiam na estratégia do SRT para garantir esse recomeço aos pacientes aptos a uma reintegração social.

Diante da construção do processo de implementação de um serviço que tem importantes investimentos governamentais, que é de grande relevância para a consolidação do modelo de assistência à saúde mental que conduza os profissionais a novas práticas no acompanhamento aos pacientes psiquiátricos hospitalizados e

cujos estudos ainda são escassos para mostrar as potencialidades e desafios que existem nos SRT; torna-se importante desenvolver pesquisas que reflitam como o município que tem essa proposta como prioridade, vem desenvolvendo suas atribuições, identificando as perspectivas apontadas a partir do referido serviço.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Identificar se os serviços de residências terapêuticas cumprem com as atribuições preconizadas pelo Ministério da Saúde.

3.2 Específicos

- a) Caracterizar os Serviços Residenciais Terapêuticos do município de Camaragibe-PE;
- b) Descrever as atribuições realizadas pelos Serviços Residenciais Terapêuticos, segundo percepção do gestor, técnico de referência e cuidador;
- c) Verificar principais potencialidades e limitações dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

4 MARCO TEÓRICO

Por muito tempo os portadores de doenças mentais foram considerados alienados. Eram vistos como pessoas que viviam fora da realidade, sem capacidade para entender ou exercer seus direitos.

No final do século XVIII o hospital ainda não era instituição médica; e sim uma entidade religiosa que prestava assistência a crianças abandonadas, doentes pobres, forasteiros, indigentes, soldados, prisioneiros e outros. O objetivo não era a saúde e sim a salvação, Machado (2008). Eram nesses espaços que se encontravam os loucos quando não vagavam pelas ruas, ou no caso dos ricos, eram mantidos afastados do convívio social pelas famílias. Não se falava em doença mental, todos aqueles que apresentavam um comportamento diferente, sobretudo quando agitados e agressivos, eram considerados loucos. Nesses hospitais eles eram trancados e algumas vezes presos a troncos. Por não serem considerados doentes, eles não recebiam nenhum tipo de tratamento.

As reformas políticas e sociais do século XIX trazem uma nova ordem também para o olhar à loucura, que passa a ser vista como uma doença e que, portanto, deveria ser tratada. Na tentativa de dominar a loucura, as instituições psiquiátricas no mundo inteiro se transformaram em locais de repressão, onde o paciente era isolado da família que desconhecia ou ignorava o que se passava com ele (GOFFMAN, 1974).

Essa política orientou em 1841, no Rio de Janeiro, à criação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício Pedro II, mantendo a mesma ordem mundial: isolar o louco da sociedade. Felizmente os hospitais psiquiátricos, desde a sua origem, sempre estiveram envolto em críticas, não só externas, mas internas, por seus médicos ou diretores. Essas críticas impulsionaram estudiosos no mundo todo a reverem condutas terapêuticas e proporem novas experiências para o avanço do modelo assistencial e da humanização do atendimento. Era preciso reformar a psiquiatria.

Anteriormente, a noção de Reforma Psiquiátrica estava restrita a transformações técnico-assistenciais do campo institucional psiquiátrico. Assim, era comum tomá-la como sinônimo de modernização ou humanização do hospital psiquiátrico ou, quando muito, com a introdução de novas técnicas de intervenção terapêutica ou preventiva na comunidade (AMARANTE, 1982).

Mas, é em Trieste, norte da Itália, que à partir das experiências e reflexões de Franco Basaglia, nos anos 60, que ocorre o grande marco de transformação do modelo assistencial italiano, onde se materializou a desmontagem do manicômio e se reinventou novas formas de lidar com o sofrimento psíquico. Foi uma demonstração de que era possível a constituição de um circuito de atendimento que, ao mesmo tempo em que oferecia e produzia cuidados, também se oferecia e produzia novas formas de sociabilidade e de subjetividade aos que necessitassem de assistência psiquiátrica (AMARANTE, 1994).

Nesse período, o cenário brasileiro vivencia o que se denominou de *“indústria para o enfrentamento da loucura”*, como foi chamado o processo ocorrido após 1964, onde o governo brasileiro expandiu o número de hospitais psiquiátricos privados e o número de leitos destes, através de políticas em que o Estado facilitava a implantação e o credenciamento desses hospitais na rede pública, ocasionando um aumento do número de pessoas internadas e, conseqüentemente, um aumento da lucratividade deste setor. Os hospitais psiquiátricos incentivaram a cronicidade das doenças com o objetivo do lucro e os custos globais da assistência psiquiátrica alcançaram, nesse período, níveis desproporcionais (AMARANTE, 1995). Mesmo diante dessa realidade os movimentos questionadores crescem, e são feitas várias denúncias quanto à política brasileira de saúde mental em relação à política privatizante da assistência psiquiátrica por parte da previdência social. Esses movimentos têm como principal inspiração a experiência de Trieste, na Itália.

No final da década de 70, surge o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, orientado no modelo italiano e se constitui como um movimento político e social, composto de atores diversificados, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos

movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2005).

Teve início então, a criação de novos dispositivos de cuidado psicossocial. Era necessário desenvolver estratégias de cuidado aos portadores de sofrimento mental objetivando a promoção da saúde mental, a reinserção social dos internados e a extinção progressiva dos manicômios.

Dentre as inúmeras ações, era preciso cuidar de um grande contingente de pessoas que, ao longo de anos e décadas foram abandonados nos hospitais psiquiátricos e se tornaram “residentes” destas instituições, perdendo-se os vínculos familiares e sociais. Esses pacientes tornaram-se moradores das instituições e foram se esgarçando os elementos constitutivos de sua identidade – não possuíam documentação pessoal, somente um prontuário, não re/construíram relações de contratualidade social, nem de vínculos afetivos, eram somente “pacientes” “objetos” de práticas institucionais de tratamento. Práticas essas discutíveis sob o ponto de vista de sua eficácia terapêutica ou de respeito à dignidade humana dos assistidos (OLIVEIRA ; CONCIANI, 2008).

Foram tomadas várias iniciativas para o alcance do objetivo de introduzir mudanças no sistema de saúde, como a Constituição Federal Brasileira, promulgada, em 5 de outubro de 1988. Esta possui uma seção exclusiva para a questão da saúde (Art.196 a Art. 200). Em 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3.657/89, do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. Só em abril de 2001 que é sancionada no país a Lei nº 10.216, conhecida como Lei Paulo Delgado, que oficialmente regulamenta a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, com linhas específicas de financiamento criadas pelo Ministério da Saúde; e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes.

Segundo Furtado, Nakamura e Generoso (2009), a despeito de algumas iniciativas pontuais antecedentes de moradias para portadores de transtorno mental grave, podemos localizar, no início da década de 1990, as experiências pioneiras

que influenciaram e ajudaram a conformar e dar subsídios para bases legais do que hoje entendemos como Serviços Residenciais Terapêuticos, ressaltando os municípios de Porto Alegre-RS, Campinas-SP e Ribeirão Preto-SP, com a implantação de seus “lares abrigados”, “pensões protegidas” ou “moradias extra-hospitalares”, como eram nomeadas as residências naquela época.

Ainda de acordo com Furtado, Nakamura e Generoso (2009), essas três experiências foram diferentes entre si no que diz respeito aos fatores que deflagraram seu início, na organização interna e número inicial de moradores; mas têm em comum dois aspectos fundamentais: a busca por respostas à situação da moradia para os internos e a utilização de formas de financiamento determinadas pelas circunstâncias locais, já que se tratava de modelo assistencial legalmente inexistente no SUS.

No ano de 2000, o Ministério da Saúde lançou a Portaria n^o 106, que define regras básicas e financiamento específico para a montagem dos chamados “Serviços Residenciais Terapêuticos” (SRT), que se caracterizam por ser um espaço destinado à reabilitação e reintegração do paciente na sociedade, promovendo a cidadania, a retomada dos laços sociais perdidos e a autonomia. As Residências Terapêuticas (RT) são conforme BRASIL (2000), “moradias ou casas inseridas na comunidade, destinados a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência que não possuem suporte social e laços familiares”.

As residências vêm para viabilizar o (re) habitar do homem no mundo e na qual eles irão – de acordo Heidegger (1962) – ter-se no mundo, tomar posse dele e de si com o abrigo de hábitos e costumes antes perdidos devido a internação. O longo período de institucionalização determina a perda progressiva da expressão individual, a vontade fica alheia/alienada, perdendo seu senso crítico, o interesse e o desejo de agir, torna-se um “alienado” de si mesmo e do mundo. A diretriz da RT é inclusiva, na medida em que acolhe pessoas que não desfrutaram de autonomia e não possuem vinculação familiar e de moradia, e que podem ser beneficiados com este novo dispositivo de cuidado.

Milagres (2003), afirma que os serviços residenciais são espaços cujos projetos de vida individuais são levados em conta na construção subjetiva da própria

moradia pelo usuário, a partir de sua adaptação à nova realidade para reconstrução de laços sociais.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), apesar das residências ainda serem recentes no país, já se pode afirmar que são dispositivos consolidados na prática de atenção à saúde mental. Para Freire (2007), isso acontece porque a operação do cuidado na moradia envolve todo o contexto singular do usuário (sua casa, seu espaço, seus pertences, seus vizinhos, seus companheiros), o que propicia a produção de um olhar mais próximo e individualizado.

Furtado (2006), chamou atenção para o fato de que, até esse período, apesar da vontade política, da legitimidade junto aos movimentos favoráveis à reforma, da avaliação positiva dos resultados obtidos pelas iniciativas existentes e do financiamento oriundo dos recursos provenientes da extinção de leitos; mesmo em expansão, o número de SRT existente estava aquém de seu potencial. Mesquita, Novellino e Cavalcanti (2010), reiteram essa observação quatro anos depois e enfatizam que a expansão e a consolidação dos SRTs é um dos pilares da Reforma Psiquiátrica. Afirmam ainda que o ritmo de implantação das residências acompanha, portanto, os processos de desinstitucionalização em curso no país. Desta forma, acreditam, que quanto mais acelerado ocorra o procedimento de novas implantações, mais rápido ocorrerá a desinstitucionalização dos pacientes com histórico de longas internações.

Dados do Ministério da Saúde, da Área Técnica de Saúde Mental, referentes a maio deste ano, mostram que em todo o país há 564 residências terapêuticas, que abrigam 3.062 moradores, e que ainda não foram implantados SRTs em oito Unidades Federativas: Acre, Alagoas, Amapá, Amazonas, Distrito Federal, Rondônia, Roraima e Tocantins. No Pará, o serviço ainda não está disponível, mas duas unidades estão em fase de implantação. Em Pernambuco, que conta com quatorze módulos implantados, são mais cinquenta e quatro em fase de implantação, sendo dez só em Camaragibe.

Em seu Artigo 2º, a Portaria/GM nº 106/2000, define que os Serviços Residenciais Terapêuticos constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o SRT, deve-se reduzir ou descredenciar do

SUS, igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidado em saúde mental. Com estes recursos, os municípios proverão infra-estrutura e acompanhamento necessários aos usuários, por meio de sua rede de saúde mental. São estabelecidos SRTs tipos I e II. O do tipo I se caracteriza por absorver moradores com maior grau de autonomia, sendo necessário de apenas um cuidador que dê o suporte recomendado nos projetos terapêuticos individualizados, geralmente apenas durante o dia; já o tipo II é destinado a clientela que necessita de cuidados intensivos, com monitoração técnica diária e pessoal auxiliar permanente na residência.

Para implantação de cada SRT, o Ministério da Saúde repassa o valor de R\$ 10.000,00 (Dez Mil Reais), a título de incentivo, destinado a realizar reparos nos imóveis, equipar a residências com móveis, eletrodomésticos e utensílios necessários. Para seu custeio mensal, os recursos originários das AIHs podem atingir cerca de R\$ 7.000,00 a R\$ 8.000,00 (Sete a Oito Mil Reais) por mês, correspondentes ao número máximo de 8 moradores por módulo residencial (BRASIL, 2005).

São critérios para credenciamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS, segundo Portaria/GM nº 106/2000:

1. Serem exclusivamente de natureza pública;
2. A critério do gestor local poderão ser de natureza não governamental, sem fins lucrativos, devendo para isso ter projetos terapêuticos específicos, aprovados pela Coordenação Estadual e Nacional de Saúde Mental;
3. Estarem integrados à rede de serviços do SUS, municipal, estadual ou por meio de consórcios intermunicipais, cabendo ao gestor local a responsabilidade de oferecer uma assistência integral a estes usuários, planejando ações de saúde de forma articulada nos diversos níveis de complexidade da rede assistencial;
4. Estarem sob gestão preferencial do nível local e vinculado, tecnicamente, ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo.

Quanto às características físico-funcionais, os SRT devem segundo Portaria/GM nº 106/2000:

1. Apresentar estrutura física situada fora dos limites das unidades hospitalares gerais ou especializada;
2. Espaço físico que contemple de maneira mínima no máximo 08 moradores, acomodados na proporção de até 03 por dormitório;
3. Sala de estar com mobiliário adequado para o conforto e comodidade dos usuários;
4. Copa e cozinha para a execução das atividades domésticas com os equipamentos necessários (geladeira, fogão, filtros, armários, etc.);
5. Garantia de no mínimo, três refeições diárias (café da manhã, almoço e jantar).

O funcionamento das RT deve estar articulado com os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS e atuar em consonância com a rede de serviços de saúde do município. Compete ao CAPS apoiar e supervisionar o trabalho das residências, preservando sua autonomia e considerando as características de moradia, e não especificamente espaço terapêutico, através da atuação dos técnicos de referência e cuidadores.

Nos SRT o cuidado deve estar organizado em um Projeto Terapêutico que, segundo as diretrizes da Portaria/GM nº 106/2000, deve conter ações que favoreçam o desenvolvimento da autonomia dos moradores, em direção a recuperação e implemento de atividades da vida cotidiana e de criar novas bases sociais, políticas e comunitárias, facilitando o desenvolvimento do senso crítico e restabelecendo vontades e desejos intrínsecos. Apostou-se no vínculo como recurso essencial para alcançar os objetivos junto aos moradores da casa. Esse projeto deve ser individualizado, de suporte interdisciplinar e deverá considerar a singularidade de cada um, e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo de moradores.

A equipe técnica deve ser compatível com a necessidade dos moradores. O cuidador é um profissional importante 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. Devem evitar imprimir expectativas e anseios próprios do que deveria ser uma casa ideal para eles. Mas, ao contrário, devem permitir que aflorem hábitos e formas de ocupar o espaço próprio dos habitantes de um dado SRT.

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 riscos de acidentes domésticos devem ser trabalhados cotidianamente. A realização de tarefas é negociação constante entre necessidade, vontade expressa e disponibilidade, fazendo parte do processo de reabilitação psicossocial. A forma como o grupo de moradores foi constituído certamente terá influência no convívio. É inevitável o surgimento de questões do grupo a serem trabalhadas coletivamente (FREIRE, 2007).

De acordo com Lancetti (2008), para investir na autonomia dos sujeitos, suscitar acontecimentos inéditos e introduzir surpresas em suas vidas, é preciso investir pela via da ascendência afetiva, entrando com o próprio corpo, mobilizando entorno, inventando conjuntamente uma linha de fuga, um agenciamento coletivo. Para Saraceno (1999), esta experiência da Moradia Assistida oportunizou aos usuários a vivência de propriedade do espaço em que se vivem, com um nível de responsabilidade mais elevado de contratualidade em relação à organização material e simbólica desses espaços, propiciando trocas efetivas com técnicos, visitantes, moradores e vizinhos.

Como apoio financeiro individual, foi instituído um auxílio-reabilitação psicossocial, como parte integrante de um programa de ressocialização denominado “De Volta Para Casa”, regulamentado pela Lei nº 10.708/2003. O benefício consiste em pagamento mensal de auxílio pecuniário no valor de R\$ 320,00 (Trezentos e Vinte Reais) para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (com dois anos ou mais de internação). O Programa possibilita a ampliação da rede de relações dos usuários, assegura o bem estar global da pessoa e estimula o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania, uma vez que prevê o pagamento do auxílio-reabilitação diretamente ao beneficiário, através de convênio entre o Ministério da Saúde e a Caixa Econômica Federal (BRASIL, 2005).

Entretanto, a implementação desse Programa tem se dado com certa dificuldade, uma vez que a maioria dos potenciais beneficiários não possui a documentação mínima para o seu cadastramento. Muitos não possuem certidão de nascimento ou carteira de identidade. Visando a superação deste desafio, vem sendo efetuada parceria entre Ministério da Saúde, Ministério Público Federal e Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, para restituir o direito fundamental de identificação tardia dessas pessoas.

O modelo de Atenção à Saúde Mental em Camaragibe constitui-se no atendimento integral ao cidadão, tendo a família como objeto de atenção, entendendo a saúde como componente da qualidade de vida e primando pelo Controle Social. Neste sentido, se busca um modelo substitutivo ao manicomial, com vistas ao direito à cidadania, acreditando que a população deve ser tratada por serviços comunitários em saúde mental que contribuam para sua emancipação, usando técnicas eficientes que permitam às pessoas com distúrbios mentais serem incorporadas ao ambiente social e familiar, transformando o hospitalismo e a dependência, em desinstitucionalização e autonomia.

O município tem promovido uma gradual desospitalização e inclusão social dos portadores de sofrimento psíquico. Na perspectiva de organizar uma rede que garantisse integralidade das ações em saúde mental e ampliação do acesso à rede pública de saúde com qualidade no atendimento, baseado em valores pautados na implantação de serviços extra-hospitalares e intersetoriais. Como exemplo, houve a implantação do Saúde Mental na Comunidade -SAMECO, no ano de 1995, o qual contou com uma equipe multiprofissional composta por: psicólogos, assistentes sociais e psiquiatras, que tinham a missão institucional de promover a saúde mental através de ações de prevenção de crises e a inclusão social de portadores de transtornos mentais nas comunidades, a partir do estabelecimento de uma parceria com os Programas de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF). O trabalho conjunto visava o fortalecimento teórico e metodológico dos profissionais destes dois programas para que incorporassem no seu cotidiano de trabalho, atenção à saúde das pessoas com transtornos mentais e que se encontravam com quadro psíquico estável. Para tanto, apoiavam e monitoravam as

equipes de saúde através de reuniões periódicas com o objetivo de promover a educação permanente, discussão de casos e condutas. Em conjunto com a equipe de saúde realizava visitas domiciliares, grupos terapêuticos e atividades educativas nos espaços sociais da comunidade. Essas ações são mantidas ainda hoje, entretanto, o SAMECO foi substituído, no ano de 2008, pelo NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

A rede municipal de serviços em saúde mental conta com:

- ✓ 01 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II
- ✓ 01 Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPS i
- ✓ 01 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS ad
- ✓ 03 Ambulatórios de Psiquiatria
- ✓ 04 Ambulatórios de Psicologia
- ✓ 04 Serviços Residenciais Terapêuticos
- ✓ 04 Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF

A rede municipal de serviços de apoio à saúde mental conta com:

- ✓ 42 Equipes do Programa Saúde da Família
- ✓ 08 Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família
- ✓ 03 Serviços de Pronto Atendimento 24 horas, sendo que um deles possui atendimento de urgência odontológica 24 horas;
- ✓ 01 Maternidade
- ✓ 01 Laboratório Municipal 24 horas
- ✓ 02 viaturas do Serviço de Atenção Móvel às Urgências - SAMU
- ✓ 01 Centro de Saúde para consultas especializadas

O município de Camaragibe-PE conta com duas instituições psiquiátrica, privadas, que reproduzem o modelo asilar de longa permanência: Comunidade

Terapêutica Nossa Senhora das Graças e o Hospital José Alberto Maia. Inaugurado em 1965, este hospital internou pessoas com transtorno mental de 80 municípios do Estado durante mais de 30 anos. Em 2001, houve a primeira iniciativa de desinstitucionalização, quando a Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe-PE decidiu impedir a instituição de receber novos pacientes. Em 2004, após avaliação realizada através do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria-PNASH teve sua indicação de descredenciamento do SUS, tendo em vista a precariedade da assistência ofertada. O Ministério Público e movimentos sociais denunciaram o grande número de óbitos causados pela precariedade da assistência, pela falta de alimentos e medicamentos e pelas péssimas condições de higiene.

Uma ação conjunta entre o Governo Federal, Estado e município de Camaragibe, no fim de 2009, deu início ao processo de fechamento do Hospital José Alberto Maia. Os pacientes em piores condições de saúde foram levados a Hospitais Gerais ou a outras instituições psiquiátricas para tratamento. Os demais estão sendo realocados em residências terapêuticas e, em alguns casos, retornando às famílias. Observa-se que muitos desses pacientes encontram-se em situação de abandono familiar, desprovidos de qualquer referência social. A meta é retirar todos os pacientes da instituição até dezembro deste ano.

Nesse sentido, os SRTs poderiam se firmar como a principal alternativa para um grande contingente de pessoas que se qualificariam como potenciais beneficiários de uma estratégia, que já foi incorporada à prática de assistência do município de Camaragibe-PE, adotada desde o ano de 2003, com a implantação de uma unidade masculina e implementada no ano de 2006 com a instalação de mais três residências, sendo uma mista, uma feminina e mais uma masculina.

Com base no levantamento feito pela Coordenação Municipal de Saúde Mental, estima-se que cerca de 70 pacientes serão encaminhados para as 10 novas residências terapêuticas em processo de implantação, que somados aos 29 moradores já alocados, beneficiará 99 pacientes com histórico de longa internação psiquiátrica.

Considerando que esses serviços atuam em consonância com a rede de serviços de saúde, tendo como referência a Unidade de Saúde da Família do

território onde estejam situados e recebendo suporte do CAPS II, este estará sendo instrumentalizado visando sua transformação para CAPS III, com funcionamento 24 horas, estando assim preparado para atender as novas demandas de assistência em saúde mental do município.

Como uma estratégia de ação ligada ao CAPS, o município dispõe de oficinas que instrui as pessoas com transtornos mentais no aprendizado de artesanatos. O projeto intitulado Oficina de Geração de Rendas - Mentem que Fazem já têm cinco anos, e conta com instrutores para confecção de bijuterias, objetos em couro, bordado, costura, biscoito e pintura em madeira. Alguns usuários que passaram pelas oficinas se tornaram monitores, e outros complementam sua renda com a venda de objetos fabricados por eles. Além de confeccionar os produtos, os alunos são orientados na comercialização dos mesmos, em stand na sede das oficinas, em Box no centro comercial da cidade e em participação em feiras e exposições e outros eventos de artes da região.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, observacional de corte transversal.

5.2 Área de estudo

A pesquisa foi realizada em quatro Serviços Residenciais Terapêuticos localizados no município de Camaragibe, na Região Metropolitana do Recife.

5.3 População de estudo

A população desse estudo foram oito atores que atuam direta ou indiretamente do trabalho dos SRTs, dentre eles: 2 Gestores , 2 Técnicos de Referência e 4 Cuidadores. A identificação dos entrevistados está assim conformada: *Gestor 1 e 2, TR 1 e 2 ou Cuidador 1, 2 , 3 e 4*, seguindo o critério de ordem de realização da entrevista.

5.4 Coleta dos dados

A coleta dos dados foi realizada através de análise documental, para obtenção de informações para a caracterização dos SRTs e de aplicação de questionário semi-estruturado, contendo perguntas fechadas e abertas (Apêndice A), o mesmo está dividido em três blocos. O primeiro com informações que foram obtidas

pelos gestores, o segundo pelos técnicos de referência e o terceiro pelos cuidadores.

A aplicação do questionário foi realizada pelo pesquisador responsável, inicialmente com os gestores na Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe e posteriormente nas residências terapêuticas com os técnicos de referência e cuidadores.

A primeira etapa da aplicação dos questionários consistiu da apresentação do objetivo do estudo, além dos seus benefícios, riscos e uma leitura detalhada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), onde o entrevistado retirava suas dúvidas, tinha direito a perguntas e respostas, ratificando assim a intenção de participar do estudo. Os participantes assinaram um termo de consentimento informado em duas vias, uma pertencente ao pesquisado e outra ao pesquisador.

5.5 Período do estudo

A coleta de dados e aplicação do questionário foi feita no período de agosto a setembro de 2010.

5.6 Processamento e análise dos dados

As entrevistas foram analisadas pelo pesquisador, a fim de verificar se todos os campos do questionário estavam preenchidos. Os dados foram colocados em planilha de Excel. Posteriormente foi feita uma análise estatística descritiva, por meio de tabelas, com número e percentual para cada uma das variáveis que compõem o questionário.

5.7 Considerações Éticas

Obedecidos aos preceitos éticos estipulados pela Resolução nº 196/96, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CEP/CPqAM) (Anexo A). O estudo foi realizado dentro dos padrões de ética científica. Sendo assim, ao município foi enviada uma solicitação para que os mesmo permitissem a realização da pesquisa através de uma carta de anuência (Anexo B), não estando estes sujeitos a qualquer risco de exposição ou dano. Ao município e aos entrevistados, foram garantidos sigilo das informações sem prejuízo.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussões do presente estudo estão organizados em três partes, de acordo com o objetivo da pesquisa. Na primeira parte, serão apresentadas as características dos SRTs do município. Na segunda, uma descrição das atribuições dos SRTs segundo a percepção do gestor, do técnico de referência e do cuidador. Na terceira, será verificada as principais potencialidades e limitações dos SRTs dentro do município.

6.1 Caracterização dos SRTs

No que se refere à estruturação da rede de atenção à saúde, o município encontra-se dividido em territórios I, II, III e IV; concebidos através de critérios e indicadores sócio-econômicos, culturais, epidemiológicos e geopolíticos, onde está concentrada a sua rede de serviços.

A primeira residência terapêutica, conhecida como “Residência da Primavera”, foi inaugurada em julho de 2003. Está localizada no Bairro da Primavera, no território II. É um módulo do tipo I, que não conta com cuidador no período noturno. É específica a moradores do sexo masculino.

Os outros três módulos foram inaugurados no ano de 2006, estando assim distribuídos: uma unidade mista e uma unidade feminina, ambas no Bairro do Timbí, território III. O quarto módulo é outra unidade masculina, localizada no Bairro Novo, território II. Essas três residências têm também em comum o fato de serem do tipo I, que requerem cuidados mais intensivos, contando com cuidadores 24 horas.

É importante ressaltar que o Hospital José Alberto Maia, último local de origem desses moradores, fica localizado no território IV, portanto, nenhuma unidade é “vizinha” do hospital, fato este considerado de forma proposital para a instalação dos SRTs.

O quadro 1 resume a conformação dos SRTs de Camaragibe-PE:

RESIDÊNCIA		NÚMERO DE RESIDÊNCIAS	NÚMERO DE USUÁRIOS
GÊNERO	TIPO		
MISTA	II	01	03 mulheres
			03 homens
MASCULINA	I	01	08 homens
MASCULINA	II	01	08 homens
FEMININA	II	01	07 mulheres
TOTAL		04	29 usuários

Quadro 1 – Serviços Residenciais Terapêuticos de Camaragibe-PE

Fonte: Coordenação Municipal de Saúde Mental – Setembro/2010

6.2 Descrição das atribuições realizadas pelos SRTs segundo percepção do gestor, técnico de referência e cuidador

Os aspectos que envolvem o acompanhamento dos egressos de longas internações nos SRTs envolvem muitas e importantes questões subjetivas. Entretanto, utilizamos como marco norteador da pesquisa a Portaria/GM nº 106/2000, que regulamenta os SRTs no SUS.

Dentro das categorias que responderam ao questionário, foram selecionados e a seguir apresentados, os pontos que se referem às práticas nos cuidados produzidos nos SRT, segundo cada ator:

- GESTOR

Tabela 1 – Demanda dos moradores, segundo origem

VARIÁVEL	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
As RTs são destinadas exclusivamente a pacientes que vieram de internação psiquiátrica de longa duração.	2	100		
Total	2	100		

Fonte: Questionário aplicado ao gestor

Apesar de a legislação ser de caráter inclusivo aos moradores de rua com transtornos mentais graves e também àqueles acompanhados nos CAPS e que foi identificado o problema de moradia, 100% dos gestores afirmaram que, no município de Camaragibe-PE, os SRTs são destinados exclusivamente a pacientes que vieram de internação psiquiátrica de longa duração.

Percebeu-se que esta decisão é reproduzida principalmente em municípios que possuem hospitais psiquiátricos, cujo processo de desospitalização se encontra ou se encontrou em curso; como no município de Campina Grande-PB, que teve a abertura de sua primeira residência à partir de demanda gerada pelo descredenciado e a intervenção em hospital psiquiátrico localizado na região geopolítica do Compartimento da Boroborema/PB, onde ocorreu a desospitalização de 176 internos no ano de 2005 (JUNIOR; SILVEIRA, 2009).

Tabela 2 – Garantia de suporte técnico aos moradores

VARIÁVEL	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
As RTs garantem suporte técnico a seus moradores no resgate à autonomia referente à sua dependência institucional. Como isso se processa.	2	100		
Total	2	100		

Fonte: Questionário aplicado ao gestor

Segundo 100% dos gestores, é garantido suporte técnico aos moradores dos SRTs.

O Gestor 2 relata que esse resgate da autonomia referente à sua dependência institucional é parte integrante do Projeto Terapêutico e trabalhado no cotidiano dos SRTs pelos técnicos de referência e cuidadores, que acompanham e incentivam a integração do morador ao convívio na comunidade, sem “privilégios” que poderiam destorcer o padrão de um indivíduo dito “comum”.

Entretanto, situação diferente é relatada sobre a experiência junto aos SRTs em Cuiabá-MT:

Atividades de vida diária que mereceriam ser cuidadosamente re/construídas como componentes de um projeto terapêutico de resgate de autonomia dos moradores [...], foram reduzidas a um cuidado fortemente marcado pelo controle. O fornecimento e preparo de alimentação é conduzida a partir do nível central, [...], os portões das residências ficam trancados, a chave é de responsabilidade dos cuidadores e as visitas são ou não autorizadas pela equipe de nível central; os moradores circulam na cidade somente mediante agenda de atendimento clínico geral ou psiquiátrico, nos CAPS, ou em atividades sociais e culturais programadas pela equipe técnica central e em meios de transporte da Secretaria Municipal de Saúde (OLIVEIRA; CONCIANI, 2008).

Tabela 3 – Localização dos SRTs

VARIÁVEL	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
As RTs estão localizadas em bairros distintos, fora dos limites hospitalares.	2	100		
Total	2	100		

Fonte: Questionário aplicado ao gestor

Conforme relatado por 100% dos entrevistados, os SRTs estão inseridos fora dos limites hospitalares, situados em bairros distintos, objetivando, segundo o Gestor 1, que “não seja necessariamente obrigatório ter contato, ainda que visual, com os muros do hospital que não trás nenhuma boa lembrança.”

Para Saraceno (1999), esta experiência da Moradia Assistida oportunizou aos usuários a vivência de propriedade do espaço em que se vivem, com um nível de responsabilidade mais elevado de contratualidade em relação à organização material e simbólica desses espaços, propiciando trocas efetivas com técnicos, visitantes, moradores e vizinhos. Estes serviços quando inseridos em comunidades urbanas fora das instituições asilares, permitem uma reaproximação pessoal muito mais rica do corpo, do espaço e do tempo.

Tabela 4 – Existência de supervisão sistemática

VARIÁVEL	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
Existe supervisão sistemática nos RTs para avaliar sua funcionalidade. Como é feita.	2	100		
Total	2	100		

Fonte: Questionário aplicado ao gestor

De acordo com 100% dos entrevistados, existe equipe de supervisão em saúde mental que avalia a funcionalidade dos SRTs.

Conforme relatado pelo Gestor 2, essa equipe visita regularmente os serviços, registrando o que foi observado e o que foi relatado por cuidadores e moradores. Essas informações são discutidas e, nas chamadas “reuniões devolutivas”, são repassadas orientações aos técnicos de referência e cuidadores.

Essa condição é corroborada por Elia (2008), que ressaltou a existência de alguns desafios na manutenção dos SRTs que requerem a prática da supervisão clínica como condição para a sustentação de uma postura profissional na equipe de cuidadores e técnicos de referência, para que tenham clareza de que a dimensão clínica de seu ato de cuidado não é uma forma de tratamento.

É necessária a articulação do olhar clínico da equipe que está no dia-a-dia com cada morador, ao da equipe do serviço onde, ali sim, faz seu tratamento: CAPS, ambulatório ou qualquer outro. Ao morador, é necessário estar claro que os

abrigo ou instituições em que viveram, mesmo que não tenham sido boas experiências, por suas condições físicas ou sócio-afetivas, foram os espaços em que viveram, e com os quais construíram uma relação sólida e importante. Nesse sentido a supervisão clínica deve ser parte integrante do cotidiano dos SRTs.

Tabela 5 – Habilitação ao Programa de Volta para Casa

VARIÁVEL	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
O município é habilitado ao Programa de Volta para Casa.	2	100		
Total	2	100		

Fonte: Questionário aplicado ao gestor

100% dos entrevistados afirmaram que o município de Camaragibe é habilitado ao Programa de Volta para Casa.

Para que potenciais beneficiários possam ser incluídos no Programa, o município necessita fazer a adesão ao mesmo.

[...] A inclusão dos municípios no programa dar-se-á mediante homologação da habilitação dos que solicitem adesão ao programa, pelo Ministério da Saúde, em portaria específica, a partir de análise que irá considerar condições de implantação do programa e critérios de prioridade, definidos nos Art. 3º e 4º, da Portaria nº 2077/GM, respectivamente, a serem analisadas por município [...]. (BRASIL, 2003).

Tabela 6 – Descredenciamento de leito e realocação de AIH

VARIÁVEL	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
O município acompanha o descredenciamento dos leitos hospitalares e a realocação do recurso da AIH gerado pela transferência do paciente.	2	100		
Total	2	100		

Fonte: Questionário aplicado ao gestor

De acordo com 100% dos entrevistados, o município acompanha o descredenciamento dos leitos hospitalares e a realocação do recurso da AIH; estando em conformidade com o que preconiza a Portaria/GM nº 106/2000 e reforçando assim a política de redução de leitos.

Tabela 7 – Financiamento dos SRT

VARIÁVEL	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
O valor do financiamento da RTs é suficiente para garantir seu funcionamento. Justifique.			2	100
Total			2	100

Fonte: Questionário aplicado ao gestor

Conforme relatado por 100% dos entrevistados, os recursos financeiros são insuficientes para manterem os SRTs do município de Camaragibe-PE.

De acordo com o Gestor 1, os recursos liberados para a implantação do serviço, na ordem de R\$ 10.000,00 (Dez Mil Reais), são suficientes para este fim, que envolve, pequenos reparos na estrutura do imóvel e compra de mobiliário e utensílios; e que o valor mensal referente a cada morador é em média R\$ 900,00 (Novecentos Reais).

O Gestor 2, reforça que a modalidade da maioria das residências instaladas no município é do tipo II, e requer cuidados mais intensivos e portanto, maior investimento.

Avaliando a experiência do município de Campina Grande-PB, que possui seis SRTs implantados, de acordo com Junior e Silveira (2008), percebeu-se que as residências não são equipamentos de baixo custo em relação ao custo hospitalar, e que se a lógica da Reforma Psiquiátrica fosse apenas racionalizar recursos econômico-financeiros, não seria vantajoso investir nesses dispositivos.

Considerando a avaliação da situação dos SRTs em vários municípios do país, realizada por Furtado (2006), ele ressalta que algumas questões relativas ao

financiamento estão ligadas às dificuldades em garantir o acesso e o emprego do recurso em si, e não à existência deste.

- TÉCNICO DE REFERÊNCIA

Tabela 8 – Garantia da assistência

VARIÁVEL	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
É garantida aos usuários a continuidade de assistência à Saúde Mental na Rede extra-hospitalar.	2	100		
Total	2	100		

Fonte: Questionário aplicado ao técnico de referência

Observa-se que 100% dos entrevistados afirmam que o município garante a continuidade da assistência aos moradores dos SRTs na rede extra-hospitalar.

Amorim e Dimenstein (2007), ao relatar a experiência dos SRTs no município de Natal-RN, evidencia que, apesar de possuir uma rede de assistência extra-hospitalar bem constituída, observam-se dificuldades na construção de espaços de comunicação entre os técnicos dos serviços, o que limita as discussões acerca do modo como esses moradores devem ou não ser acompanhados pelo CAPS, bem como acerca da regularidade e frequência a tal serviço para participarem de suas atividades e receberem medicação.

Já a experiência da implantação dos SRTs em Cuiabá-MT, mostrada por Oliveira e Conciani (2008), mostrou que o investimento nos SRTs não foi acompanhado na organização de rede de saúde mental que pudesse garantir a integração das ações de saúde em todos os níveis.

Tabela 9 – Projeto Terapêutico Individualizado

VARIÁVEL	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
Existe Projeto Terapêutico Individualizado nas RTs, identificando as necessidades de seus usuários. Como é feito.	2	100		
Total	2	100		

Fonte: Questionário aplicado ao técnico de referência

De acordo com 100% dos entrevistados existe Projeto Terapêutico Individualizado direcionado aos moradores dos SRTs.

Os entrevistados relataram que os projetos são construídos de acordo com as necessidades, as potencialidades e as limitações de cada um; estabelecendo metas de curto, médio e longo prazo, que são revistas periodicamente, de acordo com a evolução de cada um dos moradores.

Segundo Bezerra e Rinaldi (2009), em pesquisa que analisou a lugar da clínica dentro da reforma psiquiátrica brasileira, encontram-se dois modos de entender o Projeto Terapêutico. O primeiro modo diz respeito à missão institucional do serviço "dentro do âmbito de seu território". O outro modo se refere ao acompanhamento individual de cada usuário que se insere no serviço, caracterizando-se, então, como um "projeto personalizado".

Observou-se que há uma tendência das equipes, independentemente do tipo de instituição, em constituir o Projeto Terapêutico como um roteiro a ser apresentado aos usuários, voltado para as questões de cidadania e valorização das habilidades. A proposta que fundamenta a implantação de um Projeto Terapêutico não o coloca como um documento institucional estático, mas sugere que ele deve servir como orientação para uma direção compartilhada de tratamento a ser redefinida caso a caso.

Ainda de acordo com Bezerra e Rinaldi (2009), o modo como alguns municípios conduzem o Projeto lembra mais uma proteção contra os imprevistos, onde o usuário é quem deve adaptar-se a ele.

Tabela 10 – Projeto Terapêutico Coletivo

VARIÁVEL	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
Existe Projeto Terapêutico Coletivo nas RTs, identificando as necessidades de seus usuários. Como é feito.	2	100		
Total	2	100		

Fonte: Questionário aplicado ao técnico de referência

De acordo com 100% dos entrevistados existe Projeto Terapêutico Coletivo direcionado ao convívio entre os moradores nos SRTs.

Conforme explicação do Técnico de Referência 1, a construção desse projeto se baseia na necessidade de se estender a proposta do projeto individual, focando prioritariamente questões ligadas à sociabilidade, ao convívio entre cada grupo, de cada SRT.

Nas RTs do município de Barbacena-MG, segundo Vidal, Bandeira e Gontijo (2008), são várias as intervenções de reabilitação adotadas. Dentro das casas, ocorrem reuniões semanais, onde os moradores aprendem a negociar e resolver os conflitos e a elaborar as dificuldades e os medos diante das novas situações vividas. As tarefas de cada um, dentro da casa, são definidas, e os assuntos de interesse individual ou coletivo são discutidos. O trabalho da equipe visa à elaboração de projetos terapêuticos coletivos e individuais, estabelecendo as intervenções que serão efetuadas de acordo com as necessidades e limitações de cada um.

Tabela 11 – Acesso ao benefício do Programa de Volta para Casa

VARIÁVEL	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
Todos os moradores das RTs recebem o benefício do Programa de Volta para Casa			2	100
Total			2	100

Fonte: Questionário aplicado ao técnico de referência

Verificou-se que 100% dos entrevistados afirmaram que nem todos os moradores dos SRTs de Camaragibe-PE recebem o benefício do Programa de Volta para Casa.

Foi relatado pelo Técnico de Referência 2, que ocorrem casos em que o acesso ao benefício é um pouco demorado, levando em consideração que há pacientes que não possuem documentação pessoal necessária para o cadastramento no Programa, o que requer, primeiramente, que esse impasse seja resolvido, junto aos órgãos competentes.

Tabela 12 – Outras estratégias de estímulo à inclusão social

VARIÁVEL	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
Existe na Rede de Saúde estratégias específicas para portadores de transtornos mentais para estimular à inclusão social através do trabalho. Quais as estratégias adotadas.	2	100		
Total	2	100		

Fonte: Questionário aplicado ao técnico de referência

De acordo com 100% dos entrevistados, o município oferece aos portadores de transtornos mentais estratégias para o estímulo à inclusão social através do trabalho.

Os entrevistados enfatizaram a estratégia, vinculada ao CAPS, que são as Oficinas de Geração de Emprego e Rendas – Mentas que Fazem, que instrui as pessoas com transtornos mentais no aprendizado de artesanatos. Esta atividade inclui não só o aprendizado, mas a produção e a comercialização, tendo participação efetiva em feiras e eventos de artes da região.

Segundo relato do Técnico de Referência 1, os moradores são estimulados a fazerem passeios, assistirem filmes e outras atividades culturais que favoreçam o que chamou de “despertar” para alguma atividade/habilidade que possam lhes interessar e conseqüentemente se transformar numa forma de inclusão social pelo trabalho.

O Técnico de Referência 2 relata que há uma moradora cuja principal atividade diária consiste em realizar bordados em panos para cozinha, forros para botijão de água etc, e que seu grande prazer está em presentear as pessoas de seu convívio. O material é adquirido com o lucro de algumas peças que comercializa.

- CUIDADOR

Tabela 13 – Participação em atividades comunitárias

VARIÁVEL	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
Os moradores dos RTs participam de atividades cotidianas comuns aos demais moradores da comunidade. Como.	4	100		
Total	4	100		

Fonte: Questionário aplicado ao cuidador

De acordo com 100% dos entrevistados os moradores dos SRTs participam de alguma atividade comum aos demais moradores da comunidade.

O Cuidador 4 explica que os moradores da RT onde atua são estimulados a fazerem algum tipo de atividade que gostem, sendo que em sua maioria o que mais freqüentam são cultos religiosos.

O Cuidador 2 relata que em seu grupo há os mais “festeiros”, que adoram ir a comemorações de aniversários na vizinhança, bem como organizar as comemorações na própria RT.

Conforme relato do Cuidador 3, as atividades mais comuns na RT que é cuidador, as atividades mais praticadas são a participação em cultos religiosos e partidas de futebol. Há ainda moradores que foram matriculados na escola, e freqüentam a sala de aula do EJA - Ensino para Jovens e Adultos.

Os dados do município corroboram com o estudo de Junior e Silveira (2009), em Campina Grande-PB, onde relatam que os moradores dos SRTs freqüentam o Centro de Convivência, que é um local utilizado também por outros usuários da rede de saúde mental, para o lazer e profissionalização, além de permitir que os mesmos entrem em contato com a comunidade, por ser espaço aberto ao público.

Tabela 14 – Desenvolvimento de atividades domésticas

VARIÁVEL	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
Os moradores das RTs desenvolvem atividades cotidianas no que se refere aos afazeres domésticos.	4	100		
Total	4	100		

Fonte: Questionário aplicado ao cuidador

De acordo com 100% dos entrevistados relataram que essas atividades são contempladas no Projeto Terapêutico Coletivo, e estimuladas pelos cuidadores, até mesmo para que não se confunda o papel do cuidador como o alguém que estaria na casa para atuar como empregado doméstico. Todos, de acordo com as respostas, têm tarefas definidas.

O Cuidador 4 relata que, por atuar em um SRT misto, sempre há pequenos conflitos gerados pelo fato de que “os homens são um pouco mais preguiçosos” para a realização de tarefas domésticas.

Para Junior e Silveira (2009), essa forma de cuidado oferece aos sujeitos um cotidiano mais dinâmico, com a oportunidade de exercitarem sua independência, participando e realizando as tarefas domésticas, compras, pagamentos, bem como outras atividades que venham a surgir no seu dia-a-dia.

Tabela 15 – Garantia à privacidade

VARIÁVEL	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
Nas RTs cada morador tem espaços individualizados que garantam sua privacidade. Como são.	4	100		
Total	4	100		

Fonte: Questionário aplicado ao cuidador

De acordo com 100% dos entrevistados nos SRTs de Camaragibe-PE são garantidos aos seus moradores espaços individualizados que garantem sua privacidade.

O Cuidador 4 ressalta que na RT em que trabalha, cada um dos moradores possuem seu próprio guarda-roupas, alguns tem televisão no quarto e que já ocorreram casos de excesso de zelo e cuidados com os bens materiais, entretanto, sempre houve respeito pelo espaço de cada um.

Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), enfatizam que na medida em que se viabiliza o resgate de “gestos elementares” como: restabelecer relação do indivíduo com o próprio corpo (como o gosto e o capricho no cuidado com cabelos, dentes e roupas); reconstruir o direito a capacidade de uso dos objetos pessoais (não é mais preciso esconder o chinelo debaixo do colchão para não o perder ou ser roubado, cada um tem o seu guarda-roupa onde guarda seus pertences); reconstruir o direito e a capacidade da palavra, tudo isso possibilita a emancipação dos moradores.

Tabela 16 – Utilização do benefício financeiro

VARIÁVEL	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
Os moradores das RTs são orientados/estimulados ao controle de seu benefício financeiro, quanto à sua utilização para provimento de suas necessidades pessoais. Como isso é feito.	4	100		
Total	4	100		

Fonte: Questionário aplicado ao cuidador

Segundo 100% dos entrevistados os moradores dos SRTs de Camaragibe-PE são orientados/estimulados ao controle de seu benefício financeiro.

O Cuidador 2 ressalta que tem aqueles que vão sozinhos ao banco retirar o benefício, que fazem lista para compra de objetos pessoais, compram presentes para colegas e que para alguns o dinheiro acaba logo nas primeiras semanas; outros guardam dinheiro e tem inclusive caderneta de poupança.

O Cuidador 3 relata que os moradores aprendem a retirar dinheiro do caixa eletrônico e a fazer compras, e que a maioria já têm noção do quanto podem gastar e quanto devem economizar. Alguns moradores programam, inclusive, passeios a cidades próximas, ao Shopping Center, sempre acompanhados pelos cuidadores ou técnicos de referência.

Um relato feito pelo Cuidador 4 mostra que em atualmente em sua residência há um morador que ainda não recebe o dinheiro do benefício, por questões relacionadas à falta de documentos e que, por iniciativa própria, os colegas fazem uma pequena cota mensal em dinheiro e dão a ele, para que o mesmo possa custear pequenas despesas pessoais.

Para Vidal, Bandeira e Gontijo (2008), especial atenção deve ser dada ao aprendizado em relação ao dinheiro, já que muitos não conhecem o valor das notas, tampouco compreendem as trocas que elas permitem.

Em estudo realizado em SRTs do município de Campina Grande-PB, Macedo, Fook e Saraiva (2007) foi analisada a importância dada ao dinheiro e a compreensão dos moradores das RT's sobre ele. O dinheiro, segundo o estudo, existe como uma autovalorização de realizar desejos de consumo e de autocuidados.

Tabela 17 – Convivência entre moradores

VARIÁVEL	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
Existem acordos/regras de convivência entre os moradores. Como é constituído.	4	100		
Total	4	100		

Fonte: Questionário aplicado ao cuidador

De acordo com 100% dos entrevistados, nos SRTs do município de Camaragibe-PE existem acordos/regras de convivência entre os moradores.

Conforme explica o Cuidador 2, essas regras são estabelecidas pelos moradores e são menos rígidas que o próprio Projeto Terapêutico Coletivo. São estabelecidas e modificadas em reuniões semanais ou sempre que os moradores acharem necessário.

O Cuidador 1 enfatiza que uma das principais regras impostas pelos moradores diz respeito aos espaços em que se é permitido fumar. Questões voltadas para os espaços privativos, momentos das refeições, tratamento com os parceiros amorosos dos colegas etc.

6.3 Principais potencialidades e limitações dos SRTs de Camaragibe-PE

Os desafios colocados pelos SRTs têm origem e direcionam-se a diferentes espaços e atores envolvidos no cuidado dos seus moradores. Dessa forma, esse trabalho exige estar pautado numa construção efetiva de redes de cuidado entre os serviços e equipamentos sociais.

A despeito dos poucos estudos relativos ao tema, o que se pode perceber nos relatos de experiências de alguns municípios de todo o país, é que a implicação do gestor municipal do SUS parece ser decisiva para a expansão ou não do dispositivo em questão. Nesse sentido, o município de Camaragibe-PE aposta nessa proposta

como importante mecanismo de possibilidade de inclusão social e produção de cidadania dos portadores de transtornos mentais.

Considerando que os egressos de internações em instituições psiquiátricas de longa permanência, precisam ser acompanhados e inseridos em uma rede de apoio suficientemente instalada, o município mostra-se estar atento a essas necessidades e apresenta uma rede de serviços bem articulada, com garantia de cuidados que vão além do CAPS. Nesse cenário se inserem o PSF e NASF como suporte fundamental no acompanhamento dos moradores, sejam eles de SRTs ou não, dos territórios em que estejam inseridos.

No que diz respeito aos profissionais que estão diretamente ligados ao SRTs, observa-se que essa concepção de trabalho tem proporcionado às equipes uma forma de gerar cuidados menos tecnicistas e mais voltado com o contexto individual do usuário. Isso tem sido possível através da interação entre técnicos de referência e cuidadores, onde aos primeiros cabe também a missão de direcionar a atuação dos cuidadores com a intenção de saber dosar o poder que subjetivamente ele exerce sobre o morador.

A maneira como tarefas cotidianas são desempenhadas pelos moradores, nos que diz respeito ao autocuidado e também na interação com os demais colegas da casa e da comunidade em que vivem nos leva a crer que a proposta do Projeto Terapêutico tem sido executada de maneira eficiente e eficaz.

Observou-se que há uma repercussão positiva na sociedade, caracterizada por meio da aceitação destes indivíduos pela comunidade, não havendo sido relatado nenhuma ocorrência de resistência importante na localidade onde estão instaladas as residências terapêuticas. Também não houveram entraves relacionados à interação dos usuários que escolheram e tiveram condições de se matricularem em escolas de ensino regular. Aos que optaram por freqüentar uma das oficinas de artesanatos ofertados pela Oficina de Geração de Rendas Mentis que Fazem, têm aprendido a confeccionar, negociar e vender os objetos produzidos por eles, recebendo uma porcentagem nos lucros.

Essas atividades, aliadas ao real conceito de *habitar*, de ter sua casa, seu valor e funções estabelecidas, tem contribuído para que os moradores, segundo a

percepção de todos os entrevistados nesse estudo, possam enfrentar seus medos, suas frustrações, contribuindo para a superação dos obstáculos diários da vida.

Logo, considerando o que foi relatado, seja através do questionário aplicado, seja pelas informações que sequer foram indagadas, seja pelo que foi observado em campo e através de análise dos registros, pôde-se verificar que dentro da proposta de instalação de dispositivos extra-hospitalares no município de Camaragibe-PE, os SRTs têm tido êxito no trabalho realizado e o maior ganho, sem dúvida, é para aquele que teve a chance de ter resgatado o direito de ser cidadão.

Entretanto, mesmo não tendo sido contemplada como uma das variáveis do questionário, muito se relatou sobre a não participação efetiva da família no dia-a-dia dos usuários que as possui. Essa é uma questão que as articulações do município ainda não conseguiram experiências exitosas.

Questões relativas ao financiamento estão muito ligadas às dificuldades em garantir o acesso e às formas de aplicação dos recursos. A existência de diferenciação do acompanhamento nos SRTs, em eventual ou ininterrupto, não é requisito para haver diferenciação também no valor do financiamento. Os gastos num SRT tipo II, com cuidador 24 horas, obviamente são maiores, e segundo os gestores, necessitariam de repasse financeiro adicional.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao buscarmos conhecer um pouco mais as experiências de moradias para pessoas com transtornos mentais crônicos no município de Camaragibe-PE, este estudo permitiu vislumbrar o processo histórico acerca da criação, implantação e expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

Esse dispositivo se insere e se firma como principal alternativa que possibilita aos usuários que ingressam nas residências, terem recomposta parte de sua dignidade, através de uma processo interdisciplinar, que ao longo de décadas aplicou uma terapêutica que não tinha nenhuma consideração pela existência do sujeito. No hospício ou manicômio, sustentava-se a hipótese de que quem trabalha é o remédio, e se reproduziam cenas típicas dos hospitais psiquiátricos, onde esse vê o doente dopado, encostado em cantos de parede ou arrastando-se por corredores.

Antes de falar em residências terapêuticas, é necessário ter em mente que elas vêm associadas a uma mudança de paradigma, propiciada pela Reforma Psiquiátrica, e foi com esse olhar sobre o processo saúde-doença que iniciamos a execução desse estudo.

Diante disso, ao nos aprofundarmos no universo da assistência à Saúde Mental, em Camaragibe-PE, através da leitura de experiências já relatadas, através da aplicação dos questionários e dos momentos observacionais, podemos observar que a prática de atenção à saúde mental a partir das Residências Terapêuticas conduz os profissionais a práticas em saúde com perspectivas enriquecedoras, pois envolve muito de subjetividade. A maneira que este dispositivo foi e é construído, permite que cada morador da casa tenha o seu valor, que se transforma em possibilidade concreta de resgate da autonomia e sociabilidade. É preciso destacar que dificuldades existem, sejam ligadas a questões de financiamento, da falta de perfil dos profissionais, da não garantia de inserção no mundo do trabalho, da quase inexistente participação familiar como apoio terapêutico. Estes desafios ainda estão à espera de serem superados.

Todavia, acredita-se que essa prática de cuidado não possa ser necessariamente quantificada, por se tratar de um dispositivo que transcende o

conceito de “morar em uma casa”. Sugerimos outros estudos em que novos atores possam ser incluídos, como os usuários e familiares.

Ao utilizarmos como base estrutural do estudo o cumprimento ou não das normas preconizadas pela Portaria/GM nº 106/2000 (Anexo C), podemos concluir que o município de Camaragibe-PE cumpre essa normativa. Entretanto, não podemos afirmar que as residências já se configuram na forma ideal de prestar assistência aos sofredores psíquicos, mas podemos reiterar que o caminho da desinstitucionalização é o que aponta em direção da (re) construção da vida daqueles que ficaram à margem da história.

REFERÊNCIAS

AMADOR, S. M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Luta Antimanicomial.2005. Disponível em <<http://www.sermelhor.com.br>> Acesso em 21 mar. 2010.

AMARANTE, P. D. C. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro, Ed. NAU, 2003.

AMARANTE, P. D. C. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

AMARANTE, P. D. C. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1995.

AMARANTE, PDC. Psiquiatria social e colônias de alienados no Brasil: 1830-1920, Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1982.

BASAGLIA, F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro, Ed. Garamond, 2005.

BEZERRA; RINALDI. A transferência como articuladora entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 342-355, jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Residências Terapêuticas: o que são, para que servem, Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, DF, 2007.

FREIRE, F. H. M. A. Residência Terapêutica: inventando novos lugares para se viver. Rio de Janeiro: UFRJ, 2007.

FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. Ciência & Saúde Coletiva; Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 785-795, 2006.

GOFFMANN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Ed. Perspectivas, 1974.

HEIDEGGER, M. Construir, habitar e pensar. In: CHOAY, Françoise (Org.). O urbanismo. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1962.

JUNIOR; SILVEIRA. Práticas de cuidados produzidos no serviço de residências terapêuticas: percorrendo os trilhos de retorno à sociedade. Revista da Escola de Enfermagem da USP; São Paulo, vol. 43, n. 4, p. 788-795, dez. 2009.

MACEDO; FOOK; SARAIVA. Residências Terapêuticas: conhecendo o modo de vida de seus moradores e sua itinerância nos espaços sociais. UFCG, Campina Grande, 2009.

MACHADO, R. Danação da norma: a medicina e a constituição da psiquiatria no Brasil, Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978.

MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI. Hospício não é moradia: um estudo a respeito dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Caxambu: ABEP, 2010.

MILAGRES, A. L. M. Eu moro, tu moras, ele mora: cinco histórias diferentes em serviços residenciais terapêuticos em saúde mental. In: AMARANTE, P. (Coord.). Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Ed. NAU, 2003. p. 121-147.

MORGADO, A. Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro: UFRJ, v. 43, n. 1, p. 19-28, 1994.

OLIVEIRA, A. ; CONCIANI, M. Serviços residenciais terapêuticos: novos desafios para a organização das práticas de saúde mental em Cuiabá-MT. Revista Eletrônica de Enfermagem, Cuiabá, v.10, n. 1, p. 167-178, 2008.

BRASIL. Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, disponível em <<http://www.planalto.gov.br>> acesso em 23 mar. 2010.

BRASIL. Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003, disponível em <<http://www.planalto.gov.br>> acesso em 23 mar. 2010.

BRASIL. Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000, disponível em <<http://www.planalto.gov.br>> acesso em 23 mar. 2010.

SARRACENO, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Ed. Te Corá, 1999.

SCATENA, M. Saindo do hospital psiquiátrico: análise da inserção dos pacientes nos lares abrigados. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2000.

VASCONCELOS, E. M. Os novos dispositivos residenciais no quadro atual da reorientação da assistência psiquiátrica brasileira. Boletim Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 8, n. 19, 2001.

VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro: UFRJ, vol. 57, n. 1, p. 1-13, 2008.

WEYLER, A. As transformações no relacionamento entre o louco e a cidade: do desenraizamento ao morar. Cadernos IPUB, Rio de Janeiro, n. 22, p. 111-119, 2006.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

QUESTIONÁRIO GESTOR

1. As RTs são destinadas exclusivamente a pacientes que vieram de internação psiquiátrica de longa duração?
Sim () Não ()
2. As RTs garantem suporte técnico a seus moradores no resgate à autonomia referente a sua dependência institucional? Como isso se processa?
Sim () Não ()
3. As RTs estão localizadas em bairros distintos, fora dos limites hospitalares?
Sim () Não ()
4. Existe supervisão sistemática nos RTs para avaliar sua funcionalidade ? Como é feita?
Sim () Não ()
5. O município é habilitado ao Programa de Volta para Casa ?
Sim () Não ()
6. O município acompanha o descredenciamento dos leitos hospitalares e a realocação do recurso da AIH gerado pela transferência do paciente?
Sim () Não ()
7. O valor do financiamento da RTs é suficiente para garantir seu funcionamento? Justifique.
Sim () Não ()

QUESTIONÁRIO TÉCNICO DE REFERÊNCIA

1. É garantida aos usuários a continuidade de assistência à Saúde Mental na Rede extra-hospitalar?
Sim () Não ()
2. Existe Projeto Terapêutico Individualizado nas RTs, identificando as necessidades de seus usuários? Como é feito?
Sim () Não ()
3. Existe Projeto Terapêutico Coletivo nas RTs, identificando as necessidades de seus usuários? Como é feito?
Sim () Não ()

4. Existem critérios estabelecidos para selecionar os moradores que irão para as RTs no município? Quais são?
- Sim () Não ()
5. Os moradores das RTs recebem o benefício do Programa de Volta para Casa?
- Sim () Não ()
6. Existe na Rede de Saúde estratégias específicas para portadores de transtornos mentais para estimular à inclusão social através do trabalho? Quais as estratégias adotadas?
- Sim () Não ()

QUESTIONÁRIO CUIDADOR

1. Os moradores dos RTs participam de atividades cotidianas comuns aos demais moradores da comunidade? Como?
- Sim () Não ()
2. Os moradores das RTs desenvolvem atividades cotidianas no que se refere aos afazeres domésticos?
- Sim () Não ()
3. Nas Rts cada morador tem espaços individualizados que garantam sua privacidade? Como são?
- Sim () Não ()
4. Os moradores das RTs são orientados/estimulados ao controle de seu benefício financeiro, quanto à sua utilização para provimento de suas necessidades pessoais? Como isso é feito?
- Sim () Não ()
5. Existem acordos/regras de convivência entre os moradores? Como é constituído?
- Sim () Não ()

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL: POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES NO MUNICÍPIO DE CAMARAGIBE-PE”. O objetivo deste estudo é identificar se os serviços de residências terapêuticas cumprem com as atribuições preconizadas pelo Ministério da Saúde, conforme o estabelecido pela Portaria GM nº 106 de 11/02/2000, que Institui os Serviços Residências Terapêuticas.

Esclarecemos que sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou a instituição. O estudo trás como benefícios a identificação de como o serviço vem atuando no município, podendo assim contribuir para a consolidação do modelo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário, com perguntas fechadas e abertas. O risco relacionado à sua participação, diz respeito ao fato de que você pode se sentir constrangido diante de alguma pergunta do instrumento de coleta de dados, podendo desistir em continuar participando. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão publicadas e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada em posse do pesquisador e outra será fornecida a você, nele consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Consta também o telefone e o endereço do CEP/CPqAM, para que possa contactar para saber se o projeto foi aprovado pelo Comitê ou para fazer alguma denúncia caso haja algum procedimento que julgue anti-ético por parte da equipe de pesquisa.

ALEXANDRE CÉSAR DANTAS

Pesquisador

assinatura

Endereço e telefone do pesquisador principal: Rua Odon Rodrigues Moraes Rego nº 63 Ed. Rio Solimões apto 102 Cidade Universitária, Recife-PE , Fone: (81) 2129-9574 / (81) 9606-9896

Endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ. Av. Moraes Rego snº Campus de UFPE, Cidade Universitária, Recife-PE, Fone/Fax: (81) 2101-2639

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome

assinatura

Camaragibe, _____ de _____ de 2010.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer da Comissão de Ética



Título do Projeto: “Serviços residenciais terapêuticos em saúde mental: potencialidades e limitações no município de Camaragibe - PE”.

Pesquisador responsável: Alexandre César Dantas.

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 22/06/10

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 49/10

Registro no CAAE: 0050.0.095.000-10

PARECER Nº 50/2010

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 04 de agosto de 2013. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 04 de agosto de 2010.

Giselle Campozano Gouvêa


 Giselle Campozano Gouvêa
 Farmacêutica
 Coordenadora
 Mat. SIAPE 0463376
 CPqAm / FIOCRUZ

Observação:


Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 04/08/2011.

ANEXO B – Carta de Anuência



PREFEITURA DE CAMARAGIBE
Gabinete da Secretaria



SECRETARIA DE SAÚDE


Camaragibe, 21 de junho de 2010

CARTA DE ANUÊNCIA

A Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe-PE concorda com o desenvolvimento do projeto de pesquisa vinculado ao III Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, intitulado “**SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL: POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES NO MUNICÍPIO DE CAMARAGIBE-PE**”, coordenado pelo aluno ALEXANDRE CÉSAR DANTAS, pesquisador do Departamento de Saúde Coletiva, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ.

Informo estar ciente de que se trata de estudo envolvendo seres humanos e expresso meu compromisso de liberar o acesso a bases documentais e visitas às Residências Terapêuticas, como consta no projeto apresentado.

Atenciosamente,


Rícarda Samara da Silva Bezerra
Secretária de Saúde de Camaragibe

Avenida Dr. Belmino Correa, 2.340 - Timbó - Camaragibe-PE - CEP 54.768-000
Fone: (81) 2129-9500 - 2129-9570
e-mail: saude@camaragibe.pe.gov.br / sesau@camaragibe.pe.gov.br
site: www.camaragibe.pe.gov.br

ANEXO C – Portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000.

GABINETE DO MINISTRO

Portaria nº 106/MS, de 11 de fevereiro de 2000

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando:

a necessidade da reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;
a necessidade de garantir uma assistência integral em saúde mental e eficaz para a reabilitação psicossocial;
a necessidade da humanização do atendimento psiquiátrico no âmbito do SUS, visando à reintegração social do usuário;
a necessidade da implementação de políticas de melhoria de qualidade da assistência à saúde mental, objetivando à redução das internações em hospitais psiquiátricos, resolve:

Art. 1º Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.

Parágrafo único. Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.

Art.2º Definir que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual n.º de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental.

Art. 3º Definir que aos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cabe :

- a) garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia;
- b) atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado;
- c) promover a reinserção desta clientela à vida comunitária.

Art. 4º Estabelecer que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental deverão ter um Projeto Terapêutico baseado nos seguintes princípios e diretrizes:

- a) ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social;
- b) ter como objetivo central contemplar os princípios da

reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários.

c) respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.

Art. 5º Estabelecer como normas e critérios para inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no SUS.

a) serem exclusivamente de natureza pública;

b) a critério do gestor local, poderão ser de natureza não governamental, sem fins lucrativos, devendo para isso ter Projetos Terapêuticos específicos, aprovados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental;

c) estarem integrados à rede de serviços do SUS, municipal, estadual ou por meio de consórcios intermunicipais, cabendo ao gestor local a responsabilidade de oferecer uma assistência integral a estes usuários, planejando as ações de saúde de forma articulada nos diversos níveis de complexidade da rede assistencial;

d) estarem sob gestão preferencial do nível local e vinculados, tecnicamente, ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo;

e) a critério do Gestor municipal/estadual de saúde os Serviços Residenciais Terapêuticos poderão funcionar em parcerias com organizações não governamentais (ONGs) de saúde, ou de trabalhos sociais ou de pessoas físicas nos moldes das famílias de acolhimento, sempre supervisionadas por um serviço ambulatorial especializado em saúde mental.

Art. 6º Definir que são características físico-funcionais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental:

6.1 apresentar estrutura física situada fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas seguindo critérios estabelecidos pelos gestores municipais e estaduais;

6.2 existência de espaço físico que contemple de maneira mínima:

6.2.1 dimensões específicas compatíveis para abrigar um número de no máximo 08 (oito) usuários, acomodados na proporção de até 03 (três) por dormitório.

6.2.2 sala de estar com mobiliário adequado para o conforto e a boa comodidade dos usuários;

6.2.3 dormitórios devidamente equipados com cama e armário;

6.2.4 copa e cozinha para a execução das atividades domésticas com os equipamentos necessários (geladeira, fogão, filtros, armários, etc.);

6.2.5 garantia de, no mínimo, três refeições diárias, café da manhã, almoço e jantar.

Art. 7º Definir que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, aos quais os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados possuam equipe técnica que atuará na assistência e supervisão das atividades, constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais:

a) 01 (um) profissional de nível superior da área de saúde com formação, especialidade ou experiência na área de saúde mental;

b) 02 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial.

Art.8º Determinar que cabe ao gestor municipal /estadual do SUS identificar os usuários em condições de serem beneficiados por esta nova modalidade terapêutica, bem como instituir as medida necessárias ao processo de transferência dos mesmos dos hospitais psiquiátricos para os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art. 9º Priorizar, para a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, os municípios onde já existam outros serviços ambulatoriais de saúde mental de natureza substitutiva aos hospitais psiquiátricos, funcionando em consonância com os princípios da II Conferência Nacional de Saúde Mental e contemplados dentro de um plano de saúde mental, devidamente discutido e aprovado nas instâncias de gestão pública.

Art. 10º Estabelecer que para a inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no Cadastro do SUS, deverão ser cumpridas as normas gerais que vigoram para cadastramento no Sistema Único de Saúde e a apresentação de documentação comprobatória aprovada pelas Comissões Intergestores Bipartite.

Art.11º Determinar o encaminhamento por parte das Secretarias Estaduais e Municipais, ao Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde - Área Técnica da Saúde Mental, a relação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cadastrados no estado, bem como a referência do serviço ambulatorial e a equipe técnica aos quais estejam vinculados, acompanhado das FCA- Fichas de Cadastro Ambulatorial e a atualização da FCH- Ficha de Cadastro Hospitalar com a redução do número de leitos psiquiátricos, conforme Artigo 2º desta portaria.

Art.12º Definir que as Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde, com apoio técnico do Ministério da Saúde, deverão estabelecer rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação para a garantia do funcionamento com qualidade dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art.13º Determinar que as Secretarias de Assistência à Saúde e a Secretaria Executiva, no prazo de 30 (trinta) dias, mediante ato conjunto, regulamentem os procedimentos assistenciais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art. 14º Definir que cabe aos gestores de saúde do SUS emitir normas complementares que visem a estimular as políticas de intercâmbio e cooperação com outras áreas de governo, Ministério Público, Organizações Não Governamentais, no sentido de ampliar a oferta de ações e de serviços voltados para a assistência aos portadores de transtornos mentais, tais como: desinterdição jurídica e social, bolsa-salário ou outra forma de benefício pecuniário, inserção no mercado de trabalho.

Art. 15º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA