



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Pereira Furtado, Juarez

Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 11, núm. 3, julho-setembro, 2006, pp. 785-795

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63011326>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS

Needs evaluation of the Sheltered Homes in Brazilian public health system

Juarez Pereira Furtado¹

Abstract The Sheltered Homes to egress of long psychiatric internment have been solidifying itself as an efficient strategy to the dis-institutionalization of patients who have been interned for years in psychiatric hospitals. However, the number of these equipments is lower than necessary, once we consider the potential beneficiary clientele. In the present article, we sought identifying and discussing determinant questions about the non-matching steps between the potential clientele and the offer of these Homes in the many different cities of the country. In this matter, we considered what important social citizens say, such as managers and assistance workers, through analysis of texts written by them or that show their respective debates carried through the present theme. We can conclude that the established factors, since the beginning, as main goal of the psychiatric reform – the necessity of mentalities transformation regarding madness and the implication of the cities' managers – is still current and determine the impediment of the expansion of the Sheltered Homes in Brazil.

Key words Needs evaluation, Mental health, Deinstitutionalization, Programs evaluation

Resumo Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) para egressos de longas internações psiquiátricas vêm se consolidando como estratégia eficaz para a desinstitucionalização de pacientes internados há anos em hospitais psiquiátricos. No entanto, o número destes equipamentos está aquém do necessário, se considerada a clientela potencial de beneficiários. No presente artigo, buscamos identificar e discutir questões determinantes do descompasso entre clientela potencial e oferta dessas residências nos diferentes municípios do País. Para isso, consideramos o que dizem importantes atores sociais, como gestores e trabalhadores da assistência, por meio da análise de textos por eles escritos ou que registram seus respectivos debates realizados sobre o presente tema. Concluímos que os fatores estabelecidos, desde o início, como alvo principal da reforma psiquiátrica – a necessidade de transformação das mentalidades em relação à loucura e a implicação dos gestores municipais – são ainda atuais e determinariam os entraves para a expansão dos SRTs no Brasil.

Palavras-chave Avaliação de necessidades, Saúde mental, Reforma psiquiátrica, Avaliação de programas e serviços

¹ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp. Campus Universitário Zeferino Vaz, C. P. 6111, Barão Geraldo, 13081-970 Campinas SP. juarezpfurtado@hotmail.com

Introdução

Dois dos pilares do movimento de reforma psiquiátrica brasileira constituem-se da luta pela mudança concreta das precárias condições dos milhares de internos encerrados nos pátios dos hospitais e da busca de alternativas à institucionalização como única resposta social ao louco e à loucura – resposta esta tradicionalmente circunscrita aos hospitais e ambulatórios psiquiátricos^{1,2}.

Os esforços para superação da situação degradada dos internos, bem como da internação como única abordagem à doença e ao doente mental, implicarão na constituição, consolidação e expansão de uma rede de ações e serviços substitutivos às práticas hegemônicas^{3,4}. Afinal, não é suficiente fechar o manicômio: fazem-se necessários profissionais, equipamentos sociais e de saúde para acolher e acompanhar os egressos de longas internações, bem como os novos pacientes.

Reducir leitos e superar a condição cronicamente de “moradores do hospital” a que muitos pacientes foram relegados implicou a formação de alternativas de moradias para os futuros egressos, seja pelo suporte requerido para garantir sua permanência fora do hospital, seja pela dificuldade de reinserção familiar.

Com relação a este último ponto, é comum que hospitais públicos e privados não disponham da documentação dos internos de longa data ou de referências familiares⁵. Tal situação freqüentemente inviabiliza tentativas de retorno do paciente à família ou ao seu local de origem. Além disto, existem dificuldades de diversas ordens para o recebimento dos internos pelos parentes, quando estes são localizados.

Neste contexto, a urgência em prover respostas às necessidades de residência aos milhares de internos em particular, em seus primórdios, articulava-se à busca mais geral pela implantação de outros serviços que operacionalizassem os princípios da reforma psiquiátrica, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), centros de convivência e cooperativas de trabalho.

Dessa forma, surgem no Brasil, no início dos anos 90, iniciativas pioneiras de estruturas residenciais extra-hospitalares⁶. Voltadas para a reinserção dos internos de longa data no espaço urbano e na comunidade, tais iniciativas tiveram também a função de demonstrar empiricamente a viabilidade da substituição de leitos de moradores por residências no espaço

comunitário, sendo sua importância estratégica ressaltada na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992⁷.

Os municípios de Porto Alegre (RS), Campinas (SP), Santos (SP), Ribeirão Preto (SP) e Rio de Janeiro (RJ), por meio da implantação de seus “lares abrigados”, “pensões protegidas” e “moradias extra-hospitalares” – como eram nomeadas as residências na década de 1990 – foram precursores e geraram subsídios importantes para que a iniciativa viesse a ser incorporada como política do SUS, a partir da publicação da portaria 106/2000⁸.

No plano internacional, a implementação de alternativas adequadas de residências para a clientela que requer cuidado contínuo é, há décadas, opção importante dentre as estratégias de desinstitucionalização em países europeus e nos Estados Unidos. Tais dispositivos cumprem ali o papel de evitar a transinstitucionalização ou, simplesmente, a desospitalização e a negligéncia social. Além disto, tais residências teriam também a função de garantir que os recursos financeiros da área de saúde mental não fossem extintos juntamente com os antigos leitos⁹.

Experiências de outros países no que concerne a residências para egressos, como as da Itália¹⁰, Inglaterra¹¹, Canadá¹² e Espanha¹³, influenciaram de maneira mais ou menos direta as tentativas brasileiras, embora possamos afirmar que as estruturas e os processos nacionais foram decisivos na conformação final de nossas iniciativas nessa área, conferindo especificidade e identidade aos nossos serviços residenciais.

Na história mais recente, encontramos menção à “pensão protegida” em documento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Secretaria de Assistência Médica, que em seu *Manual de serviço para a assistência psiquiátrica*, de 14/09/73, estabelece a iniciativa como solução assistencial para atender a situação de transição entre o hospital e a plena reintegração social, onde os pacientes que [...] não precisem mais de hospitalização permaneçam provisoriamente em ambiente supervisionado.

A partir da portaria 106/2000, as residências para egressos passaram a ser denominadas serviços residenciais terapêuticos (SRTs), nomenclatura freqüentemente questionada por razões diversas, mas assim estabelecida para justificar sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo no que concerne aos termos “serviços” e “terapêuticos”.

Além dessa portaria, outras políticas oficiais dão sustentação aos SRTs: a lei federal 10.216/

2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais; a lei federal 10.708/2003, que institui o auxílio-reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas e as portarias 52 e 53/2004, que estabelecem um programa de redução progressiva de leitos psiquiátricos no País. Em setembro de 2004, foi assinada a portaria GM 2068, que institui incentivo aos municípios de R\$ 10 mil para a implantação de SRTs.

O Programa De Volta para Casa permite a obtenção de auxílio mensal, no valor de U\$ 80 dólares aproximadamente, para indivíduos com histórico de dois ou mais anos de internação psiquiátrica ininterrupta, desde que obtenham alta hospitalar. O Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (PRH) prevê a diminuição planejada e progressiva de vagas nos hospitais. O total de vagas em cada hospital será dividido em módulos de 40 leitos, sendo a redução subsequente baseada nestes módulos e pactuada entre as instâncias do SUS.

Encontra-se em curso no Ministério da Saúde ações no sentido de articular os programas De Volta para Casa e o de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica (PRH) com o de Serviços Residenciais Terapêuticos. Com isto, pretende-se expandir tanto o número de beneficiários do auxílio-reabilitação (atualmente em torno de 1.100) quanto o número de moradores em SRTs (atualmente em torno de 1.400). De acordo com uma avaliação da Coordenação Nacional de Saúde Mental, o número potencial de beneficiários de SRTs e do auxílio-reabilitação é de aproximadamente 14 mil pessoas.

Do que vimos afirmando, podemos constatar que o País conta com mais de uma década de experiências na desinstitucionalização de pacientes cronicados utilizando-se de residências terapêuticas. Tal experiência apresenta-se relativamente diversificada e adaptada às condições locais – como pudemos observar no I Encontro Brasileiro sobre Residenciais Terapêuticas, ocorrido em setembro de 2004 em Paracambi, RJ¹⁴ –, estando presente em 14 estados brasileiros. Além disto, essa sempre foi uma alternativa reivindicada pelos movimentos de reforma psiquiátrica⁷.

No entanto, a despeito da vontade política expressa pelos órgãos oficiais por intermédio das leis e portarias citadas, de sua legitimidade junto aos movimentos pró-reforma, da avaliação positiva dos resultados obtidos pelas iniciativas existentes e da possibilidade de finan-

ciamento oriundo dos recursos provenientes da extinção dos leitos, o número de SRTs existentes está muito aquém de seu potencial.

Para um universo estimado em 14 mil potenciais beneficiários, contamos atualmente com aproximadamente 10% destes inseridos em SRTs. Tal situação nos remete a indagações sobre possíveis condicionantes da limitada expansão das moradias no Brasil, se considerados os volumes das necessidades e dos fomentos.

Afinal, os entraves seriam de ordem política, de gestão ou de *know-how* por parte das equipes para o acompanhamento das residências? Ou haveria outros condicionantes, de outras instâncias, a serem identificados?

Além disto, caberia indagar sobre questões intrínsecas às equipes e aos futuros moradores: os fatores envolvidos no processo de passagem dos indivíduos internados dos hospitais para casa; a freqüência e intensidade do acompanhamento; as ambigüidades deste serviço/moradia e seu impacto nos moradores e nos papéis profissionais dos cuidadores. De modo a aproximar-nos destas questões, vejamos alguns aspectos dos SRTs no País.

Situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no País

Tem havido expressivas reivindicações em torno da abertura de residências terapêuticas para potenciais usuários que não têm histórico de longas internações, como pudemos ver nas listas e grupos de discussão para reformulação da portaria 106/2000¹⁵. Argumenta-se que usuários sob condições especiais de vulnerabilidade deveriam contar com dispositivos desta natureza, quando indicado pelas equipes dos Caps.

Apesar da pertinência do debate em torno da ampliação da clientela dos SRTs, a portaria em vigor vincula-os à superação das internações prolongadas que criaram vasto contingente de “moradores” nos hospitais psiquiátricos. Desta forma, a análise do estado da arte das moradias implicará necessariamente a abordagem da situação dos leitos psiquiátricos.

Atualmente, existem 44.653 leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil (Tabela 1). Com base nos cálculos do Ministério da Saúde, que estima em 30% o número de leitos ocupados permanentemente pelos chamados “moradores”, pode-se considerar uma clientela potencial para novos SRTs em torno de aproximadamente 13.500 moradores.

Tabela 1
Evolução do número de leitos, Caps, SRTs e beneficiários do PVC.

Leitos/Caps	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Leitos HP	72.514	71.041	70.323	66.393	60.868	56.755	52.304	48.828	44.653
Caps	154	176	231	237	253	295	424	500	605
SRT cadastr.							85	141	272
Ben. PVC								206	1016

Fonte: Ministério da Saúde¹⁶

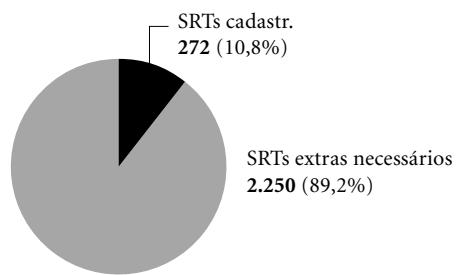
Com base na realidade atual, de seis moradores em média por SRT (ainda que existam SRTs com dois moradores, na maioria das vezes casais, ou mesmo com um morador, quando este apresenta dificuldades de viver em grupo), chegaremos à demanda de aproximadamente 2.250 novas moradias e ao total final aproximado de 2.522 SRTs no País, se acrescidos os já existentes, para a completa desinstitucionalização dos moradores (Figura 1).

Correlacionando-se o número de SRTs existentes com o total a ser alcançado para garantir alternativa de saída para 30% do total de ocupantes de leitos psiquiátricos, percebe-se a existência hoje de 10,8% dos SRTs necessários para contemplar todos os moradores dos hospitais. Consideramos aqui que a totalidade dos 30% de pacientes cronificados necessitariam de SRTs para deixar o hospital. No entanto, possivelmente, uma fração teria outras alternativas (reinserção familiar, por exemplo). Porém, a inexistência de dados consistentes nos obriga a cálculos mais genéricos.

No entanto, essa média nacional de 10,8% de SRTs implementados em relação ao total necessário varia significativamente nos diferentes estados brasileiros. Dentre os 14 estados que possuem SRTs, o percentual implantado oscila de 45% (MT) a 1,75% (CE), sendo que estados com grande número de leitos (SP e RJ) atingiram a marca de 16,34% e 9,16%, respectivamente (Tabela 2).

Outro aspecto que chama a atenção é o fato de que quatro estados com mais de 800 leitos não contam com nenhum SRT até a presente data (BA, PB, AL e SC). Tal situação é especialmente importante se considerado que a existência de ao menos um dispositivo residencial cumpre importante função educativa e de referência para trabalhadores de saúde mental e futuros moradores, que têm fantasias e receios reduzidos quando passam a ter contato com iniciativas concretas⁶.

Figura 1
Estudo global de SRTs necessários no País para desinstitucionalizar os “moradores” de hospitais psiquiátricos.



A Região Sudeste é líder no que se refere ao número de estados com porcentagens próximas ou superiores à média nacional: dentre os quatro estados que a compõem, três situam-se em patamares equivalentes ou superiores a 10,8% – SP (9,16%), MG (12,97%) e RJ (16,34%).

Os outros quatro estados que atingiram percentuais bem acima da média nacional distribuem-se eqüitativamente em cada uma das outras quatro regiões: um estado em quatro da Região Norte, um estado em nove da Região Nordeste, um estado entre os três da Região Sul e um estado em quatro da Região Centro-Oeste, dentre aqueles considerados na tabela 2.

Não parece haver correlação, como se poderia esperar, entre o número de leitos psiquiátricos e a quantidade de SRTs existentes por estado. Podemos encontrar estados com muitos leitos e poucos SRTs ou nenhum, bem como estados com poucos leitos e razoável quantidade de SRTs – o que pode indicar que o volume de internos de longa data não é fator preponderante para a abertura dos dispositivos analisados.

Tabela 2

Número de hospitais, leitos, SRTs cadastrados e necessários por UF.

UF	Região	Nº Hospitais	Leitos SUS	SRTs cadastrados	Novos SRTs necessários	Percentual atingido
SP	SE	58	13.813	135	691	16,34%
RJ	SE	42	8.701	44	436	9,16%
PE	NE	17	3.491	6	175	3,3%
PR	S	18	3.149	5	157	3,08%
MG	SE	21	3.218	24	161	12,97%
BA	NE	9	1.810	—	91	0%
GO	CO	12	1.367	2	68	2,85%
CE	NE	8	1.120	1	56	1,75%
PB	NE	6	1.106	—	55	0%
RS	S	6	1.071	32	54	37,2%
AL	NE	5	880	—	44	0%
SC	S	4	860	—	43	0%
RN	NE	5	859	2	43	4,4%
MA	NE	4	822	2	41	4,65%
ES	SE	3	638	1	32	3,03%
PI	NE	2	400	—	20	0%
SE	NE	3	430	7	22	24,13%
MT	CO	3	249	10	12	45%
MS	CO	2	200	—	10	0%
TO	N	1	160	—	8	0%
AM	N	1	126	—	6	0%
DF	CO	1	74	—	4	0%
PA	N	1	56	1	3	25%
AC	N	1	53	—	3	0%
		233	44.653	272	2.235	—

Dentre os 572 Caps existentes, 41 acompanham egressos de longas internações em SRTs, ou seja, 6,7% dos mesmos. Percentual pequeno para serviços considerados estratégicos na organização da rede de cuidados¹⁷. Por esta razão, na *Carta de Paracambi*, redigida ao fim do Encontro Brasileiro sobre SRTs, é reivindicado que cada Caps deva acompanhar ao menos um SRT.

Segundo a Coordenação do Programa De Volta Para Casa, existem atualmente 810 beneficiários da bolsa auxílio-reabilitação inseridos em SRTs, representando 57% dos 1.423 moradores existentes, o que indica possíveis problemas de obtenção de documentação tardia pela clientela desospitalizada – e que por isso ainda não teria obtido o benefício, conforme discutiremos adiante.

O que vimos apresentando neste tópico permite identificar um extenso caminho a ser percorrido para a consecução da saída de todos os moradores de hospitais psiquiátricos, sobretudo se levado em conta que a média nacional de SRTs implantados é de 10,8% do total necessário.

Seria oportuna a comparação com outras experiências internacionais para avaliar os prazos dentro dos quais vem se dando a expansão dos SRTs brasileiros. Ainda assim, devemos ressaltar que a elevada idade média dos moradores é um fator intrínseco importante a ser considerado nos cronogramas de desinstitucionalização, pois há que se garantir tempo hábil para que os internos possam se beneficiar das iniciativas.

Finalmente, o que vimos discutindo neste tópico nos remete às questões colocadas no início do texto: quais seriam os condicionantes da relativamente limitada expansão das moradias no Brasil, se levados em conta o volume das necessidades e dos fomentos e regulamentações existentes? Quais seriam os entraves que, se considerados e superados, contribuiriam para a ampliação de beneficiários deste dispositivo?

As experiências existentes – diversificadas e consolidadas – poderiam nos fornecer elementos para identificar e compreender alguns dos fatores que atravancam a expansão dos SRTs. Ou seja, consideramos que é a partir das ques-

tões levantadas por quem já acompanha as moradias que poderemos encontrar indícios dos obstáculos à ampliação numérica dos serviços em questão.

Por esta razão, optamos por analisar o registro de discussões realizadas por profissionais envolvidos na gestão e no acompanhamento de SRTs em torno da temática, objetivando extrair dali subsídios para a presente discussão, conforme apresentado no próximo tópico.

O que dizem os atores

Na tentativa de identificar explicações para esta situação evidenciada no tópico anterior, analisaremos dois documentos contendo formulações sobre o assunto de profissionais de saúde mental inseridos no SUS.

Em virtude de limitações de diversas ordens, restringiremos a coleta de subsídios para a identificação de fatores que atravancam a expansão de SRTs no País aos gestores e profissionais de saúde mental. Esperamos poder incluir outros atores, como moradores e cuidadores, em futuros estudos, uma vez que a importância da inclusão dos diversos atores na avaliação de programas e serviços já foi por nós defendida em outro momento¹⁸, sejam grupos de interesse, em geral, ou usuários de saúde mental, em particular^{19, 20}.

Trata-se, respectivamente, da transcrição e análise das mensagens veiculadas em lista virtual estabelecida para discutir a reformulação da portaria 106/2000²⁰, que regulamenta os SRTs no SUS, e dos anais do I Encontro Brasileiro sobre Residências Terapêuticas¹⁴.

Lista de discussão da portaria 106/2000

Diferentemente do referido encontro, que contou com debates explicitamente voltados para a identificação de impasses e saídas à expansão das residências terapêuticas, esta lista de discussão teve como foco a reformulação da citada portaria. No entanto, justificamos aqui sua utilização pelo fato de que as sugestões para reformulação vieram ancoradas nas vicissitudes encontradas pelos gestores e outros profissionais no acompanhamento e na ampliação destes dispositivos, gerando subsídios ao enfoque deste trabalho.

Neste documento, encontram-se transcritas as 84 mensagens veiculadas por meio da lista de discussão estabelecida no endereço eletrônico “revisãoprograma_srt@yahoo.grupos.com.

br”, que esteve acessível entre 30 de janeiro e 30 de março de 2004. Participaram 50 integrantes das diferentes regiões do País, convidados pela Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde (CGSM-MS) segundo os seguintes critérios: serem gestores do SUS local, coordenadores ou assistentes diretos de SRTs e/ou serem autores de trabalhos acadêmicos sobre o tema. Além destes, participaram dois profissionais e um consultor da CGSM-MS, como moderadores.

Concluído o prazo de discussão, as 84 mensagens foram compiladas em um único arquivo eletrônico, enviado aos integrantes da lista para validação. Uma vez legitimado o documento, realizamos exaustiva leitura do material gerado, anotando críticas, sugestões e reflexões ali contidas.

Consideramos tanto discussões especificamente dirigidas à portaria 106/2000, como questões mais gerais, oriundas do acompanhamento cotidiano de SRTs e que também foram compartilhadas entre os componentes da lista. Finalmente, agrupamos as 84 mensagens em categorias, constituindo o documento *Análise da lista de discussão da portaria 106/2000 do Ministério da Saúde*. Este também foi apresentado aos participantes da lista e por eles validado²¹.

Anais do I Encontro Brasileiro sobre Residências Terapêuticas

Neste documento, consta a transcrição de todas as mesas, debates e exposições realizados no evento, entre 23 e 25 de setembro de 2004, em plenárias e em subgrupos de trabalho. Nestes últimos, promoveram-se discussões em torno de duas questões: quais os principais entraves à expansão dos SRTs no Brasil e quais seriam as possíveis formas de superação dos mesmos.

As várias questões e problemas apontados em ambos os documentos como entraves à expansão dos SRTs foram por nós agrupados em cinco categorias, conforme apresentassem predominância de aspectos ligados a gestão e financiamento; legislação e normas; trabalhadores; clientela e respostas de outros setores e da comunidade.

Sob a categoria “Gestão e Financiamento”, agrupamos as questões concernentes à implementação e articulação de redes de assistência, à elaboração de cadastros de potenciais beneficiários, aos entraves burocráticos envolvidos, à implicação dos gestores, ao modelo de gestão e fonte de recursos para a iniciativa, dentre outras.

Na categoria “Legislação e Normas”, encontram-se as questões relativas à falta, excesso ou inadequação das regulamentações relacionadas aos SRTs e suas repercuções. Sob a categoria “Trabalhadores”, encontram-se as questões levantadas sobre capacitação técnica, envolvimento e formas de operacionalização da proposta. Em “Clientela”, encontram-se os aspectos intrínsecos aos pacientes e relacionados à existência de outras clientelas potenciais. Finalmente, a categoria “Resposta de Outros Setores e da Comunidade” agrupa questões relativas às parcerias com outras áreas e à receptividade da comunidade (Quadro 1).

Discussão

Os aspectos inerentes ao acompanhamento dos egressos de longas internações nos SRTs são complexos e delicados, envolvendo questões subjetivas tão numerosas quanto importantes. Neste texto, o foco restringe-se aos determinantes da limitada expansão do dispositivo analisado. Por isso, foram excluídas das categorias apresentadas no tópico anterior as questões ligadas à qualidade da assistência, aos entraves na obtenção de documentos e benefício, dentre outros. Ainda que importantes, tais fatores não podem ser considerados obstáculos à implementação das residências – justamente porque muitos destes surgem a partir da inserção dos usuários nas mesmas.

A categoria “Gestão e Financiamento” é a que conta com o maior número de pontos levantados nos documentos, seguida da categoria “Repostas de Outros Setores e da Comunidade”.

Um aspecto positivo a se notar é que os maiores problemas apontados não são identificados pelos profissionais junto à clientela. Ou seja, excluídas as variáveis de processo, restam apenas como fatores dificultadores da implementação de SRTs, sob a categoria “Clientela”, o receio desta em deixar o hospital e as diferentes necessidades de acompanhamento originadas das variações nos graus de autonomia apresentados.

Com relação a este último aspecto, a questão da tipificação dos SRTs segundo a intensidade do acompanhamento requerido permeou boa parte da lista virtual de discussão, gerando polêmica. Chegou-se ao consenso de estabelecer SRTs do tipo I e II, conforme a necessidade de acompanhamento – eventual ou ininterrupto – dos moradores, respectivamente. É interes-

sante notar que um extenso estudo avaliativo das residências terapêuticas chilenas recomenda, ao fim, que o Ministério da Saúde daquele país diferencie as mesmas em função do tipo de morador que acolhem²².

Porém, a inexistência de normatização específica para SRTs que ofereçam acompanhamento intensivo a seus moradores parece insuficiente para explicar a situação dos mesmos em vários estados. Afinal, parte da clientela dos hospitais – conforme atestado pelas experiências existentes – possui condições de habitar residências com o acompanhamento previsto pelas normas em vigor.

Os SRTs do tipo II seriam necessários somente às experiências mais desenvolvidas, que já retiraram os usuários mais autônomos e agora deparam-se com situações especiais, que requerem acompanhamento diurno, seja por questões físicas ou por restrições do grau de autonomia apresentado pelos futuros egressos naquele momento.

No que concerne à categoria “Trabalhadores e Assistência Ofertada”, excluídos os fatores citados no início do tópico, restam a ameaça de desemprego vivida pelos trabalhadores dos hospitais e o seu baixo envolvimento como possíveis questões.

A vivência de ameaça de perda de emprego é um fator que atravessa fortemente a transformação radical de serviços. No entanto, algumas experiências vêm demonstrando que os novos dispositivos, ao contrário, aumentam o número de postos de trabalho em saúde mental. Em Barbacena (MG), a drástica redução de leitos e implantação de 20 SRTs resultou na abertura de 161 postos de trabalho nas ações de reforma psiquiátrica contra o fechamento de 54 postos nos hospitais psiquiátricos²³.

Já o baixo envolvimento dos profissionais merece especial atenção se considerada a importância capital dos trabalhadores na história da reforma psiquiátrica nacional!. A criação e implantação de alternativas ao hospital psiquiátrico sempre tiveram nos profissionais importante motor, como ilustra a militância destes a favor de mudanças mais amplas, espelhadas nas conferências²⁴ e na diversidade de iniciativas no âmbito dos serviços²⁵. Caberiam mais estudos e iniciativas que identificassem os determinantes do restrito envolvimento de parte dos profissionais como um dos entraves à expansão dos SRTs.

De nossa parte, em outro estudo²⁶, identificamos na escala de implantação do complexo

Quadro 1

Problemas que afetam diretamente a expansão dos SRTs no Brasil.

Categoria	Problemas levantados
1- Gestão e Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> • A implementação de SRTs não é prioridade na agenda dos gestores municipais; • O rodízio de gestores leva freqüentemente à descontinuidade das iniciativas; • Baixa interação entre gestores e técnicos de saúde mental; • As responsabilizações pelos SRTs são superdimensionadas pelos gestores, levando-os a evitar a iniciativa; • As redes municipais de saúde mental para acolhimento dos SRTs são incipientes ou inexistentes; • Incompatibilidade entre a burocacia das Secretarias e a busca de autonomia dos usuários na gestão das casas; • A locação de imóveis pelas Secretarias Municipais de Saúde é lenta; • Não há censo e cadastro nacional dos moradores de Hospitais Psiq.; • Dificuldade de realocação das AIHs para os municípios que implementam SRTs; • Falta de instrumentos que garantam o investimento dos recursos oriundos das AIHs em outras ações de saúde mental, como os SRTs; • Financiamento dos SRTs atrelados exclusivamente às AIHs; • Freqüentemente existe o financiamento, mas não existe autorização do orçamento para a execução dos SRTs nas Secretarias Municipais de Saúde.
2- Legislação e Normas	<ul style="list-style-type: none"> • A nomenclatura “Serviço” induz a ações distantes da lógica requerida por uma moradia; • Prestação de contas exigida pela LOAS inibe esforços para a obtenção do benefício pelos pacientes; • Lei de Responsabilidade Fiscal impede contratação de recursos humanos para a saúde mental; • O terceiro setor (ONGs) não pode ser cadastrado no CNES; • Outras clientelas que necessitam de SRTs são excluídas pela atual portaria 106/2000.
3- Trabalhadores e Assistência Ofertada	<ul style="list-style-type: none"> • Baixo envolvimento dos técnicos no processo; • Manutenção do modelo hospitalar pelos técnicos nos SRTs; • Poucos ou inexistentes processos educativos permanentes para os trabalhadores; • Ameaça de desemprego vivida pelos trabalhadores dos hospitais dificulta a aceitação dos SRTs.
4- Clientela	<ul style="list-style-type: none"> • Clientela dos hospitais apresenta diferentes níveis de necessidade de acompanhamento; • Pacientes apresentam receio de deixar os hospitais; • Pacientes às vezes são mais tutelados e acompanhados do que o necessário; • Há outras clientelas não contempladas pelos SRTs: moradores de rua, crianças, usuários de Caps.
5- Resposta de Outros Setores e da Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em estabelecer parceria com outros setores (pp. o Judiciário) para obtenção de certidões tardias e outros documentos; • Dificuldade de obter LOAS sem curatela; • Dificuldade em obter a desinterdição do usuário e manter os benefícios; • Eventualmente, locatários se recusam a alugar seus imóveis para egressos de internações psiquiátricas; • Refratariiedade de alguns vizinhos aos SRTs; • Não-expansão de experiências com cotas de imóveis construídos por sistemas públicos de habitação para egressos; • Falta de campanha nacional sobre as mudanças na área de saúde mental.

processo de mudança da atenção em saúde mental importante geradora de impasses para o andamento da reforma psiquiátrica. Uma vez ampliados para o plano nacional, os novos dispositivos requerem profissionais eticamente alinhados aos princípios da reforma e tecnicamente formados para o sustento cotidiano das novas formas de atenção. Esgotado o pequeno número de militantes e outros profissionais es-

treitamente ligados à reforma, resta um enorme contingente a ser inserido nesse novo referencial ético e clínico^{27, 28, 29}.

No que concerne à categoria “Legislação e Normas”, aparece a Lei de Responsabilidade Fiscal como impeditiva de contratação de recursos humanos para as novas iniciativas. Algumas experiências vêm conseguindo saídas para o impasse no estabelecimento de parcerias com or-

ganizações não-governamentais. No entanto, em municípios que não têm tradição ou condições de operar com o terceiro setor, a restrição da referida lei pode se tornar importante obstáculo, sobretudo se considerada a ampliação de postos de trabalhos na experiência já citada²³.

Com relação à categoria “Resposta de Outros Setores e da Comunidade”, a dificuldade em obter certidões tardias através da parceria com o Judiciário e os efeitos negativos da interdição sobre os moradores de SRTs são enfaticamente apontados nos dois documentos analisados. Embora importantíssimas para o processo de reabilitação psicossocial e outros aspectos ligados à reforma psiquiátrica³⁰, estas questões não representam obstáculos quando estritamente considerada a expansão de residências terapêuticas em si.

Já eventuais recusas de proprietários de imóveis a alugar casas para abrigar SRTs e a refratariedade dos vizinhos em ter egressos de longas internações psiquiátricas morando ao seu lado podem influenciar negativamente a expansão das residências. Tal influência se daria por duas vias: na prática, por impedir o estabelecimento de um espaço físico para abrigar a iniciativa, e no plano simbólico, por emitir comunicações de rejeição à proposta e aos indivíduos, originando previsíveis consequências ao ânimo dos trabalhadores e à autoconfiança dos futuros egressos.

Um terceiro ponto levantado ainda nesta categoria aponta como problema a falta de campanha nacional sobre as mudanças em andamento na área de saúde mental do SUS. Talvez o enfrentamento deste problema possa vir a atenuar os outros dois citados no parágrafo anterior, pressupondo-se que a maior compreensão da sociedade sobre o que está ocorrendo possa aumentar sua permeabilidade e apoio às iniciativas.

Finalmente, sob a categoria “Gestão e Financiamento” encontra-se o maior número de itens listados nos documentos analisados. Com relação ao cargo do gestor (secretário municipal), pairam questões relacionadas à sua frequente baixa implicação com a questão dos egressos, ao rodízio de ocupantes do cargo e à baixa interação entre gestor e trabalhadores de saúde mental.

Além disto, foi levantada a hipótese de que os SRTs possam ser vistos literalmente como “serviços 24h”, levando o gestor a evitar sua implementação por conta da responsabilização ininterrupta que um dispositivo desta natureza

implicaria. Ainda em relação à gestão, foi levantada a incompatibilidade entre o modo de gestão dos serviços públicos (frequentemente burocrático) e as peculiaridades inerentes ao acompanhamento de uma residência.

A falta de redes de saúde mental suficientemente instaladas para acompanhar os egressos nos SRTs também é apontada como entrave. Afinal, os egressos precisarão ser acompanhados e inseridos em diferentes equipamentos sociais.

Com relação especificamente ao financiamento, três pontos foram ressaltados: dificuldade de realocação das autorizações de internação hospitalar (AIH) de um município para outro; ausência de normatizações que garantam o emprego dos recursos provenientes dos leitos desativados em ações substitutivas em saúde mental e o fato de frequentemente haver recursos financeiros, porém desatrelados de autorizações do orçamento para a execução de SRTs nos municípios. Pode-se observar que as questões relativas ao financiamento em senso estrito estão ligadas às dificuldades em garantir o acesso e o emprego do recurso em si, e não à existência deste.

Baseado no que vimos expondo, poderíamos afirmar que as questões agrupadas sob a categoria “Gestão e Financiamento” podem ser resumidas em quatro pontos:

- 1) Baixo envolvimento do gestor local do SUS;
- 2) Redes ainda inexistentes ou incipientes;
- 3) Incompatibilidade entre a gestão de outros serviços e das residências terapêuticas;
- 4) Garantia de acesso e utilização de recursos já existentes, restritos por problemas na realocação de AIHs ou falta de autorização prevista nos orçamentos para execução de SRTs.

Podemos perceber a existência de 11 problemas preponderantes a serem enfrentados visando ao efetivo incremento do número de beneficiários dos SRTs e à consequente redução do número de leitos psiquiátricos de “moradores de hospital” (Quadro 2).

A maior parte dos problemas apontados encontra-se sob as categorias “Gestão e Financiamento” e “Resposta de Outros Setores e da Comunidade”. Ou seja, problemas ligados à decisão e gestão – e, portanto, à política – e às respostas de exclusão ou baixa permeabilidade social do louco e da loucura. Estariam aí reatualizados os alvos iniciais e centrais da reforma psiquiátrica: a transformação das políticas e das mentalidades.

A despeito dos significativos avanços alcançados na reforma psiquiátrica brasileira, talvez

Quadro 2

Análise dos problemas que afetam diretamente a expansão dos SRTs no Brasil.

Categoria	Principais entraves
1- Gestão e Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> • Baixo envolvimento do gestor local do SUS; • Redes municipais de saúde mental incipientes ou inexistentes; • Incompatibilidade entre a gestão de outros serviços do SUS e a das residências terapêuticas; • Garantia de acesso e utilização de recursos já existentes (realocação de AIHs, autorização orçamentária).
2- Legislação e Normas	<ul style="list-style-type: none"> • Lei de Responsabilidade Fiscal impede contratação de recursos humanos para a saúde mental.
3- Trabalhadores e Assistência Ofertada	<ul style="list-style-type: none"> • Baixo envolvimento dos técnicos no processo; • Ameaça de desemprego vivida pelos trabalhadores dos hospitais dificulta a aceitação dos SRTs.
4- Clientela	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes apresentam receio de deixar os hospitais.
5- Resposta de Outros Setores e da Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Eventualmente, locatários se recusam a alugar seus imóveis para egressos de internações psiquiátricas; • Refratariedade de alguns vizinhos aos SRTs; • Falta de campanha nacional sobre as mudanças na área de saúde mental.

não seja mera coincidência o ressurgimento desses fatores quando se busca identificar entraves à expansão de iniciativas, como os SRTs, dirigidas à superação da secular estrutura de exclusão da diferença presente em nossa sociedade.

Muito se fez, mas muito há ainda por fazer, tanto para a manutenção das conquistas, como para a expansão das mudanças da atenção em saúde mental. O que se tentou superar persevera, reaparecendo quando se busca identificar fontes de entraves. A luta continua.

Conclusões

- O Serviço Residencial Terapêutico como dispositivo encontra-se consolidado no Brasil. Há evidências consistentes de sua pertinência para a superação das condições hoje impostas aos “moradores de hospitais psiquiátricos”.
- Há, ainda, significativa expansão do número de beneficiários a ser realizada, uma vez que o número de SRTs existentes contempla 10,8% do total necessário.
- Questões relativas ao financiamento dos SRTs estão mais ligadas às dificuldades em garantir o acesso e o emprego do recurso em si do que à existência deste último.
- Por esta razão, deveria ser agilizada a transformação das AIHs extintas em autorização de procedimentos de alto custo (Apac) de SRTs – simultaneamente garantindo dotações orça-

mentárias nos municípios que permitam a utilização do recurso.

- A implicação do gestor municipal do SUS (secretários de Saúde) parece ser decisiva para a expansão ou não do dispositivo aqui em questão.
- O desenvolvimento de novas formas de gestão parece fundamental para superar a incompatibilidade entre a tradicional administração de outros serviços dentro do SUS e a forma de acompanhamento requerida pelas peculiaridades inerentes aos SRTs.
- A revisão da portaria 106 poderá ter impacto restrito ou até mesmo negativo (pela inclusão de novas clientelas) na expansão dos SRTs para egressos de longas internações.
- O baixo envolvimento dos profissionais de saúde mental deve ser mais bem estudado, de maneira a compreender seus determinantes e reverter a situação – traçando estratégias de intervenção sobre aqueles que historicamente constituíram-se como principal ator social das mudanças em saúde mental operadas no País.
- A grande abrangência da reforma, que já atinge regiões periféricas aos pontos onde teve início, requer ampla divulgação entre a população, de modo a tornar esta última mais permeável às ações desenvolvidas na comunidade e ao convívio com os egressos.

Referências

1. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
2. Goldberg JI. A doença mental e as instituições – a perspectiva de novas práticas [dissertação]. São Paulo: USP; 1992.
3. Nicácio MF. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas; 2002.
4. Braga Campos FCB. O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas; 2000.
5. Furtado JP. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes cronificados. In: Harari A, Valentini W, organizadores. A reforma psiquiátrica no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 71-94.
6. Furtado JP, Pacheco RA. Moradias extra-hospitalares para pacientes psiquiátricos em Campinas – análise de uma experiência. *J Bras de Psiquiatr* 1998; 47(4): 179-84.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Centro de Documentação da Saúde do Brasil; 1994.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Residências Terapêuticas: o que são, para que servem. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Nacional de Saúde Mental; 2004.
9. Vasconcelos EM. Dispositivos residenciais em saúde mental – um campo aberto para os trabalhadores sociais: revisão de estratégias, tipologia e principais desafios políticos, teóricos e práticos. In: Rosa LCS, Vasconcelos EM, organizadores. Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez; 2000. p. 95-132.
10. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá; 1999.
11. Leff J, editor. Care in the community. Illusion or reality? Londres: Wiley; 1997.
12. Trainor JN, Morrel-Bellai TL, Ballantyne R, Boydell MK. Housing for people with mental illnesses: a comparison of models and an examination of the growth of alternative housing in Canada. *Can J Psychiatry* 1993; 38(7):494-501.
13. Desviat M. A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Anais do I Encontro Nacional de SRTs; 2005. [No prelo].
15. Brasil. Ministério da Saúde. Lista virtual de discussão das portarias 106 e 1220/2000 do MS. Transcrição para o formato word das 84 mensagens veiculadas entre o período de trinta de janeiro e trinta de março de 2004. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Nacional de Saúde Mental; 2004. [No prelo].
16. Brasil. Ministério da Saúde. Informativo de Saúde Mental, ano III, n.17; 2004.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Nacional de Saúde Mental; 2004.
18. Furtado JP. A avaliação como dispositivo [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas; 2001.
19. Nelson G, Ochocka J, Griffin K, Lord J. Nothing about me, without me: participatory action research with self-help/mutual aid organizations for psychiatric consumer/survivors. *Am J Community Psychol* 1998; 26(6):881-912.
20. Soalheiro NI. Da experiência subjetiva à prática política: a visão do usuário sobre si, sua condição, seus direitos [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.
21. Furtado JP, Hoffmann C, Marden F. Análise da lista de discussão da portaria 106/2000 do Ministério da Saúde; 2004. [No prelo].
22. Saldivia S, Grandón P, Silva F, Melipillán R. Evaluación del Programa de Hogares Protegidos para pacientes con esquizofrenia. Santiago do Chile: Ministério de Salud, Depto. Salud de las Personas, Unidad de Salud Mental; 2004. [In press].
23. Lobo RLL, Alvarenga LT, Fasssheber VB. Relatório de gestão em saúde mental do Município de Barbacena, período jan. 2001 a dez. 2004: A construção de uma nova lógica assistencial e a consolidação do modelo da reforma psiquiátrica na cidade das rosas. Prefeitura Municipal de Barbacena; 2004. [No prelo].
24. Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do modo psicossocial. *Rev Saúde em Debate* 2001; 25(58):12-25.
25. Venâncio AT, Leal EM, Delgado PF. O campo da atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Te Corá; 1997.
26. Furtado JP, Onocko Campos R. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Rev Latinoam. Psicopatol. Fundam* 2005; 8(1):109-22.
27. Tenório F. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001.
28. Quinet A, organizador. Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001.
29. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2001.
30. Delgado PGG. As razões da tutela: Psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Te Corá; 1992.

Artigo apresentado em 7/04/2005

Aprovado em 11/08/2005

Versão final apresentada em 08/09/2005