

Políticas Públicas e Saúde Mental: notas sobre demandas atuais

Public policies and mental health: notes on currents demands

Lauro Cesar Ibanhes^I Paula Montanheiro Barioni^{II}

Resumo

Este artigo é fruto de reflexões sobre pesquisa empreendida pela segunda autora e orientada pelo primeiro que resultou em dissertação de mestrado em Saúde Coletiva defendida em novembro de 2013⁴. Naquele trabalho o objetivo geral foi analisar a implantação do Serviço Residencial Terapêutico vinculado ao “Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira”- Campinas/SP e compreender e avaliar estratégias elaboradas no enfrentamento de questões atinentes ao processo de transformação do modo manicomial para outro que prioriza cuidar de maneira singular do sofrimento psíquico, composta por saberes múltiplos e inserção à vida comunitária, família e trabalho. Trata-se de exercício reflexivo sobre injunções e questões emergentes na implantação da Política de Saúde Mental e do SRT no SUS, destacando desafios incrementais à política setorial e aos serviços em saúde mental na esfera municipal. A discussão aponta brechas entre o plano normativo, processos político-administrativos e a gestão do setor e serviços de saúde. Sugere a necessidade de aprofundar e institucionalizar mecanismos e estratégias dos profissionais do SRT articulando-os aos demais equipamentos, níveis de atenção e setores sociais. Indica a necessidade da articulação no planejamento, provisão e execução de ações necessariamente intersetoriais e interfederativas tendo em vista a emergência paradoxal de novas demandas e novos sujeitos.

Palavras-chaves: Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Políticas Públicas.

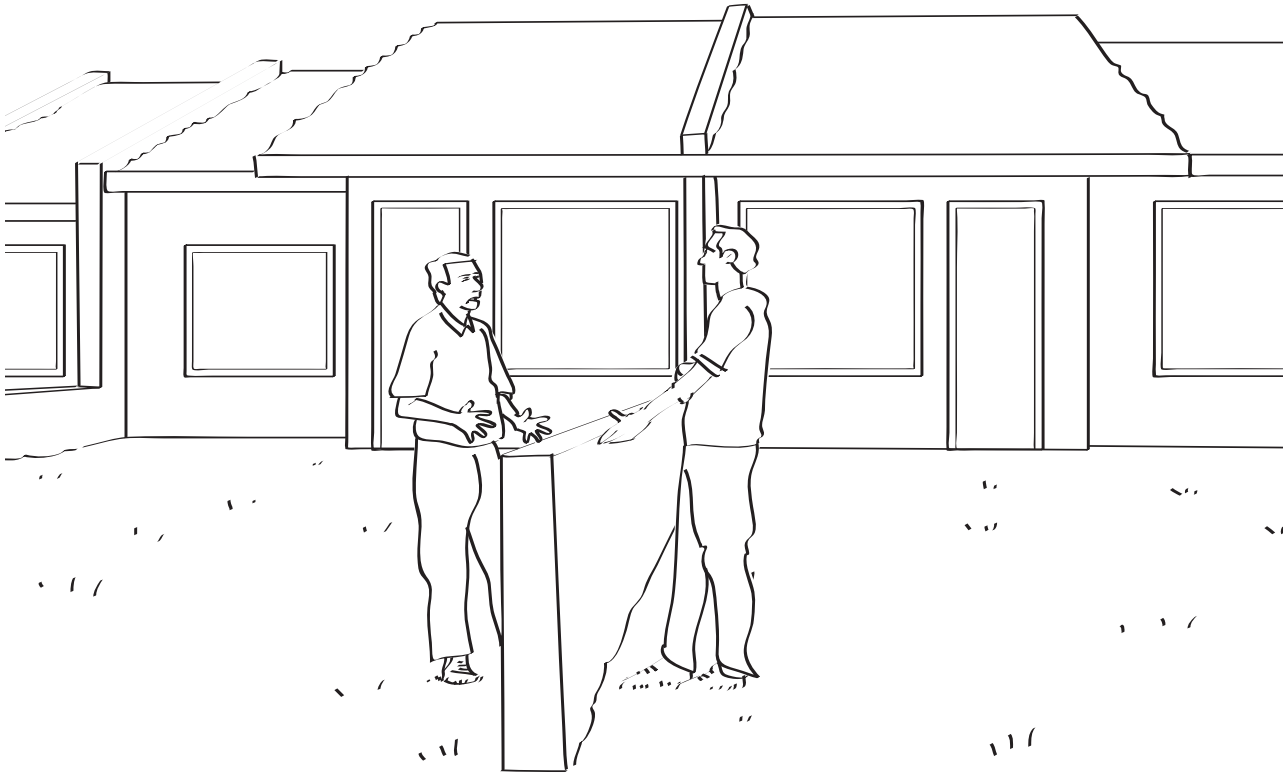
Abstract

This article is the result of reflections on the research undertaken by the second author and supervised by the first, which resulted in a dissertation defended in the Professional Master's Degree in Public Health Program in November 2013. In this research the main objective was to analyze the implementation of the Therapeutic Residential Service (TRS) linked to the “Dr. Cândido Ferreira Health Service” - Campinas/SP, to understand and evaluate strategies designed to manage issues related to the process of transformation of the asylum mode to a mode that prioritizes a singular care for mental suffering, composed of multiple knowledge and integration into community life, family and job. This is a reflective exercise on injunctions and emerging issues in the implementation of the Mental Health Policy and the TRS in the Brazilian national health system (SUS), highlighting the incremental challenges in the sectorial policy and mental health services at the municipal level. The discussion points out gaps between the normative plan, political-administrative processes and the management of the sector and health services. It suggests the need to deepen and institutionalize mechanisms and strategies of the professionals of TRS linking them to other equipment, levels of care and social sectors. It indicates the need for coordination in the planning, provision and execution of necessary inter-federative and intersectoral actions and considering the paradoxical emergence of new demands and new subjects.

Keywords: Mental Health; Mental Health Services; Public Policy.

^I Lauro Cesar Ibanhes (lauro@isaude.sp.gov.br) é psicólogo e advogado. Doutor em Saúde Pública pela USP. Pesquisador do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP). Docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Instituto de Saúde SES/SP).

^{II} Paula Montanheiro Barioni (paula.barioni@yahoo.com) é psicóloga. Mestre em Saúde Coletiva pela Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Instituto de Saúde/SES).



Introdução

A promulgação da Constituição Federal de 1988 fez emergir de modo inédito na história brasileira uma ampla gama de direitos civis, políticos e sociais bem como dispositivos e diplomas capazes de os tornarem factíveis, dispostos em uma série igualmente pioneira, no plano das garantias fundamentais⁵.

Entre os direitos sociais, no âmbito das conquistas democráticas e do avanço da cidadania, destaca-se o arcabouço jurídico-institucional visando à seguridade social – previdência, assistência e saúde – de forma articulada e orgânica. No caso da saúde, tornou-se ela dever do estado e direito de todo cidadão, com a proposição de um ousado arranjo institucional e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) ancorado em princípios igualmente desafiantes e merecedores de esforços incontáveis e iniciativas originais

quanto à sua efetivação e concretude ao longo das duas últimas décadas^{6,7,10}.

Nesse sentido, tendo em vista a reorientação de modelos de atenção de corte individual, centrados no ato médico e no procedimento curativo e isolacionista, no caso específico da saúde mental, entre os seus inúmeros avanços destacamos aqui o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), substitutivo ao modelo manicomial asilar de assistência como uma das estratégias de atenção preconizadas pela atual Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) do Ministério da Saúde, regulamentando o modelo de atenção nesta área⁸.

A PNSM orienta o fechamento de leitos psiquiátricos, reduzindo-os progressivamente. Favorece a ampliação e o fortalecimento de uma rede territorializada de serviços de atenção em saúde mental, constituída principalmente por Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) e pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Inclui as

ações de saúde mental na atenção básica como também orienta sobre a atenção integral a usuários de substâncias psicoativas.^{III}

Assim, no redirecionamento das ações em saúde mental, o Ministério da Saúde publicou a Portaria MS 106/2000 criando o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) no âmbito do SUS. Com isso o serviço tornou-se responsável pelo acolhimento das pessoas com sofrimento psíquico intenso e persistente e histórico de interações hospitalares de longa permanência em instituições asilares similares, que perderam os vínculos com os familiares e/ou vínculos sociais, culturais, trabalhistas, econômicos¹⁶.

O processo de consolidação da desinstitucionalização no campo da saúde mental no SUS ocorreu, ao longo dos anos 2000, tanto no plano normativo como na implantação de serviços que ampliaram a disponibilidade e a complexidade da rede de serviços oferecida aos cidadãos incorporando os avanços das propostas contidas no marco da Reforma Psiquiátrica^{1,2,3,20}.

Deste modo, a promulgação da Lei nº 10.708/2003 consolida os Serviços Residenciais Terapêuticos e instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial, o que ocorreu com o Programa “De Volta para Casa”. E na perspectiva da rede de atenção psicossocial os SRTs são vistos como uma estratégia necessária para viabilizar e sustentar propostas transformadoras em conjunto com os CAPSs e o Programa “De Volta para Casa”⁹.

Em dezembro de 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 3.090/2011 reafirmando a necessidade de implementação de maior número de residências terapêuticas como estratégia importante do processo de desinstitucionalização e “reinserção

social de pessoas longamente internadas nos hospitais psiquiátricos ou em hospitais de custódia”. Prevê, ainda, a necessidade de estruturar e consolidar a rede extra-hospitalar de atenção à saúde mental garantindo melhoria na qualidade da assistência¹⁸.

O documento salienta o caráter fundamental de o Serviço Residencial Terapêutico ser um espaço de moradia que “*garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares*”. Lugar de moradia para pessoas que estiveram internadas em hospitais psiquiátricos ou de custódia, por dois anos ininterruptos no mínimo, que perderam ou que não têm vínculos familiares e sociais. Define também que cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência a fim de garantir o suporte técnico-profissional necessário ao serviço residencial. E o acompanhamento dos moradores das residências terapêuticas deve estar em consonância com os respectivos projetos terapêuticos individuais¹⁸.

Em síntese, desde a publicação da Portaria nº 106/2000, as residências para pacientes egressos de hospitais psiquiátricos passaram a ser denominadas Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), nomenclatura que procura justificar sua inserção no rol de procedimentos do SUS, que, por outro lado, traz novas questões referentes à concepção e organização dos serviços e das equipes de saúde, sobretudo no que concerne aos termos *serviços* e *terapêuticos*, o que já foi notado por estudiosos da área¹².

Mais: avançando na problematização proposta, se inicialmente os SRTs foram concebidos como estratégia no processo de desinstitucionalização de pacientes egressos de longas internações psiquiátricas, sem suporte social ou vínculos familiares, em 2004 o grau e tipo de desafios

^{III} A implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos se alinhou a propostas mais amplas, conforme o *Relatório Mundial da Saúde*, de 2002, publicado pela Organização Mundial de Saúde. O documento declarou 2001 o *Ano da Saúde Mental* com a proposta de: “Cuidar sim, excluir não”.

aumentam na medida em que o Ministério da Saúde amplia o escopo e destaca que outros usuários da rede de serviços de saúde mental – mas sem histórico de longas internações psiquiátricas – também poderiam se beneficiar dos SRTs como “*dispositivos residenciais que permitem prover adequadamente suas necessidades de moradia*”, e daí ressaltar a inflexão¹⁹.

Portanto, aqui cabe notar que, ao longo desses processos novas demandas emergiram, extrapolando o planejamento e a gestão setorial por envolver questões de diversas ordens. Outro ponto é que a Portaria nº 3.090 de 2011 estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) se constituam em modalidades tipo I e tipo II, que se distinguem pela assistência oferecida ao morador, ou seja, confirmando a ampliação do leque não apenas em relação aos egressos de hospitais psiquiátricos, mas também a novos potenciais moradores e com diferentes graus de comprometimento e perfis sionosográficos^{IV18}.

Deste modo, a referida portaria define os SRTs do tipo I como moradias destinadas a: “*pe-
soas com transtorno mental, em processo de de-
sinstitucionalização*”. Estes SRTs podem acolher no mínimo *quatro* e no máximo *oito* moradores.

Já os SRTs do tipo II são definidos como moradias destinadas: “*àquelas pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência para execução de atividades de vida diária e de vida prática, especialmente em função de comprometimentos físicos, orgânicos, que necessitem de cuidados intensivos, específicos e permanentes*”. Os SRTs II podem acolher no mínimo *seis* e no máximo *dez* moradores¹⁷.

Os serviços residenciais terapêuticos no caso estudado: resultados destacados e alguma discussão

Os SRTs no papel e o papel dos SRTs

Concomitantemente às transformações político-sociais e ao avanço da cidadania no Brasil no campo da saúde mental, no caso de Campinas, entre outras iniciativas, foram instituídos os serviços residenciais terapêuticos por meio de um convênio de cogestão entre a instituição filantrópica até então chamada “Sanatório Dr. Cândido Ferreira” e a Prefeitura Municipal de Campinas, em 1990¹¹.

A partir do convênio de cogestão legitimou-se o investimento institucional por parte da Secretaria Municipal de Saúde para a construção de uma rede municipal de serviços de atenção à saúde mental segundo os princípios da Reforma Psiquiátrica, ao mesmo tempo em que se implementava um grande projeto de desospitalização e atenção psicossocial aos pacientes até então moradores do sanatório. Foram feitas alterações no estatuto do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF) e a criação de um conselho diretor com composição ampliada.

Considerando-se as limitações e objetivos deste artigo, cabe destacar que, em relação à evolução da implantação dos SRTs vinculados ao SSCF, desde a primeira delas, em 1991, passou a 24, no ano de 2000 – contando então com 75 moradores. Em 2009, chegou ao número de 29 até as 24 atuais residências, com um total de 154 moradores.^V

^{IV} No documento do Ministério da Saúde vemos que “*podem se beneficiar do SRT*”: Egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em conformidade com decisão judicial (Juízo de Execução Penal). Pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para as quais o problema da moradia é identificado por sua equipe de referência como estratégico no projeto terapêutico. Moradores de rua com transtornos mentais severos quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanhados nos CAPS. (2004c, p. 8)

^V Embora vidas, histórias e afetos não possam ser submetidos ou subsumidos a tabelas e gráficos, a pesquisa utilizou ademais abordagem qualitativa e análise documental dos registros institucionais e dos prontuários dos moradores. Seguiu-se elaboração de perfis e de inserção sociocultural e nos serviços de saúde, tanto dos atuais moradores como dos potenciais candidatos. O projeto foi aprovado em ambos os Comitês de Ética em Pesquisa, do SSCF e do Instituto de Saúde (BARIANI, PM, 2013).

Simultaneamente à evolução no número de residências houve aumento gradativo do número de funcionários envolvidos na contínua reorganização do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. No ano de 2013, segundo apurou a referida dissertação, chegou-se a um total de 162 trabalhadores nos SRTs no SSCF.

A grande maioria, 139 funcionários, se concentra em quatro funções ligadas ao cotidiano das residências, a saber: *auxiliar/técnico de enfermagem*, 49; *monitores*, 45; *auxiliares de moradia*, 36 e *copeira*, 9. Já o total de funcionários em que se exige formação universitária é menor, como esperado, 16: *enfermeiros*, 7; *psicólogas*, 3; 2 *médicos* e 2 *terapeutas ocupacionais*, além de 2 *gerentes de equipes*.^{vi}

Levando-se em conta a reorganização dos processos e das equipes de trabalho, a configuração atual do serviço residencial terapêutico no SSCF apresenta um total de 23 SRTs. Destas, 15 são do tipo I, aquelas destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização e que deve acolher até *oito moradores*. Mas no caso estudado, quatro desses SRTs aparecem como *não habilitadas* no Ministério da Saúde, pois nelas moram apenas uma ou duas pessoas, com necessidades particulares de cuidados.

E dos outros oito SRTs, do tipo II, isto é, destinados às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência que necessitam de cuidados permanentes específicos e que devem acolher até dez moradores e contam com equipe mínima, dois deles igualmente *não são habilitados* pelo Ministério da Saúde, pois contam com onze e doze moradores. Em suma:

^{vi} A despeito de não serem tratadas aqui dadas as limitações do recorte, a implantação gradativa dos SRTs e o aumento da complexidade, da diversidade e da especificidade do trabalho impuseram e exigiram sucessivos esforços e complexos arranjos quanto à organização das equipes e dos processos de trabalho, o que foi estudado e pode ser visto na dissertação referida.

acima do número determinado pela Portaria nº 3.090/2011 para a transferência dos recursos financeiros, incentivo e custeio.^{vii}

Sendo assim, além de implicações quanto à concepção de saúde e ao descolamento do processo saúde/doença bem como a seu impacto no modelo de atenção, saltam aqui ainda as contradições entre a lógica do faturamento por procedimentos dos serviços de saúde e aquelas referentes ao dia a dia da inserção comunitária dos moradores e seu cotidiano. Faz emergir, assim, a insuficiência do planejamento e gestão setorial, pois a especificidade da condição dos moradores e os cuidados requeridos extrapolam o setor saúde, ao envolver, por exemplo, a questão habitacional e a circulação e mobilidade urbana, além de questões axiológicas e morais.

Os SRTs, a integralidade da atenção e a inserção social

Outro desafio decisivo em relação ao princípio constitucional da *integralidade da atenção* emerge de modo cristalino em relação à utilização dos serviços de saúde por parte dos moradores, isto é, a inobservância da utilização regular das unidades básicas de saúde. A partir de tratativas entre o médico clínico da equipe dos SRTs e do Centro de Saúde de uma das duas regiões onde atua o SSCF, elaborou-se um protocolo de encaminhamento de moradores a fim de qualificar a comunicação e as informações entre as equipes e uma nova lógica de trabalho, com o fluxo de encaminhamento dos moradores dos

^{vii} Os quatro SRTs não habilitados junto ao Ministério da Saúde do tipo I são: uma para mãe e filha; uma para um casal; uma masculina e uma feminina. Já os SRTs tipo II não habilitados são dois: um com vinte e um e outro com quatorze moradores, todos eles com necessidades de acompanhamento intensivo ao longo do dia. Tanto o Ministério da Saúde como a Secretaria de Estado da Saúde/SP foram informados sobre o funcionamento dos SRTs 24h com mais de dez moradores. Entretanto, não são reconhecidos e o faturamento destes SRTs não habilitados se faz por Autorização de Internação Hospitalar (AIH), como se os moradores ainda vivessem hospitalizados.

SRTs para especialidades, exames laboratoriais e alta complexidade.

Além disso, poucos deles, menos de trinta moradores, fazem uso regular do CAPS III, possivelmente conformando a circularidade e os limites dos muros não mais do hospital, mas ainda dos próprios serviços em saúde mental. Isso é provavelmente reforçado quando vemos a *procedência dos moradores dos SRTs*, pois dos 154 moradores, praticamente metade deles, 78, são egressos do SSCF. E os demais chegaram ou por intermédio dos CAPS III do município, 41 ou ainda do Hospital-Dia do próprio SSCF, em número de nove, o que reforça essa ideia.

Pelo que se viu, existe também enorme dificuldade no acesso e na articulação dos serviços quanto à *integralidade da atenção* aos moradores – e da articulação setorial no interior do SUS – tendo em vista a organização dos serviços e dos processos de trabalho que esbarram em seus próprios limites operacionais.

Em relação à participação em *outras atividades* se destaca a frequência, sobretudo, ao Centro de Convivência, com 49 moradores. E 19 deles, mais autônomos, estão inseridos em oficinas de trabalho e geração de renda no Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT), com assiduidade diária.

Alguns moradores têm seu Projeto Terapêutico Individual (PTI) compartilhado entre as equipes cuidadoras – SRTs, CAPS, NOT e Núcleo de Retaguarda/SSCF. A atenção a estes moradores, os manejos de crises e as construções no sentido da reabilitação psicossocial são discutidos entre os envolvidos.

Destaque para o fato de que alguns moradores *não se adaptam* à rotina de atividades propostas nos CAPS e preferem não frequentar o serviço, tornando mais dificultoso para as equipes SRTs manejarem crises, encaminhamentos do cotidiano e o PTIs. Há ainda uma parcela de moradores que

não passaram por triagem em CAPS, o que implica as equipes SRT não poderem avaliar as possibilidades ou não de inserção nestes serviços de referência. O mesmo ocorre em relação ao Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT), pois há diferenças no acesso entre os moradores da região leste e os da região sul quanto à participação cotidiana nas oficinas de trabalho e geração de renda.

Na pesquisa base da dissertação referida, procurou-se mapear a *mobilidade* dos moradores. Em relação à escolarização, 33 entre 154 deles frequentam escola especial (quatro) e principalmente na Fundação Municipal para Educação Comunitária, em número de 28. A FUMEC trabalha em parceria com o SSCF desde a inauguração do projeto “Casa-Escola”, em 1997, previamente à implantação do centro de convivência.

Em relação às *atividades físicas* – dança, hidroginástica, educação física – somam-se 30 participantes, todos moradores da região leste, já que estas atividades acontecem somente nesta região. O grupo de dança tem um professor contratado pelos próprios moradores. No período da manhã, o grupo se reúne na sede de uma associação de moradores próxima para a realização da atividade. Às tardes os encontros ocorrem a cada semana em uma residência diferente, com participantes distintos. Aulas de hidroginástica acontecem em uma academia particular e a mensalidade é paga pelos cinco moradores. As atividades de *dança*, da qual participam 28 moradores, e a *hidroginástica* ocorrem em grupos, semanalmente, com duração média de uma hora.

A pesquisa constatou que *vínculos e contatos familiares* são mantidos em apenas 19 dos 154 casos analisados. Isto corresponde a apenas 12,3% deles que mantêm alguma vinculação, fazendo ou recebendo visitas dos familiares. Essa é mais uma das consequências e heranças dos tempos manicomial, dos

longos anos de isolamento em hospitais psiquiátricos e de extravio de documentação de identificação desses moradores, transferências de hospital para hospital sem prévia comunicação com responsáveis, além dos incontáveis casos de abandono.

Os relatos e anotações nos prontuários informam que há muitos e muitos receios e dificuldades na retomada da relação dos moradores com os familiares. E isto se dá tanto pela percepção do morador como pela percepção da própria família, estranhamentos mútuos produzidos e alimentados pela distância.

Os quesitos relacionados à *circulação social* indicaram que 28 moradores utilizam-se da rede de comércio local, shoppings, supermercados, bancos, padarias ou lotéricas, o que demonstra que menos de 20% dos atuais moradores encontra-se em condições e/ou com possibilidades de circular de maneira autônoma.

Os SRTs e a lista de espera

Sobre a ampliação da clientela e os *potenciais novos moradores*, como parte da pesquisa procurou-se descrever a origem de usuários dos serviços da rede municipal de saúde mental que aguardavam vaga nos SRTs em Campinas/SP, para o ano de 2013.

Foi verificado junto à “Comissão Municipal de Moradias” onde constavam 12 (doze) usuários em lista de espera por vaga em SRTs – mas havia apenas 06 (seis) protocolos deles, o que de imediato indica a falta de informações básicas sobre esses sujeitos, como a idade, história de vida, clínica ou contatos familiares e sociais.^{VIII}

^{VIII} A Comissão Municipal de Moradias foi criada por iniciativa dos trabalhadores dos serviços de saúde mental com a Articulação Municipal de Saúde Mental/Secretaria Municipal de Saúde com o objetivo de triar as solicitações de vaga e avaliar os encaminhamentos. A comissão é formada por representantes dos trabalhadores de serviços municipais que têm relação com os SRTs, não somente serviços da rede municipal de Saúde Mental como da Assistência Social e da Secretaria Municipal de Saúde.

Em todo caso, em relação à demanda de assistência, observa-se que onze entre doze usuários inscritos necessitavam de uma residência terapêutica tipo II, ou seja, com equipe 24h presente. Entre tais demandas para RT tipo II, havia necessidade específica de acompanhamento de enfermagem em 04 (quatro) protocolos, o que denota crescente necessidade também de cuidados clínicos nesta população.

Variando a idade informada entre 28 e 70 anos, entre estes doze há sete solicitações para usuários que fazem uso abusivo de álcool e/ou substâncias psicoativas. Quanto à origem dos encaminhamentos, três das solicitações vieram de equipes dos CAPS AD do município; quatro de sujeitos que moram atualmente no próprio SSCF sob cuidados do Núcleo de Retaguarda; outros dois vivem em abrigo municipal; outro usuário inscrito vive em leito de CAPS III e outro sujeito mora em uma casa de apoio/ONG para pessoas soropositivas.

Cabe aqui outra inflexão e nos perguntar: seriam estes os potenciais novos moradores dos SRTs, treze anos após a publicação da Portaria/GM nº 106/2000 que instituiu o serviço de residências terapêuticas no âmbito do SUS?

É evidente que novos perfis de usuários exigem novas configurações da rede de serviços de saúde e originais estratégias de cuidado por parte das equipes – e não apenas em saúde mental. Estratégias criativas, flexíveis ou ousadas, sem ignorar a dimensão do sujeito protagonista na elaboração dos projetos terapêuticos individuais ou singulares.

Mais do que isso, resta claro que a questão extrapola não apenas rearranjos nos SRTs ou nos CAPS como na atenção básica e no próprio setor saúde, requerendo para seu enfrentamento novos patamares e arranjos jurídico-administrativos quanto à formulação e execução de políticas públicas de corte intersetorial e interfederativo.

Considerações gerais:

SRTs, saúde mental e o SUS

Em relação à Política Nacional de Saúde Mental, considera-se que o processo de fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos e a implantação de novos SRTs ainda são um grande desafio nos municípios e caminham a passos lentos. Isto apesar de haver legislação e a consolidação do modelo de atenção psicossocial, de haver tecnologia consolidada no SUS e o acúmulo de diversas experiências de implantação de moradias para pessoas com transtorno mental grave, além de recursos financeiros disponíveis garantidos em lei. Há entraves nos e entre os processos de avaliação, fechamento de leitos psiquiátricos, desinstitucionalização de moradores e a expansão dos serviços de atenção à saúde mental nos municípios, quadro que confirma o contexto nacional¹² (Furtado, JP, 2006, obra citada).

Na pesquisa originária, considerou-se que Campinas é um município que muito avançou nos processos da reforma psiquiátrica, com o fechamento de hospitais psiquiátricos, a desospitalização de moradores, a cogestão no Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” (SSCF) e a implantação de uma ampla e diversificada rede de serviços de saúde mental na lógica da atenção psicossocial. O projeto de moradias no SSCF iniciou-se antes da publicação da legislação que insere os SRTs no âmbito do SUS e essa experiência, entre outras, contribuiu para a elaboração da normatização vigente, bem como apresentou justificativas para viabilizar muitos projetos de residência terapêutica.

Entretanto, tendo em vista o objetivo aqui proposto, isto é, uma leitura da experiência no SSCF na perspectiva de análise da gestão em políticas públicas cabem aqui algumas considerações em relação à rede de atenção psicossocial, à integralidade de atenção e ao SUS, bem como aos

objetivos da própria política de saúde mental, ou seja, a ressocialização e a inserção comunitária dos sujeitos e os potenciais novos moradores.

A primeira delas se relaciona às dificuldades na interação e organização dos processos de trabalho no interior da própria rede de atenção psicossocial. Ao longo do tempo, as equipes dos CAPS constataram insuficiências às demandas e necessidades dos moradores dos SRTs tendo em vista o crescente número de moradores, a diversidade de suas necessidades, as particularidades de cada moradia e o aumento da complexidade das atividades e o trabalho desenvolvido pelos CAPS. Os moradores, mesmo tendo sido desospitalizados, todavia, necessitam de suporte institucional e acompanhamento regular das equipes nos encaminhamentos dos projetos terapêuticos individuais.

A segunda questão aqui problematizada diz respeito ao fato de que se passaram vinte anos, desde os primeiros moradores dos SRTs do “Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira”. Isto obviamente fez com que aumentassem as necessidades de cuidados clínicos específicos devido aos processos de envelhecimento e senilidade, acompanhados de fragilidades fisiológicas e orgânicas. E que se sobressaem numa população que viveu anos ou décadas em manicômios, alimentando-se mal, com excessos de medicação, desidratação, maus-tratos e violências.

Daí que se observou que a integralidade de atenção à saúde no âmbito do SUS – atenção básica e a estratégia saúde da família, ações programáticas, consultas especializadas e ambulatoriais – carecem de planejamento conjunto, porque geridas por organizações sociais ou administração direta com estatutos jurídicos diferentes, o que requer arranjos técnico-operacionais por vezes tortuosos, para a coordenação de fluxos e encaminhamentos, tanto do ponto de vista do acesso como da oferta.

SRTs, finalidade e função: os potenciais novos moradores

Outro aspecto merecedor de reflexão diz respeito a pontos de tensão quanto aos objetivos e finalidades originárias dos SRTs, tanto daquilo que consegue cumprir e atingir satisfatoriamente conforme a legislação, como de novas funções, demandas e necessidades. Elas provêm tanto dos moradores, como dos serviços e também dos novos candidatos a moradores: é o caso de sujeitos em sofrimento psíquico, sem histórico de internação ou egressos de hospital psiquiátrico, mas com quadros mentais associados a outras morbidades e a situações de privações econômico-sociais de diversas ordens.

E esse espelho reflete nos leitos-noites dos CAPS III, propostos originalmente para acolher demandas pontuais de usuários em crise, que passaram a ser ocupados rotineiramente por aqueles usuários em risco social e que se encontravam em graves situações de exposição à violência, riscos por agravamento clínico e intenso sofrimento psíquico, ou seja, demanda social de proteção e abrigo. E atualmente se verificam casos em que usuários vinculados aos CAPS sem histórico de internações tornam-se moradores dos CAPS ou de abrigos/albergues municipais vinculados à Secretaria de Cidadania, Assistência e Inclusão Social, devido às dificuldades ou impossibilidades de viverem em outros espaços ou locais.

E é justamente com a implantação e ampliação dos SRTs e demais serviços de saúde mental que se incorre, inadvertidamente, na possibilidade de fazer emergir e reproduzir demandas que não mais aquelas da psiquiatria asilar e da hospitalização, mas vincada a outras realidades, surgida exatamente do acolhimento nos serviços. A partir do sofrimento psíquico pode-se trazer pessoas para o novo circuito da saúde mental: abordagem de moradores de rua, acolhimento, busca

por documentos pessoais de identificação, atendimento às crises, triagem em serviço de saúde mental, retaguardas clínica, psiquiátrica e, finalmente, encaminhamento para uma residência terapêutica.

Com isso os SRTs passaram a atender a outros usuários da rede de serviços de saúde mental, além dos moradores egressos de longas e ininterruptas internações psiquiátricas. O perfil é de pessoas mais jovens que os moradores originários e que chegam ao serviço encaminhadas por equipes de CAPS III ou de CAPS AD. A maioria é do sexo masculino e geralmente faz uso de etílicos ou substâncias psicoativas.

Um problema adicional aqui é que o financiamento por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), como é feito atualmente, pode induzir esse circuito através da lógica do setor saúde. E o que é pior: a lógica da oferta do serviço pago por procedimentos realizados. E a proposta de pagamento dos SRTs por meio da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) não apenas mantém a lógica indutora como pode agravar o problema ao estimular demandas que poderiam ser enfrentadas por meio de políticas sociais ou políticas públicas de maior alcance e com definição de competências e responsabilização entre outros setores e demais entes federados.

Ação intersetorial, política pública e trato interfederativo

Claro está que é mais do que premente a articulação entre os programas *De Volta para Casa*, *Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar*, *Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar* com os Serviços Residenciais Terapêuticos a fim de operacionalizar a redução gradual e pactuada dos leitos psiquiátricos,

expandir o número de beneficiários do auxílio-reabilitação e ampliar o número de RTs para acolher a população desinstitucionalizada^{14,15}.

Igualmente importantes são os SRTs desenvolverem novos mecanismos e estratégias e buscarem se articular com demais setores sociais ou de governo, na construção e na vivência desprendida e corajosa no cuidado aos moradores, com respeito e ética.

No entanto, como vimos, muitas armadilhas e constrangimentos se colocam na trajetória dessa luta contínua, no caso da gestão municipal da saúde, pois além das vicissitudes do planejamento, da cultura organizacional, observa-se o impacto do financiamento calcado na oferta e da lógica racionalizadora contábil em evidente contraste com os cuidados necessários e demandados pelos sujeitos, caso das *residências não habilitadas*. Isso envolve, ainda, questões como a contratação e vinculação de pessoal nos SRTs e na retaguarda clínica e emergencial – tudo sob o tacho da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Aliás, o próprio Poder Executivo e o âmbito municipal fatalmente se ressentem de condições capazes de garantir e de se responsabilizar não apenas por *serviços 24horas*, como por *sujeitos 24horas*, impondo, por exemplo, questões de ordem jurídica em relação aos moradores e aos atos por eles praticados em seu cotidiano.

Portanto, o perfil dos potenciais moradores em suas perambulações no ambiente urbano requer proposições que ultrapassem a lógica setorial e de âmbito locomunicipal, com definição clara de competências e de responsabilidades. Políticas públicas num sentido amplo que envolva necessariamente demandas relacionadas à habitação, justiça, segurança, educação, cultura, lazer, transporte, emprego e renda – e que nenhum deles pode dar conta desde um ponto de vista setorial ou institucional.

Existem exemplos e acúmulo nesse sentido, caso do programa *Housing First*, componente de política desenvolvida com base em ações articuladas e diversificadas, em países da América do Norte e Europa. Seu princípio fundamental é o de se constituir em um espaço de convivência, abrigo e alimentação necessária, sem exigir condicionalidades. Nem mesmo abstinência de substâncias ou aceitação compulsória de condução psiquiátrica – ou de cunho moral-religiosa – para obter acesso à habitação²¹.

Já se podem observar a respeito experiências e pesquisas comparativas sobre as *Housing First* nos Estados Unidos e o impacto nos sujeitos em situação de rua, com história clínica psiquiátrica, uso de substâncias psicoativas e vivência de problemas relacionados à justiça criminal –, a partir de uma perspectiva cara, com o perdão do trocadilho, aos gestores: a diminuição de custos e os benefícios auferidos¹³.

Há, inclusive, em língua portuguesa estudo sobre o *Casa Primeiro*, na tradução da estratégia em Portugal. Nele a autora apresenta e analisa as experiências em diversos países, incluindo investigações comparativas experimentais e de caráter avaliativo em determinar o impacto dos programas desenvolvidos em vários países em domínios diversos como: habitação, inserção comunitário-social, acesso e uso de serviços e ações de saúde, criminalidade e segurança pública e emprego e renda²².

Daí a necessidade de se retomar o debate a partir do *sujeito-em-relação*, da *cidadania-em-suas-circunstâncias*, por assim dizer, subjetividades em curso e nos percursos, pintando e bordando seus territórios. E não centrado a partir de saberes específicos e na lógica de serviços e equipamentos sociais ou de setores de governo.

Em síntese, se coloca o imperativo de se evitar correr o risco de nomear e circunscrever

a partir da chancela de diagnósticos nosológicos *potenciais moradores* e as manifestações de comportamentos e de afetos inscritos e plasmados necessariamente no social, no econômico, no artístico, no filosófico, no cultural, mas sempre ao alcance e passíveis de patologização e tratamento psicofarmacológico, tendo em vista que prevalece na formação e na valoração mercadológica dos profissionais de saúde – e não apenas do médico – a ênfase na ação clínica individual e na especialização.

E a decorrência lógica disso é reproduzir e estender a atuação e a perspectiva da concepção hegemônica de saúde e da oferta crescente de serviços assistenciais na definição e na tentativa de demarcação de fronteiras que são, sempre e necessariamente, virtuais e precárias, entre saúde e doença, viver e morrer, a cada dia, um pouco e mais.

Referências

1. 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo. [evento na internet]. Brasília; 2001b (Série D. Reuniões e Conferências, 15). [acesso em 21 de jun 2014]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/021011cnsm.pdf>
2. Amarante P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1995;11:491-4.
3. Amarante P. (Coord). 1995. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª edição. Fiocruz; RJ, 1998.
4. Barioni PM. Residências Terapêuticas no “Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira”: estratégia, avanços e desafios para as Políticas de Saúde Mental em Campinas [dissertação de mestrado]. São Paulo: Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde; 2013.
5. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Título II, Dos Direitos e Garantias Fundamentais. Capítulo I - Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos. Capítulo II - Dos Direitos Sociais. [acesso em: 28 set 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.
6. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. [acesso em 28 set 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.
7. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade. [acesso em 28 set 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.
8. Brasil. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. [acesso em: 28 set 2014]. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=219802>.
9. Brasil. Lei nº 10.708 de 31 de Julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas por transtornos mentais, com história de dois anos ou mais de internação psiquiátrica. [acesso em 29 set 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.
10. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Regulamentada pelo Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. [acesso em 28 set 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.

11. Campinas. Lei Municipal nº 6.215 de 09 de maio de 1990: Art. 1º- Fica o Poder Executivo autorizado a firmar convênio com o Sanatório Dr. Cândido Ferreira visando ao funcionamento e o gerenciamento comum de suas atividades, nos termos do instrumento de convênio o qual faz parte integrante esta lei, rubricado pelo Prefeito Municipal e pelo Presidente da Câmara Municipal. Art. 2º - O convênio tem por objetivo a administração conjunta do Sanatório Dr. Cândido Ferreira que passa a se integrar ao Sistema Municipal de Saúde e atender clientela universalizada. [acesso em 28 set 2014]. Disponível em: <http://www.leismunicipais.com.br/a/sp/c/campinas/lei-ordinaria/1990/622/6215/lei-ordinaria-n-6215-1990>.
12. Furtado, Juarez P. (2006). Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2006, vol.11, n.3 [citado 2014-07-23], pp. 785-795. ISSN 1413-8123. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300026>.
13. Larimer ME, Malone DK, Garner MD, et al. Health Care and Public Service Use and Costs Before and After Provision of Housing for Chronically Homeless Persons With Severe Alcohol Problems. *JAMA. Journal of American Medical Association*. 2009;301(13):1349-1357. doi:10.1001/jama.2009.414. [acesso em 29 set 2014]. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=183666>.
14. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. [acesso em 29 set 2014]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-251.htm>.
15. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. [acesso em 29 set 2014]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-52.htm>.
16. Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Art. 3º. Cabem aos Serviços Residenciais Terapêuticos: 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; e c) promover a reinserção desta clientela à vida comunitária. [acesso em 28 set 2014]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27>.
17. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.068, de 24 e setembro de 2004. Destina incentivo financeiro para os Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências. [acesso em 29 set 2014]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2068.htm>.
18. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em Tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências. [portaria na internet]. [acesso em 01 fev 2012]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011.html
19. Ministério da Saúde. Residências Terapêuticas: o que são, para que servem. [documento na internet] Brasília; 2004c. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). [acesso em 13 abr 2012]. ISBN 85-334-0822-6. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>.
20. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 10, VII (10). Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012. [acesso em 8 de jan de 2013]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>
21. União Europeia. Housing First International Conference. Amsterdam, June 2013. [evento na internet]. Relatório Final. [acesso 29 set 2014]. Disponível em: <http://www.socialstyrelsen.dk/housingfirsteuope>.
22. Zilhão, Maria T. (2013) “Programa Casas Primeiro: Uma perspectiva qualitativa das experiências de transição de pessoas sem-abrigo para uma habitação independente e permanente”. Dissertação de Mestrado. Instituto Universitário de Ciências Psicológicas e Sociais, Lisboa. [acesso em 28 set 2014]. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2805/1/20756.pdf>.