

RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS



OBRA DE ALEXANDRE RAJÃO

PARA QUEM PRECISA DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL,
O MELHOR É VIVER EM SOCIEDADE.

Ministério da Saúde





MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Residências Terapêuticas **o que são, para que servem**

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Brasília - DF
2004



© 2004 Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Todos os direitos patrimoniais de autor, cedidos à Coordenação-Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 2004 – 5.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Coordenação-Geral de Saúde Mental

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 6.º andar, sala 606

CEP 70058-900 – Brasília, DF

Tels.: (61) 315 2313 / 315 3319 / 315 2684

Faxes: (61) 315 2313 / 315 3403

E-mails: saudemental@saude.gov.br; devoltaparacasa@saude.gov.br

Home page: <http://pvc.datasus.gov.br>

Organização:

Juarez P. Furtado

Equipe de Saúde Mental/MS:

Responsável pelos Serviços Residenciais Terapêuticos:

Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann

Responsável pelo Programa "De Volta Para Casa":

Marden Marques Soares Filho

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Residências terapêuticas: o que são, para que servem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

16 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 85-334-0822-6

1. Saúde mental. 2. Serviço residencial terapêutico em saúde mental. 3. Hospital psiquiátrico. 4. Prestação de cuidados de saúde. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. II. Título. III. Série.

NLM WM 105

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2004/0926

Títulos para indexação:

Em inglês: Therapeutic residences: what are they, what are they good for

Em espanhol: Residencias terapêuticas: que son, para que sirven

SUMÁRIO

Introdução	05
O que é o Serviço Residencial Terapêutico?	06
Origem e perspectivas dos SRTs no Brasil	06
Quem pode se beneficiar?	08
Regulamentação dos SRTs	08
Financiamento e faturamento	09
Quais são os tipos de SRTs existentes?	10
Qual é a equipe necessária para o acompanhamento?	11
É possível estabelecer parcerias?.....	11
Como é o cotidiano nos SRTs?.....	11
Afinal, o SRT vale a pena?.....	13
Para ir mais longe.....	14
Anexo: Serviços Residenciais em funcionamento	15



INTRODUÇÃO

A desinstitucionalização e efetiva reintegração de doentes mentais graves na comunidade é uma tarefa a que o SUS vem se dedicando com especial empenho nos últimos anos. Juntamente com os programas De Volta Para Casa e Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) vem concretizando as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico.

As residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contam com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia.

Temos hoje, no Brasil, um grande número de potenciais beneficiários destas residências. Pessoas que poderiam deixar o hospital psiquiátrico com a garantia de seu direito à moradia e ao suporte de reabilitação psicossocial. Existem também usuários sem histórico de internações prolongadas, mas que por razões diversas precisam de dispositivos residenciais que permitam prover adequadamente suas necessidades de moradia.

Por isso, gostaríamos de veicular algumas orientações e informações por meio desta cartilha, para tornar mais claros os caminhos a serem trilhados para a implementação de novos SRTs no País.

Nas páginas seguintes, você poderá esclarecer dúvidas comuns aos gestores e profissionais de saúde a respeito desta importante iniciativa de desinstitucionalização desenvolvida pelos SUS: questões ligadas ao financiamento, à legislação e ao cotidiano dos SRTs, entre outras.

Para mais informações, você pode consultar o *site* <http://pvc.datasus.gov.br> ou encaminhar suas dúvidas para o *e-mail* saudemental@saude.gov.br.

O QUE É O SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO?

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente "moradia" – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não.

O número de usuários pode variar desde 1 indivíduo até um pequeno grupo de no máximo 8 pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um.

O suporte de caráter interdisciplinar (seja o CAPS de referência, seja uma equipe da atenção básica, sejam outros profissionais) deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo de moradores. O acompanhamento a um morador deve prosseguir, mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado.

O processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Ou seja, a inserção em um SRT é o início de longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador.

ORIGENS E PERSPECTIVAS DOS SRTs NO BRASIL

Logo no seu início, as ações de desinstitucionalização no Brasil depararam-se com uma questão: o que fazer com pessoas que poderiam sair dos hospitais psiquiátricos, mas que não contavam com suporte familiar ou de qualquer outra natureza.

Por esta razão, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992, ressaltou a importância estratégica da implementação dos então chamados "lares abrigados" para a reestruturação da assistência em saúde mental no País.



Também no início dos anos 90, experiências de sucesso nas cidades de Campinas (SP), Ribeirão Preto (SP), Santos (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Porto Alegre (RS) demonstraram a efetividade da iniciativa na reinserção dos pacientes na comunidade. Estas experiências geraram subsídios para a elaboração da Portaria n.º 106/2000, do Ministério da Saúde, que introduz os SRTs no âmbito do SUS.

Por ser recente, a implantação dos SRTs vem sendo discutida em vários âmbitos, de modo a assegurar que esta alternativa seja a mais adequada possível para auxiliar o morador em seu processo – às vezes difícil – de reintegração à comunidade. É preciso ter sempre em mente que a questão central é a moradia, o morar, o viver na cidade. Assim, tais residências não são precisamente serviços de saúde, mas espaços de morar, de viver, articulados à rede de atenção psicossocial de cada município.

Atualmente, existem 256 SRTs em quatorze estados e 45 municípios do País, onde moram 1.400 pessoas. Estimativas recentes da Coordenação-Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde apontam a existência de aproximadamente 12.000 pacientes internados que poderiam ser beneficiários dos SRTs. Tais dados evidenciam a necessidade de significativa expansão do número de residências, de modo a reduzir a segregação e aumentar a reinserção social dos pacientes.

A implantação de uma residência terapêutica exige pacto entre gestor, comunidade, usuários, profissionais de saúde, vizinhança, rede social de apoio, e cuidadoso e delicado trabalho clínico com os futuros moradores.



QUEM PODE SE BENEFICIAR?

- Portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH/SUS, que permanecem no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário.
- 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 especialmente estratégico no seu projeto terapêutico. Aqui se encontram aquelas localidades que, a despeito de não possuírem hospitais psiquiátricos, freqüentemente se defrontam com questões ligadas à falta de espaços residenciais para alguns usuários de serviços de saúde mental.
- Moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanhados nos CAPS.

REGULAMENTAÇÃO DOS SRTs

- Lei Federal n.º 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (especialmente artigo 5º).
- Lei n.º 10.708/2003, que institui o auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas (Programa De Volta Para Casa).
- Diretrizes de redução de leitos constantes nas Portarias GM n.º 52 e 53/2004, do Ministério da Saúde, que estabelecem a redução progressiva de leitos psiquiátricos no País.
- Portaria n.º 106/2000, do Ministério da Saúde, que introduz os Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS para egressos de longas internações.
- Portaria n.º 1.220/2000, que regulamenta a portaria 106/2000, para fins de cadastro e financiamento no SIA/SUS.

Observe que existe uma articulação das leis e portarias no sentido de direcionar recursos e atenção para ações no território, estimulando a inserção e a realização de cuidados aos portadores de transtorno mental na comunidade.

FINANCIAMENTO E FATURAMENTO

Os SRTs constituem-se em modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada. Isso implica que a cada transferência de paciente do hospital psiquiátrico para o SRT haja redução de igual número de leitos no hospital de origem.

Os recursos financeiros da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que financiavam os leitos agora desativados, deverão ser realocados para os tetos orçamentários do estado ou município responsável pela assistência ao paciente. Com estes recursos, os municípios proverão infra-estrutura e acompanhamento necessários aos usuários, por meio de sua rede de saúde mental.

No entanto, essa realocação não é automática, devendo passar por discussões junto às comissões bipartites do seu estado. Alguns estados possuem normas específicas favoráveis à deliberação automática para esses casos; você pode conseguir o mesmo no seu estado.

O Ministério da Saúde repassa R\$ 10.000,00 (dez mil reais), a título de incentivo, para cada SRT implementado. Este recurso destina-se a fazer pequenos reparos no imóvel, equipar a residência com móveis, eletrodomésticos e utensílios necessários.

Para seu custeio mensal, os recursos originários das AIH's podem atingir cerca de R\$ 7.000,00 a R\$ 8.000,00 (sete a oito mil reais/mês), correspondentes ao número máximo de 8 moradores por módulo residencial.

As residências terapêuticas deverão estar vinculadas aos CAPS (ou outro dispositivo ambulatorial), mesmo configuradas como "outro serviço" na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde (FCES) dos CAPS de referência.

Um laudo técnico para a emissão de APAC deve ser preenchido a cada 90 dias pelos profissionais que acompanham o paciente. O faturamento é realizado por meio de formulário que autoriza a realização dos Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC I e II), calculados mensalmente pelo serviço. A validade de uma APAC é de 90 dias. Na Portaria n.º 1.220/2000 encontram-se os códigos e procedimentos do SIA/SUS para o preenchimento dos laudos e das APACs.

QUAIS SÃO OS TIPOS DE SRTs EXISTENTES?

Cada casa deve ser organizada segundo as necessidades e gostos de seus habitantes: afinal é uma moradia! Por isso, a rigor, deverão existir tantos tipos de moradias quanto de moradores. No entanto, pensando em termos bem gerais, temos dois grandes tipos de SRTs:

SRT I – O suporte focaliza-se na inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, etc.). O acompanhamento na residência é realizado conforme recomendado nos programas terapêuticos individualizados dos moradores e também pelos Agentes Comunitários de Saúde do PSF, quando houver. Devem ser desenvolvidas, junto aos moradores, estratégias para obtenção de moradias definitivas na comunidade. Este é o tipo mais comum de residências, onde é necessário apenas a ajuda de um cuidador (pessoa que recebe capacitação para este tipo de apoio aos moradores: trabalhador do CAPS, do PSF, de alguma instituição que faça esse trabalho do cuidado específico ou até de SRTs que já pagam um trabalhador doméstico de carteira assinada com recursos do De Volta Para Casa).

SRT II – Em geral, cuidamos de nossos velhos, doentes e/ou dependentes físicos, inclusive com ajuda de profissionais: o SRT II é a casa dos cuidados substitutivos familiares desta população institucionalizada, muitas vezes, por uma vida inteira. O suporte focaliza-se na reapropriação do espaço residencial como moradia e na inserção dos moradores na rede social existente. Constituída para clientela carente de cuidados intensivos, com monitoramento técnico diário e pessoal auxiliar permanente na residência, este tipo de SRT pode diferenciar-se em relação ao número de moradores e ao financiamento, que deve ser compatível com recursos humanos presentes 24h/dia.



QUAL A EQUIPE NECESSÁRIA PARA O ACOMPANHAMENTO?

Os SRTs devem ser acompanhados pelos CAPS ou ambulatórios especializados em saúde mental, ou, ainda, equipe de saúde da família (com apoio matricial em saúde mental). A equipe técnica deve ser compatível com a necessidade dos moradores e segundo se aproximem mais de um dos dois tipos descritos no tópico anterior. O cuidador tem uma tarefa importante na moradia.

É POSSÍVEL ESTABELECE PARCERIAS?

Sim. Os SRTs são de natureza pública, mas pode-se estabelecer convênios com entidades filantrópicas, associações e ONGs para a implementação e acompanhamento destes. As atribuições e os papéis dos serviços SUS e entidades parceiras devem ser estabelecidos explicitamente no convênio.

COMO É O QUOTIDIANO NOS SRTs?

- Ponto de vista dos usuários: 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. Há muito o que ser resgatado: histórias, vínculos afetivos e projetos. É essencial a existência de um ou mais profissionais de referência para cada morador e o estabelecimento de projeto terapêutico individual. Um longo processo de reabilitação psicossocial tem início com a ida para o SRT.
- Ponto de vista da casa: o SRT não é exatamente uma casa nos moldes convencionais. Possui características peculiares, pois foi formado a partir de determinada história. Os profissionais devem evitar imprimir expectativas e anseios próprios do que deveria ser uma casa ideal para eles. Mas, ao contrário, devem permitir que afluam hábitos e formas de ocupar o espaço próprios dos habitantes de um dado SRT. Os riscos de acidentes domésticos devem ser





trabalhados cotidianamente. A realização de tarefas cotidianas é negociação constante entre necessidade, vontade expressa e disponibilidade, fazendo parte do processo de reabilitação psicossocial.

- Com relação ao grupo: 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. No entanto, devemos lembrar que os CAPS, ambulatorios e outros recursos comunitários devem ser privilegiados em relação às moradias como local de tratamento. Ou seja, na casa abordam-se questões ligadas ao morar. As várias outras questões devem ser trabalhadas em outros espaços. Devemos lembrar também que o respeito à individualidade e singularidade deve prevalecer em relação às ações junto ao grupo.
- Questões ligadas ao morar: contratualidade – a parte de cada um, discórdias, disputas de espaço, namoro, barulhos, festas, crenças, etc.
- Suporte requerido: o acompanhamento terapêutico (AT) é muito utilizado no processo de reapropriação do espaço urbano e aquisição de autonomia para diversas tarefas. À medida que o usuário ganha autonomia, em vez de dispensar o suporte, passa a requerer modos mais refinados e complexos de acompanhamento. A atenção clínica geral pode ser feita por meio do Programa de Saúde da Família, assim como outros serviços e suportes na comunidade podem e devem ser utilizados pelos moradores.
- Quanto aos trabalhadores: 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. 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.

AFINAL, O SRT VALE A PENA?

Precisaríamos de muitas páginas para descrevermos várias minúcias e pequenas histórias que povoam o cotidiano dos usuários desse projeto: a alegria de, enfim, ter um quarto privativo, os pertences à mão, uma cozinha para o ansiado café preto, a possibilidade de escolher com quem dividir o espaço, escolher a hora do banho e de levantar da cama, entre outras coisas.

Alguns ganhos são evidentes e imediatos, outros são peculiares a cada um e podem demorar anos para serem conquistados ou percebidos. No entanto, não há comparação possível entre a vida coletivizada das instituições totais e o residir na comunidade, com toda a sua complexidade e infinitas possibilidades de troca. Como afirmou um morador de SRT:

*"Uma casa... é o habitar da cidade.
É você poder habitar a cidade, tendo um lugar para voltar...
para voltar no fim do dia. Eu habito esta cidade!"*

PARA IR MAIS LONGE... ALGUMAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANTES, O.; VAINER, C.; MARICATO, E. *A cidade do pensamento único: desmanchando consensos*. Petrópolis: Vozes, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde – Legislação em Saúde Mental: 1900-2004. Brasília, Secretaria de Atenção à Saúde, 4ª. Ed. Rev. e atual., 2004.

FRAYSE-PEREIRA, J.A. “Crise e cidade: por uma poética do acompanhamento terapêutico”. In: *Crise e cidade: o acompanhamento terapêutico*. São Paulo: EDUC, 1997.

JUSTO, S. “Saúde mental em trânsito: loucura e a condição de itinerância na sociedade contemporânea”. In: BOARINE, M.L. (Org.) *Desafios na atenção à saúde mental*. Maringá: EDUEM, 2000.

MARINS, P.C.G. “Habitação e vizinhança: limites da privacidade no surgimento das metrópoles brasileiras”. In: SEVCENKO, N. (Org.) *História da vida privada no Brasil*, 3 - República: da Belle Époque à Era do Rádio. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. SAS/DAPE/DAB. Coordenações de Saúde Mental e de Gestão da Atenção Básica. *Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília, 2003.

SCARCELLI, I.R. *Entre o hospício e a cidade: exclusão/inclusão social no campo da saúde mental*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2002.

VASCONCELOS, E.M. “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, L.C.S. & VASCONCELOS, E.M. (Orgs) *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 2000.

VENÂNCIO, A., LEAL, E. e DELGADO, P. *O campo da atenção psicossocial*. Te Corá/Instituto Franco Basaglia. Rio de Janeiro, 1996.

ANEXO: SERVIÇOS RESIDENCIAIS EM FUNCIONAMENTO

UF	Município	nº Módulos	nº Moradores
PA	BELÉM	1	5
CE	SOBRAL	1	8
MA	SÃO LUÍS	2	14
PE	CAMARAGIBE	1	6
PE	RECIFE	5	35
RN	NATAL	2	-
SE	ITABAIANA	1	8
SE	NOSSA SENHORA DA GLÓRIA	1	6
SE	NOSSA SENHORA DO SOCORRO	5	22
GO	GOIÂNIA	2	16
MT	CUIABÁ	10	80
ES	CARIACICA	1	-
MG	ARAÇUAÍ	1	10
MG	BARBACENA	12	87
MG	BELO HORIZONTE	8	75
MG	BETIM	2	6
MG	JUIZ DE FORA	1	5
RJ	BOM JESUS DO ITABAPOANA	1	7
RJ	CARMO	5	24
RJ	DUQUE DE CAXIAS	1	6
RJ	ITAOCARA	1	2
RJ	NITERÓI	2	14
RJ	PARACAMBI	7	44
RJ	RIO DE JANEIRO	17	71
SP	AMPARO	1	8
SP	ARARAQUARA	5	12
SP	CAMPINAS	30	148
SP	CASA BRANCA	48	198
SP	ITAPIRA	1	6
SP	LINS	1	6
SP	MOCOCA	2	13
SP	PIRACICABA	1	8
SP	PROMISSÃO	2	17
SP	RIBEIRÃO PIRES	9	83
SP	RIBEIRÃO PRETO	6	17
SP	SANTA RITA DO PASSA QUATRO	24	110
SP	SANTO ANDRÉ	3	19
SP	SANTOS	1	19
SP	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	1	5
PR	CAMPINA GRANDE DO SUL	2	34
PR	CURITIBA	2	13
PR	PINHAIS	1	10
RS	ALEGRETE	1	8
RS	BAGÉ	1	8
RS	PORTO ALEGRE	30	70
14	45	262	1.363



Ministério da Saúde – Ministro Humberto Costa
Secretaria de Atenção à Saúde – Jorge Solla
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Tereza Campos
Coordenação-Geral de Saúde Mental – Pedro Gabriel Godinho Delgado
Endereço: Bloco G, Edifício Sede, 6º Andar, Sala 606 – Esplanada dos Ministérios –
CEP 70058-900 – Brasília, DF
Tels: (61) 315 2313, 315 2684, 315 3319 e Faxes: (61) 315-2313, 315-3403
E-mails: saudemental@saude.gov.br, devoltaparacasa@saude.gov.br.
Site: <http://pvc.datasus.gov.br>
Organização: Juarez P. Furtado (consultor)

Equipe de Saúde Mental/MS
Responsável pelos Serviços Residenciais Terapêuticos: Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann (cristina.hoffmann@saude.gov.br)
Responsável pelo Programa "De Volta Para Casa": Marden Marques Soares Filho (marden.filho@saude.gov.br)

Impressão

Gráfica e Editora Brasil Ltda.

End.: SIG/Sul, Quadra 8, nº 2.378 – CEP: 70610-400 – Brasília/DF

Tel.: (61) 344 1614 – Fax: (61) 344 1613 – *E-mail*: master@graficabrasil.net





Disque Saúde
0800 61 1997

**Ministério
da Saúde**

