

Paula Montanheiro Barioni

Residências Terapêuticas no “Serviço de Saúde
Dr. Cândido Ferreira”: estratégia, avanços e
desafios para as Políticas de Saúde Mental em
Campinas

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Saúde
Coletiva da Coordenadoria de Recursos
Humanos da Secretaria de Estado da
Saúde de São Paulo, para obtenção do
título de Mestre em Saúde Coletiva.

São Paulo
2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Paula Montanheiro Barioni

Residências Terapêuticas no “Serviço de Saúde
Dr. Cândido Ferreira”: estratégia, avanços e
desafios para as Políticas de Saúde Mental em
Campinas

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Saúde
Coletiva da Coordenadoria de Recursos
Humanos da Secretaria de Estado da
Saúde de São Paulo, para obtenção do
título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Área de concentração: Gestão e
Práticas de Saúde**

Prof. Dr. Lauro Cesar Ibanhes

São Paulo
2013

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca. Centro de Apoio Técnico–Científico. Instituto de Saúde

Barioni, Paula Montanheiro

Residências Terapêuticas no “Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira”:
estratégia, avanços e desafios para as Políticas de Saúde Mental em
Campinas/ Paula Montanheiro Barioni, São Paulo, 2013.
98p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde
Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado
da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde
Orientador: Prof. Dr. Lauro Cesar Ibanhes

1.Saúde Mental 2.Serviços de Saúde Mental 3.Política de Saúde I. Título.

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação de mestrado, com todo o meu respeito e o meu carinho, a todos os moradores do Serviço Residencial Terapêutico!

Aos que ainda me olham nos olhos e aos que me acompanham lá do infinito...

Marlenes, Orlandos, Valdinos, Carlos, Robsons, Natalinos, Mauros, Ciceros, Normas...

Sem eles, nada disso seria possível!

AGRADECIMENTOS

Refletir...

...essa história começou muitos anos atrás, na pequenina Santa Rita do Passa Quatro, minha terra natal... cidade conhecida pelos “bons ares” e famosa pela existência de um grande hospital psiquiátrico, “o sanatório”, que ainda hoje assusta muita gente... e também, ainda bem pequenina, ia encontrar meu pai que trabalhava numa agência bancária lá dentro... e também me assustava: “Por que eles estão atrás de grades? E por que eles as sacodem e gritam tanto? Por que elas andam com bonecas? Elas já estão grandes! Por que passam batom na bochecha? Por que repetem bala, café, cigarro?! Alguns anos após, já na minha adolescência, minha mãe começa a trabalhar neste hospital, agora um Centro de Atenção Integral à Saúde... eu, decidida a cursar Psicologia... chego na Unesp, em Assis... descubro outra vida... Saúde Mental, Atenção Psicossocial, CAPS Cândido Mota, Maracá, CIAPS Assis, seis inesquecíveis anos... chego a Campinas... nova aventura, mais uma etapa... busca por trabalho... “Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira”... 1º emprego... encontro-me no Serviço Residencial Terapêutico... encanto-me pelos moradores e pelas moradias...

Agradecer...

Agradeço ao “Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira”, Cândido-Escola e a todos os trabalhadores da instituição mas, principalmente, agradeço à equipe do “Serviço Residencial Terapêutico”, imensamente, às gerentes Veridiana e Ana Carla e a todos os colegas de trabalho, que sempre me apoiaram e incentivaram a seguir, tornando o cotidiano mais leve...

Agradeço ao meu “querido orientador”, Prof. Dr. Lauro Cesar Ibanhes, por ter sido tão corajoso em aceitar orientar a teimosia em forma de Paula...

Agradeço à toda a equipe do Instituto de Saúde – recepcionistas, copeiras, secretárias, secretários, equipe da biblioteca, à querida Carmem e aos professores, nossos verdadeiros mestres!

Agradeço aos meus pais que NUNCA permitiram que eu desistisse, com toda a força desse significante, e por não terem me dado segunda opção...

Agradeço à minha família por todas as “festanças e comilanças” que me fizeram mais feliz...

Agradeço ao “Apê da Amnésia”, queridas Raquel, Mayara e, em especial, minha linda irmã Marília, que sempre me acolheram de coração aberto nas muitas sextas-feiras pós aula do mestrado...

Agradeço a mon chéri Laurent, que se fez presente nesse percurso, a cada passo, mesmo do outro lado do oceano Atlântico...

Agradeço aos amigos, tão queridos e importantes:

Patrícia, que me enviou o edital do processo de mestrado, Giselli, companheira de casa, que me apoiou desde a inscrição, Lívia Martha que me fez sorrir quando eu quis chorar, Amélia e Celso, melhores companheiros de carona e amigos para a vida toda, Carol e Rodrigo, pacientes, tolerantes e responsáveis pela importantíssima paginação deste estudo...

...sem cada um de vocês nada disso aconteceria...

A Terra Prometida

Vinicius de Moraes

Poder dormir

Poder morar

Poder sair

Poder chegar

Poder viver

Bem devagar

E depois de partir poder voltar

E dizer: este aqui é o meu lugar

E poder assistir ao entardecer

E saber que vai ver o sol raiar

E ter amor e dar amor

E receber amor até não poder mais

E sem querer nenhum poder

Poder viver feliz pra se morrer em paz

Resumo

Introdução - O Serviço Residencial Terapêutico (SRT), substitutivo ao modo manicomial asilar de assistência, é uma das estratégias de atenção à saúde mental preconizadas pela Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde. No processo de transformação do modelo da atenção em Saúde Mental faz-se necessária a busca incessante da redução das internações psiquiátricas - quantidade, frequência e duração -, bem como a concomitante implantação de uma rede de serviços integrados à vida comunitária, composta por saberes múltiplos, capazes de responder de modo singular às demandas de usuários e seus familiares.

Objetivos - Analisar o atual estágio de implantação do SRT vinculado ao “Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira” (SSCF) Campinas/SP; compreender e avaliar as especificidades e estratégias elaboradas no enfrentamento de questões tanto por parte dos gestores como dos serviços e profissionais de saúde. **Método** - A pesquisa utilizou abordagem qualitativa no estudo da legislação sobre Saúde Mental e a estratégia SRT e a análise documental de registros institucionais relativos à implantação do SRT no SSCF e ainda dos prontuários de moradores de residências terapêuticas. Seguiu-se tabulação e organização dos dados para elaboração de perfis socioculturais e diagnóstico, tanto dos atuais moradores de residência terapêutica como dos candidatos. A coleta dos dados se deu a partir da submissão e aprovação desta pesquisa em ambos os Comitês de Ética em Pesquisa, do SSCF e do Instituto de Saúde.

Resultados – Foi elaborado amplo perfil demo-epidemiológico e social dos atuais moradores do SRT e identificado novos candidatos. Foram identificadas novas demandas de atenção para os SRT em ambos os grupos. A pesquisa apontou paradoxos em relação aos objetivos e finalidades do SRT, tanto naquilo que consegue cumprir e atingir como em função de novas demandas que emergem em relação aos cuidados de saúde e necessidades socioculturais. Isso porque o atendimento aos atuais moradores implica não só na ampliação das ações e cuidados aos mesmos como também em relação a novos sujeitos candidatos. Identificou-se mecanismos informais de articulação não apenas entre os trabalhadores do SRT e da Saúde como com profissionais de outros equipamentos sociais, caso da Educação e Bem Estar Social no trato do tema. **Conclusões** – a descrição do atual estágio de implantação do SRT/SSCF indica que o serviço organiza-se de acordo com os critérios definidos na legislação e o trabalho acontece sob a ética da Atenção Psicossocial. Contudo, a legislação não contempla a configuração atual do SRT que está em fase de rearranjos e readequações conforme prevê a legislação, buscando superar o balizamento marcadamente em aspectos contábeis e racionalizadores. **Potencial de aplicabilidade:** apresenta-se a necessidade de aprofundar e institucionalizar mecanismos e estratégias junto aos demais equipamentos e níveis de atenção em saúde e outros setores sociais. Indica-se a articulação não só dos profissionais, mas também dos gestores, no planejamento, na provisão e na execução de medidas e ações intersetoriais envolvidos no tema e mesmo de âmbito das relações interfederativas.

Descritores: Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Política de Saúde.

Abstract

Introduction - The Therapeutic Residential Service (TRS), substitute the asylum model care is one of the strategies of mental health care recommended by the National Mental Health Policy, Ministry of Health. To the process of transformation of the model of care in Mental Health it is necessary the relentless pursuit of reducing psychiatric hospitalizations - quantity, frequency and duration - and the concomitant establishment of a network of integrated community living services , consisting of multiple knowledge, able to respond in a unique way the demands of users and their families. **Aims** - To analyze the current stage of implementation of TRS linked to “Health Service Dr. Candido Ferreira” (SSCF) Campinas/SP; To understand and assess the characteristics and strategies developed in coping with issues both by managers as services and health professionals. **Methodological approach:** The study used a qualitative approach in the study of legislation on Mental Health and TRS strategy and document analysis of institutional records relating to the implementation of TRS in SSCF and even the medical records of residents of therapeutic homes . Followed tabulation and organization of data for development of diagnostic and sociocultural profiles of both current residents of residence as therapeutic candidates . Data collection occurred from the submission and approval of this research in both the Ethics in Research of the SSCF and the Institute of Health Results. **Results:** Wide social and epidemiological profile of the current residents of the TRS was prepared and identified new candidates. New demands attention for the TRS were identified in both groups. The research pointed paradoxes in relation to the objectives and purposes of the TRS, so what can accomplish and achieve as a result of new demands that emerge in relation to health care and socio-cultural needs. This is because the service to current residents involves not only the expansion of actions and care for ourselves as also for new candidates. We identified informal mechanisms of coordination not only between the TRS workers and health professionals as with other social areas, as Education and Social Welfare support the issue. **Conclusions:** the description of the current stage of implementation of TRS / SSCF indicates that the service is organized according to the criteria defined in the legislation and the works is according to the ethics of Psychosocial Care. However, the legislation does not address the current setting of TRS that is under rearrangements and replanting as required by the legislation, seeking to overcome the beacon heavily on accounting issues and rationalizing. **Potential applicability:** it presents the need to deepen and institutionalize mechanisms and strategies along with other equipment and levels of health care and other social sectors. Also indicates the articulation not only professionals, but the managers, in the planning, provision and implementation of measures and intersectoral actions involved in the issue and even interfederatives relations context.

Descriptors: Mental Health ; Mental Health Services ; Health Policy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 OBJETIVOS	16
3 MATERIAL E MÉTODOS	17
4 REFORMA PSIQUIÁTRICA: CONTEXTO SÓCIO-POLÍTICO	19
4.1 BASES PARA A CONCEPÇÃO CONTEMPORÂNEA DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	20
5 CAMPINAS E A CONSTRUÇÃO DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL	23
5.1 ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL A PARTIR DO NOVO PARADIGMA: O MODO PSICOSSOCIAL	28
5.2 SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: ARCABOUÇO LEGAL	30
5.3 IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO PELO SERVIÇO DE SAÚDE Dr. CÂNDIDO FERREIRA	32
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
6.1 RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS EM FUNCIONAMENTO	39
6.2 EQUIPE DO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO	43
6.3 PERFIL SOCIAL DOS MORADORES DO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO	50
6.4 UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E OUTRA ATIVIDADES	60
6.5 DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO PRINCIPAL	66
6.6 SOBRE EVENTUAIS NOVOS MORADORES	70
6.7 O SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO EM RELAÇÃO À POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL	73
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
ANEXO 1	86
ANEXO 2	92
ANEXO 3	95
ANEXO 4	97

1 INTRODUÇÃO

O projeto desta pesquisa surgiu a partir da experiência de trabalho da autora como psicóloga na equipe dos Serviços Residenciais Terapêuticos (“equipe das moradias”) do “Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira” (SSCF), localizado em Campinas, estado de São Paulo.

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT), substitutivo ao modelo manicomial asilar de assistência, encontra-se entre as estratégias de atenção preconizadas pela atual Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) do Ministério da Saúde, baseada na Lei 10.216/2001 que *“dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”*, regulamentando o modelo de atenção em Saúde Mental no Brasil (BRASIL, 2001a).

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 ações de Saúde Mental na Atenção Básica, como também orienta sobre a atenção integral a usuários de substâncias psicoativas.

Conforme artigo 196 da Constituição Federal de 1988¹, o acesso à saúde tornou-se dever do Estado e direito de todo cidadão. Havia um complexo contexto nacional de redemocratização e de implementação do Sistema Único de Saúde². Assim, foi nesse cenário político-histórico de implementação do SUS, pós promulgação da Constituição de 1988, que reuniram-se condições extremamente favoráveis para a tomada de responsabilidade dos municípios pela gestão de ações em saúde e, conseqüentemente, condições favoráveis para o

¹ CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988, Seção II, DA SAÚDE, 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.

² 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.

aumento do controle social destas mesmas ações e dos serviços de saúde (VALENTINI, 2001, p.13).

Dentre inúmeras iniciativas, fortaleceram-se no Brasil o Movimento pela Reforma Psiquiátrica e o Movimento da Luta Antimanicomial. As diretrizes da Reforma Psiquiátrica fundamentam-se na substituição do modelo asilar, chamado ‘modelo manicomial’ de atenção — centrado no hospital psiquiátrico, baseado em medidas de ‘isolamento terapêutico’ do paciente e na hipermedicalização —, por um modelo centrado no respeito ao cidadão e que preserva a autonomia do sujeito, o Modo de Atenção Psicossocial.

O Movimento da Luta Antimanicomial caracteriza-se pela luta por direitos das pessoas com sofrimento psíquico intenso e persistente. É de extrema importância salientar que este Movimento combate a ideia de isolamento como forma de tratamento às pessoas com sofrimento psíquico e lembra à sociedade, cotidianamente, que estas pessoas, como todo cidadão, têm o direito fundamental à liberdade, o direito a viver em sociedade, o direito a receber cuidado e tratamento dignos.

Ainda na conjuntura de redirecionamento das ações em saúde, mais especificamente a respeito da Saúde Mental, o Ministério da Saúde publica a Portaria MS 106/2000, que cria o *Serviço Residencial Terapêutico* (SRT) no âmbito do SUS. Este serviço torna-se responsável pelo acolhimento das pessoas com sofrimento psíquico intenso e persistente que, anteriormente, foram moradoras de hospitais psiquiátricos ou instituições asilares similares, devido às internações psiquiátricas de longa permanência, e que perderam os vínculos com os familiares e/ou vínculos sociais, culturais, trabalhistas, econômicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000a).

Fica definido por esta legislação, segundo artigo 3º, que aos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cabem:

a. garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia;

b. atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado;

c. promover a reinserção desta clientela à vida comunitária.

O Ministério da Saúde, em 2004, publicou a cartilha temática “Residências Terapêuticas: o que são, para que servem” reforçando a definição destas como “casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não” devendo “buscar de modo especial a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004c, p.5).

A história da implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, como parte da estratégia reorientadora do modelo de atenção em Saúde Mental, o Modo de Atenção Psicossocial, se alinha a proposituras mais amplas como o Relatório Mundial da Saúde publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Tal documento declara 2001 o “Ano da Saúde Mental” com a proposta e o lema de “Cuidar Sim, Excluir Não”, enfatizando três princípios (OMS, 2002).

O primeiro desses princípios afirma que não deverá existir discriminação por doenças mentais. O segundo trata do direito de todas as pessoas acometidas por sofrimentos psíquicos receberem cuidados necessários na sua própria comunidade. E, finalizando, o terceiro princípio salienta que estas mesmas pessoas terão o direito de serem tratadas de forma menos restritiva e intrusiva, em um ambiente o menos limitativo possível (OMS, 2002 e CEBES, 2001, p.3).

Neste processo de transformação do modelo da atenção em Saúde Mental e de substituição da lógica asilar-manicomial pelo Modo de Atenção Psicossocial, é preciso destacar a busca incessante da redução radical das internações psiquiátricas - em relação à quantidade, frequência e duração - e a concomitante implantação de uma rede de serviços integrados à vida comunitária, composta por saberes interdisciplinares capazes de responder de maneira singular às demandas de usuários e seus familiares. Este processo ganha cada vez mais legitimidade com a publicação e divulgação do Relatório Mundial da Saúde - OMS, acima referido. Enfatiza-se que o objetivo é proporcionar bons cuidados e a emancipação das pessoas com sofrimento psíquico intenso e alterações de comportamento, na perspectiva comunitária (OMS, 2002).

VIDAL e col. (2008) apontam que a desospitalização dos pacientes do hospital psiquiátrico e a busca pela reinserção social estão ligadas necessariamente à existência de variados serviços na comunidade que atendam a diferentes graus de complexidades de atenção em saúde mental, profissionais qualificados e que a saúde mental, de fato, esteja inserida no sistema de saúde como um todo.

Avançando quanto à problematização proposta neste trabalho, ressalta-se que, inicialmente, os SRTs foram planejados e constituídos como estratégia no processo de desinstitucionalização de pacientes egressos de longas internações psiquiátricas, sem suporte social ou vínculos familiares, que viabilizasse a inserção social. Porém, foi previsto e, em 2004, publicado pelo Ministério da Saúde, que outros usuários da rede de serviços de Saúde Mental, sem histórico de longas internações psiquiátricas, também poderiam se beneficiar do SRT como “dispositivos residenciais que permitem prover adequadamente suas necessidades de moradia” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004c, p.5).

Este apontamento do Ministério da Saúde surge a partir da realidade da rede de serviços de Saúde Mental já implantada, que enfrentava as complexidades do acolhimento e do manejo cotidiano de demandas por moradia de usuários em sofrimento psíquico intenso, sem vínculos familiares ou rede social constituída, principalmente nos CAPS III³.

Os leitos-noite dos CAPS III, inaugurados originalmente para acolher demandas pontuais de usuários em crise, passaram a ser ocupados, rotineiramente, por usuários em risco social, usuários que se encontravam em graves situações de exposição à violência, riscos por agravamento clínico, intenso sofrimento psíquico, ou seja, uma demanda social de proteção e abrigo. No município de Campinas, há alguns casos, em que usuários tornaram-se moradores do 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, com familiares, em pensões ou em repúblicas. Estes usuários, vinculados aos CAPS ou aos demais serviços de saúde mental do território, apesar de não terem vivido longos anos institucionalizados em hospitais psiquiátricos, não possuem uma

³ De acordo com a Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, os CAPS III são centros de atenção psicossocial para municípios com população acima de 200.000 habitantes. CAPS III são serviços com funcionamento 24h, todos os dias da semana, com leitos para acolhimento noturno de usuários em crise, retaguarda em situações específicas e eventuais, como necessidade de repouso, observação.

rede consistente de apoio familiar e/ou social que possibilite os cuidados necessários ou o apaziguamento do sofrimento psíquico.

Ainda em relação à problematização a que se propõe este estudo, cabe considerar que os primeiros moradores do projeto de moradias extra-hospitalares do “Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira”, ao longo dos últimos 20 anos, aumentaram suas necessidades de cuidados clínicos específicos devido aos processos de envelhecimento e senilidade, acompanhados de fragilidades fisiológicas e orgânicas que se sobressaem nesta população que viveu anos consecutivos em manicômios, alimentando-se mal, com excessos de medicação, desidratação, maus-tratos, violências.

Em outras palavras, observa-se um ponto de tensão em relação aos objetivos e finalidades do SRT, tanto daquilo que consegue cumprir e atingir satisfatoriamente, de acordo com a legislação vigente, como de novas funções que surgem a partir de demandas e necessidades dos serviços e da população - em termos de assistência à saúde e aspectos socioculturais - relativas aos sujeitos em sofrimento psíquico intenso e persistente.

A equipe do SRT vinculado ao SSCF⁴, na qual a autora desta pesquisa atua como psicóloga desde 2007, há mais de 20 anos tem implementado variadas modalidades de RTs ampliando possibilidades de morar dos usuários da rede de atenção em saúde mental, para além do que seria previsto em legislação vigente no Brasil. E, finalmente, em 2009, foram desospitalizados os últimos moradores da instituição SSCF, que se mudaram para residências terapêuticas.

Assim, compuseram este estudo a descrição dos modelos de residências terapêuticas em funcionamento no SRT vinculado ao SSCF; a descrição do perfil dos atuais moradores, tratando-se de características predominantes, grau de participação da equipe no cotidiano desses moradores e manutenção dos cuidados em saúde; a descrição das características e necessidades dos usuários que aguardam eventual vaga para residência terapêutica, no município de Campinas, a critério de uma análise comparativa.

⁴ O Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira localiza-se na região leste do município, no distrito de Sousas. Por isso, desde 1991, data de início do projeto de ‘moradias extra-hospitalares’, optou-se por casas nos bairros desta região, principalmente, mas também na região sul do município, onde se formou outro polo de moradias referenciadas, a princípio, pelo CAPS Estação e, posteriormente, por equipe SRT/SSCF.

HIPÓTESE DE TRABALHO

A hipótese que se apresenta nesta pesquisa diz respeito a uma tensão entre as necessidades e demandas apresentadas pela rede municipal de saúde mental e as possibilidades de assistência ofertadas atualmente no SRT.

Observações assistemáticas apontaram um distanciamento entre o que está previsto em legislação e o modo de operacionalizar a assistência aos moradores. Isso indicaria a necessidade de implementação de novas formas e modalidades de RTs, com maior diversidade de capacidade de respostas e atualizações imprescindíveis para os projetos terapêuticos de cada residência terapêutica.

JUSTIFICATIVA

Primeiro cabe assinalar que no campo da Saúde Mental ainda há uma subutilização ou restrição quanto às metodologias e instrumentos de pesquisa propostos pela Saúde Coletiva. Sendo assim, é preciso destacar aqui que: “o esforço de compreensão e análise dos processos de gestão, assistência e avaliação desses serviços irá requerer um instrumental metodológico específico que contemple a pluralidade e interdisciplinaridade que os constituem” (ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2006, p.1056).

Ressalta-se ainda que, no intuito de identificar alguns dos importantes fatores que dificultam ou impedem a expansão de SRTs no Brasil, de acordo com a demanda, seria necessário incluir no desenho metodológico os próprios moradores, além das equipes e da comunidade (FURTADO, 2006a).

Assim sendo, mais de 20 anos após a inauguração da primeira “moradia extra-hospitalar” sob responsabilidade do SSCF, em 1991, outras questões surgem e se reeditam no atual contexto de implantação do serviço, tais como:

Quais são os perfis dos moradores que o SRT atende atualmente, além de pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos?

Existem outros moradores de SRT com características familiares, diagnósticas/nosográficas, sociais ou econômicas diferentes daqueles originariamente egressos dos hospitais psiquiátricos?

Quais são as principais características sócio-econômico-culturais e as necessidades de atenção à saúde das pessoas que aguardam vaga em uma RT?

Como se organizam e ocorrem os fluxos dos encaminhamentos para o SRT?

Quais são os serviços que solicitam e encaminham moradores para SRT?

Existem estratégias no manejo e iniciativas teórico-práticas elaboradas por parte das equipes multiprofissionais no enfrentamento das dificuldades cotidianas?

Afinal, quais são os principais desafios e avanços nestes anos todos?

O marco legal contempla e/ou dá conta do atual cenário/momento?

Tais questões dispararam uma análise e apreciação dos trabalhos cotidianos da equipe do SRT, assim como uma análise do posicionamento deste serviço na rede de saúde mental do município de Campinas, já que as equipes de saúde mental vivenciam, diariamente, a enorme complexidade de trabalhar sob a orientação de garantir dignidade na atenção ao usuário e promover a saúde, priorizando a singularidade em cada sujeito, ampliando a rede de ajuda e suporte em outros setores, reconhecendo os limites do conhecimento técnico dos profissionais, assumindo um compromisso ético e, finalmente, responsabilizando-se pelo usuário do serviço de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

2 OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivo geral:

Descrever e analisar o estágio de implantação do SRT vinculado ao SSCF, localizado nas regiões distritais leste e sul do município de Campinas, em relação aos critérios definidos em legislação federal pelo Ministério da Saúde.

Considerando os objetivos específicos, este trabalho propôs:

- 1) Descrever as modalidades de residência terapêutica, atualmente em funcionamento no SSCF, definindo-as em categorias segundo graus de complexidade da assistência: equipe fixa 24h; equipe volante diurna/noturna;
- 2) Descrever o perfil social e as necessidades de cuidado em saúde dos atuais moradores das residências terapêuticas assistidas pelo SSCF por meio de categorias, tais como: sexo; idade; naturalidade; escolaridade; estado civil; procedência (hospital, abrigo, morador de rua etc.); tempo de inserção em SRT; mobilidade e circulação social (vínculos em outros serviços e atividades de cultura/esporte/lazer); inserção e relações sociais (vínculos familiares e de amizade); diagnóstico psiquiátrico principal (segundo CID 10);
- 3) Identificar perfil social e necessidade de cuidados dos potenciais novos moradores encaminhados ao SRT pelos CAPS III, CAPS AD, Núcleo de Retaguarda/SSCF, abrigos e albergues municipais;
- 4) Identificar fluxos, instrumentos e estratégias criados pela gestão e gerência do SRT/SSCF, relativos ao manejo e à inserção do usuário na rede de serviços de saúde e demais equipamentos, setores sociais e relações comunitárias;
- 5) Identificar o cumprimento da legislação em vigor em relação ao atual estágio de implantação da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

3 MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa se desenvolveu no Serviço Residencial Terapêutico (SRT) vinculado ao “Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira” (SSCF), município de Campinas, estado de São Paulo. A escolha do SRT/SSCF como campo de pesquisa foi intencional e justificou-se pelos vários anos de experiência deste serviço em relação à implantação de residências terapêuticas (RTs), questão primordial de interesse deste estudo. Ressalta-se aqui que as condições de acesso ao serviço e permanência em campo foram igualmente favorecidas dada a disponibilidade de todos os trabalhadores do SSCF, principalmente da equipe do SRT, além da própria imersão da pesquisadora no contexto assinalado⁵.

Assim, o desenvolvimento desta pesquisa deu-se a partir das seguintes atividades:

- 1) Levantamento de informações relativas à implantação do SRT pelo SSCF, no município de Campinas, por meio de fontes primárias como: atas de reuniões de equipe do “Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira”, registros de eventos, seminários, informes institucionais;
- 2) Levantamento de informações em prontuários e identificação de dados referentes ao perfil social, nosográfico e histórico clínico capazes de fornecer um quadro relativo ao perfil dos moradores do SRT estudado;
- 3) Identificação e classificação de informações socioeconômicas e de necessidades de cuidado em saúde de eventuais novos moradores do SRT, por meio

⁵ A princípio, considerou-se desenvolver nesta pesquisa, a partir do período exploratório para identificação de fontes de dados, entrevistas semiestruturadas com informantes-chave participantes do processo de implantação do Serviço Residencial Terapêutico, trabalhadores, gestores e usuários moradores das residências terapêuticas estudadas. Contudo, devido às dificuldades e a alguns contratempos nos processos de encaminhamento do projeto de pesquisa aos Comitês de Ética do Instituto de Saúde como também do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, optou-se por uma reestruturação das atividades propostas e, desta forma, não foram realizadas as entrevistas. Intensificou-se, então, a análise de prontuários e de atas do serviço aprofundando-se nesta pesquisa a análise documental.

dos protocolos encaminhados à rede de saúde mental de Campinas, junto à “Comissão Municipal de Moradia”⁶;

A pesquisa teve início com uma fase de exploração em que foram identificadas fontes de dados, como: prontuários de moradores do SRT, documentos institucionais, atas de reuniões de equipe, dentre outros registros referentes ao processo de implantação de residências terapêuticas pelo SSCF.

Em seguida, a coleta de dados propriamente, que se deu por meio de análise documental. Nesta pesquisa, a análise documental foi de fundamental importância para a realização dos objetivos específicos e contribuiu tanto para a construção do perfil dos moradores de RTs, a partir de uma organização e tabulação dos dados encontrados, como para indicar aspectos relevantes e interessantes, a serem aprofundados, complementando-se as informações obtidas (ALVES-MAZZOTTI, 2000).

Em síntese, a ordenação, classificação e categorização dos dados levantados em documentos institucionais contribuíram para a elaboração de um perfil dos atuais moradores do SRT, como também dos eventuais novos moradores por meio de categorias sociais, econômicas, culturais e de necessidades de cuidado em saúde.

Este estudo foi submetido e aprovado nos Comitês de Ética em Pesquisa tanto da instituição “Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira”, como junto ao CEPIS - Instituto de Saúde.

⁶ A Comissão Municipal de Moradias foi criada por iniciativa própria dos trabalhadores da rede de serviços de saúde mental em parceria com a Articulação Municipal de Saúde Mental/Secretaria Municipal de Saúde, com objetivos de triar as solicitações de vaga para residência terapêutica e avaliar os encaminhamentos. Esta Comissão é formada por representantes trabalhadores de serviços municipais que possuem relação com os Serviços Residenciais Terapêuticos, não somente serviços da rede municipal de Saúde Mental como também da Assistência Social, além da representação da Secretaria Municipal de Saúde.

4 REFORMA PSIQUIÁTRICA: CONTEXTO SÓCIO-POLÍTICO

No Brasil, a partir da promulgação da nova Constituição em 1988, o contexto político e o panorama social advindo da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) – Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990 - foram igualmente favoráveis à continuidade das discussões sobre a Reforma Psiquiátrica em espaços públicos de debate a respeito da assistência às pessoas com sofrimento psíquico intenso e persistente. Nessa conjuntura, é importante assinalar a realização da primeira Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) que já em 1987, no Rio de Janeiro, abordava os seguintes temas: *Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à Saúde Mental; Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.*

Segundo NICÁCIO (2003), desde o início da década de 1990 já se buscava a legitimação dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais, eixo de discussão que se definiu como estrutura do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, unida à superação do modelo asilar, engendrando mudanças significativas nas dimensões assistencial, legislativa e sociocultural para a implementação de uma Política Nacional de Saúde Mental.

Ao longo da década de 1990, apesar de mudanças e transformações no cenário político-econômico nacional, a Reforma Sanitária seguia e continuava a se concretizar em políticas públicas fortalecedoras do SUS. Sobre este mesmo período, LUZIO e YASUI (2010) apontam que alguns municípios já começaram a buscar estratégias de implementação e organização de serviços na comunidade, previstos pela Reforma Psiquiátrica e inspirados pelo Modo de Atenção Psicossocial nos cuidados em saúde.

O Ministério da Saúde então publica a Portaria n.º 224, em janeiro de 1992, que reafirma os princípios do SUS - universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações - estabelece diretrizes, regulamenta o funcionamento dos serviços de saúde mental existentes à época e assegura a participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução. Cabe aqui assinalar que, neste mesmo ano, 1992, ocorreu em Brasília a segunda CNSM, apresentando o tema “*A Reestruturação da Atenção*

em Saúde Mental no Brasil” e já contava com a participação de mais de 100 (cem) usuários de serviços de saúde mental como delegados da conferência.

Nesse sentido, juntamente da organização e realização de conferências, implementaram-se ferramentas, espaços e dispositivos de controle social sobre os serviços de saúde - Conselhos de Saúde, assembléias e associações de usuários, familiares e trabalhadores - aumentando as possibilidades de exercício da cidadania e de apropriação pelos cidadãos do direito a serem assistidos com respeito e dignidade.

A análise da legislação federal, publicada pelo Ministério da Saúde para a rede de serviços de saúde mental, mostra que no ano 2000 a Portaria nº 106, de 11 de fevereiro, instituiu os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do SUS, considerando-se a necessidade de reestruturação do modelo de atenção às pessoas com transtorno mental, visando a reabilitação e a reinserção social dos moradores de hospitais psiquiátricos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000a).

No ano seguinte, finalmente foi aprovada a regulamentação do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil por meio da Lei Federal 10.216 /2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redefinindo a assistência em Saúde Mental no cenário nacional, priorizando-se a oferta de tratamento em serviços territoriais, de base comunitária, em lugar das instituições totais, de modelo asilar, nas quais eram confinados os doentes psiquiátricos. Neste mesmo ano, 2001, ocorre a terceira CNSM com o tema “Cuidar, sim. Excluir, não.”

4.1 BASES PARA A CONCEPÇÃO CONTEMPORÂNEA DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Primeiro, é necessário buscar na história da psiquiatria do Brasil os diversos movimentos que ocorreram pela transformação do modelo de atenção ao sofrimento psíquico, ou seja, a transformação do modo manicomial asilar de assistência para a construção de uma

rede de atenção psicossocial descentralizada e estruturada em unidades de serviços comunitários e abertos.

No Brasil, de acordo com DEVERA e COSTA-ROSA (2007), o psiquiatra Ulisses Pernambucano, precursor da psiquiatria social, atuou entre 1920 e 1940 pela humanização da assistência, protestando contra as violências e maus-tratos nos hospícios e criando instituições abertas de atendimento, ainda que não substitutivas ao modelo tradicional asilar. Ao longo dos anos 1950, o modelo tradicional asilar de assistência começou a decair surgindo então os primeiros movimentos por uma reforma psiquiátrica em favor da desinstitucionalização da assistência em psiquiatria, da desospitalização de pessoas, da diminuição das admissões hospitalares e da constituição de serviços comunitários. Já nesta época foram encontrados registros que utilizaram a nomenclatura *saúde mental* e nesta mesma década foram descobertos os primeiros neurolépticos. No final da década de 1950, no estado de São Paulo, o Juqueri continuava sendo o grande asilo de pacientes psiquiátricos e, em 1965, iniciou-se uma política de redistribuição dos moradores de hospitais psiquiátricos para entidades privadas, principalmente do interior do estado.

No Brasil dos anos 1970, foram elaboradas propostas de transformação do modelo asilar. Iniciava-se a Reforma da Assistência Psiquiátrica negando-se qualquer possibilidade de exclusão, cronificação e violência aos pacientes. Mas foi precisamente em 1978, no Rio de Janeiro, durante o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, juntamente do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), que a nomenclatura “Reforma Psiquiátrica” foi assumida – parafraseando “Reforma Sanitária” – como designação do conjunto de ações de luta pela transformação do modelo psiquiátrico hospitalocêntrico e asilar, debates públicos sobre a loucura, a violência e a segregação institucional (DEVERA e COSTA-ROSA, 2007).

Considera-se que a partir de 1980, no Brasil, importantes encaminhamentos foram dados aos objetivos e propostas da Reforma Psiquiátrica, priorizando-se a contratualidade do paciente, a atenção à reabilitação/inserção social e oferta de cuidados comunitários, culminando na implantação dos novos serviços num contexto histórico, político e conceitual emergente (AMARANTE e TORRES, 2001).

Dentre os serviços implantados, vale destacar a criação do “Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira” (CAPS), em 1987, na cidade de São Paulo, ainda como intermediário entre o hospital psiquiátrico e o ambulatório de saúde mental, mas já como referência no tratamento territorializado. Assim, pós década de 1980, os significantes que nomeiam e orientam o ideário e as práticas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico, ou seja, Atenção Psicossocial, são herança do CAPS (DEVERA e COSTA-ROSA, 2007).

Ao longo dos anos 1990, os investimentos da Política Nacional de Saúde Mental seguiram na linha dos cuidados comunitários, da atenção psicossocial, independência e auto-gestão de equipes e serviços com o consequente aumento da qualidade de vida dos pacientes.

5 CAMPINAS E A CONSTRUÇÃO DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL

O *Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira* localizado em Sousas, distrito da cidade de Campinas, estado de São Paulo, fundado aos 6 de julho de 1919 e inaugurado aos 24 de abril de 1924 como o *Hospício para Dementes Pobres do Arraial de Sousas*, foi a primeira instituição filantrópica a oferecer cuidados a “doentes mentais” no estado de São Paulo. Nesta época, este hospício era uma instituição filantrópica, beneficente, sem fins lucrativos, que funcionava de acordo com o modelo manicomial asilar, atendendo a pacientes que se tornavam moradores ao longo dos anos devido às internações de longa permanência. Mais adiante, passou a ser chamado *Sanatório Dr. Cândido Ferreira* e funcionou dessa maneira até 1990. Contava, à época, com 194 (cento e noventa e quatro) pacientes-moradores e 70 (setenta) trabalhadores. Desse modo, a história desta instituição se entrelaça à história de Campinas em relação à construção de uma rede municipal de atenção à saúde mental.

De SORDI (2010) comenta que Campinas foi um dos primeiros municípios a incluir pautas sobre Saúde Mental nos debates de governo, desde início dos anos 1990, estruturando a partir de então uma rede de cuidados à época ainda não substitutiva ao manicômio, mas que avançava nos processos de desospitalização dos pacientes moradores de hospitais psiquiátricos e nos processos de criação de novos serviços nos bairros e nas comunidades, distribuídos no território, como as então chamadas “moradias assistidas” ou “moradias extra-hospitalares”.

Uma parceria foi estabelecida entre a instituição filantrópica até então chamada “Sanatório Dr. Cândido Ferreira” e a Prefeitura Municipal de Campinas, firmando-se um importante **convênio de co-gestão**, aprovado em 9 de maio de 1990 pela Lei Municipal nº 6.215, conforme abaixo explicitado:

"Art. 1º- Fica o Poder Executivo autorizado a firmar convênio com o Sanatório "Dr. Cândido Ferreira", visando o 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."

A partir do anúncio deste convênio municipal de co-gestão, fica legitimado o investimento institucional, em parceria com a 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.

Inicialmente, foram propostas algumas alterações para o estatuto da instituição SSCF. Dentre as alterações, houve a criação de um Conselho Diretor, com composição ampliada, que começou a trabalhar contando com representação dos governos municipal e estadual, representação dos trabalhadores, das universidades parceiras, da “Associação Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira” e de familiares de usuários dos serviços.

A partir da publicação do convênio de co-gestão, criou-se também um Conselho Técnico Administrativo (CTA) que se responsabilizou pela articulação dos projetos assistenciais entre os profissionais e a superintendência da instituição com o objetivo e o desafio de construir propostas inovadoras no modo de cuidar dos pacientes.

Conseqüentemente, a partir de 1991, institui-se um Colegiado de Gestão visando o gerenciamento compartilhado da instituição. O colegiado era composto por diversos profissionais da instituição, de variadas formações universitárias, que assumiram as gerências das equipes de assistência direta ao paciente-usuário-morador, bem como por outros profissionais, sem formação universitária, que assumiram o gerenciamento de equipes de apoio, como os setores de transporte, manutenção, higienização, lavanderia. Em relação à composição mais atual, esse Colegiado de Gestão conta com superintendência, direção

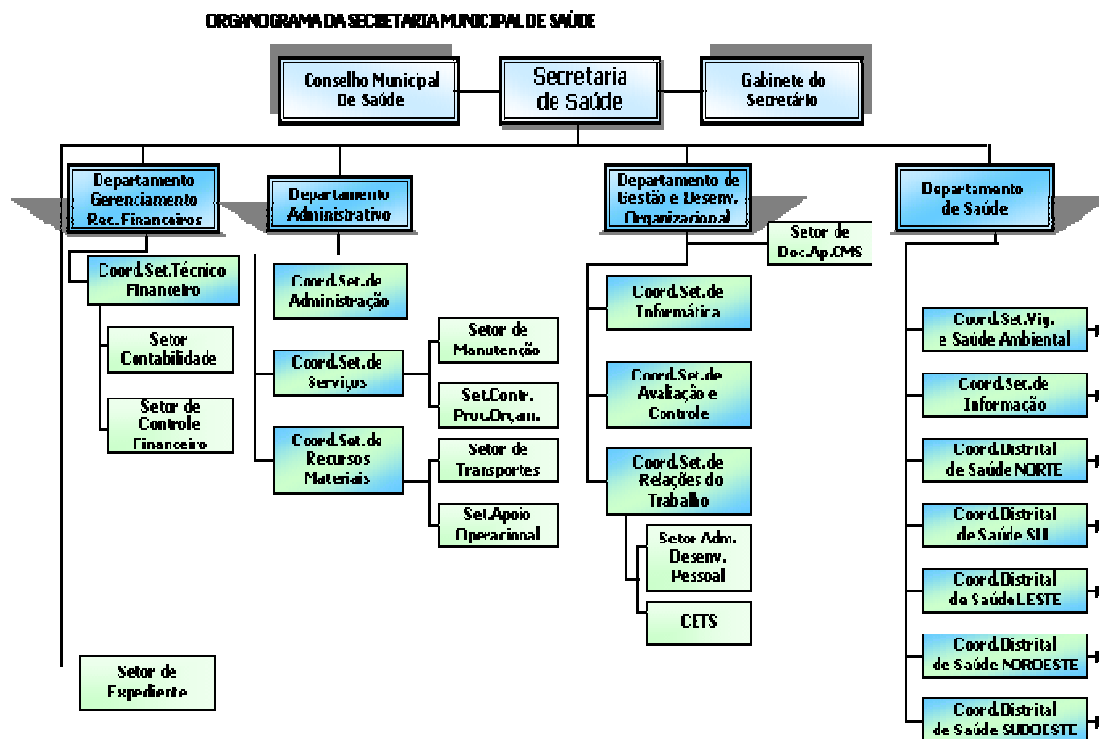
clínica, direção financeira, gerências das unidades assistenciais e supervisores de áreas de apoio – Farmácia; Alimentação e Nutrição; Higienização e Lavanderia; Manutenção, Segurança e Transporte; Departamento Pessoal - além das assessorias Jurídica, de Planejamento, de Comunicação e de Recursos Humanos, estas últimas ligadas diretamente à Superintendência.

De acordo com o Estatuto Social do “Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira”, Art. 38, o Conselho Diretor tem mandato de 03 (três) anos e é composto por 13 (treze) membros, sendo estes: presidente; vice-presidente e secretário - membros da “Associação Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira”; 02 (dois) membros indicados pelos funcionários da instituição por meio de eleição direta dos pares; 02 (dois) membros indicados pelo Secretário Municipal de Saúde de Campinas; 01 (um) membro indicado pela Secretaria Estadual de Saúde (DRS VII - Campinas); 01 (um) membro representante dos usuários e 01 (um) representante de familiares, ambos eleitos pelos pares; 02 (dois) membros indicados pelas instituições de saúde e ensino conveniadas ao “Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira”; 01 (um) membro indicado pelo Conselho Municipal de Saúde, representando o segmento usuário. Cabe ressaltar que todos os membros têm direito a voz e voto.

Segundo dados do último censo IBGE, em 2010 o município de Campinas contava com uma população de 1.080.113 habitantes e estimou-se 1.144.862 habitantes em 2013, em uma área de 795 km² (IBGE, 2013).

Devido às diversas complexidades do município, Campinas decidiu pela descentralização do planejamento e da gestão das ações de saúde para áreas com cerca de 200.000 habitantes cada, organizando-se os distritos de saúde regionais. Observa-se no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, apresentado logo abaixo, que o Departamento de Saúde é o responsável pela coordenação dos Distritos de Saúde - Norte, Sul, Leste, Noroeste e Sudoeste – e estes distritos são os responsáveis pela organização, distribuição e avaliação dos serviços nos territórios. Desse modo, também se constituiu a rede municipal de serviços de atenção à saúde mental em Campinas, seguindo esta mesma lógica de organização e distribuição dos serviços de acordo com os distritos regionais de saúde.

O organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas:



Fonte: Prefeitura Municipal de Campinas. Disponível em: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>. Acesso em 18 de junho 2012.

A propósito da rede municipal de serviços de atenção à saúde mental de Campinas, o município conta, atualmente, com uma ampla rede de serviços que se apresenta da seguinte forma:

- 06 CAPS III: Estação (região norte); Antônio da Costa Santos (região sul); Esperança (região leste); Integração (região noroeste); Novo Tempo e Davi Capistrano (região sudoeste);
- 02 CAPS infantil: Espaço Criativo e CEVI;

- 03 CAPS AD: Reviver (região leste); Independência (região sul); Antônio Orlando (região noroeste);
- Unidades Básicas de Saúde com equipes de saúde mental – psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional (cerca de 20 dentre as 62 do município);
- Oficinas de Trabalho e Geração de Renda: Casa das Oficinas (região noroeste) e Núcleo de Oficinas e Trabalho - NOT (região leste);
- 12 Centros de Convivência: Tear das Artes e Andorinha (região sudoeste); Toninha e Projeto Teia (região noroeste); Casa dos Sonhos e Espaço das Vilas (região leste); Aurélia, João de Barro e Viver Conviver (região norte); Rosa dos Ventos, Bem Viver e Portal das Artes (região sul);
- Serviços Residenciais Terapêuticos;
- Urgência e emergência/SAMU;
- Unidades de internação psiquiátrica: Núcleo de Retaguarda/SSCF; enfermarias de psiquiatria no Complexo Hospitalar Ouro Verde (CHOV) e no Hospital de Clínicas/HC-Unicamp;

Fonte: Prefeitura Municipal de Campinas. Disponível em: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>. Acesso em 23 de setembro 2013.

A partir da implantação da co-gestão no SSCF, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, usuários dos serviços, familiares de usuários, trabalhadores, Conselho Municipal de Saúde, universidades, dentre outros setores, uma interessante estratégia se viabilizou em Campinas para a criação, implementação e sustentação de uma abrangente e diversificada rede municipal de atenção psicossocial, compreendendo as particularidades e complexidades da atuação dos serviços de saúde mental no território, bem como favorecendo a apropriação dos serviços pelos usuários, principalmente, e pela população em geral.

5.1 ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL A PARTIR DO NOVO PARADIGMA: O MODO PSICOSSOCIAL

No “Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira” (SSCF), a partir do segundo ano de instalação da co-gestão, iniciou-se a intervenção na dimensão assistencial da instituição modificando-se o modo de trabalhar e prestar assistência aos usuários do serviço. Os principais objetivos do “Cândido Ferreira” foram e ainda hoje são: a participação social dos usuários dos serviços de saúde mental, o respeito ao direito à convivência, a desospitalização de todos os pacientes “moradores de hospital” e a retomada da vida em casas na cidade.

Organizaram-se, à época, quatro diferentes equipes constituídas por diversos profissionais de saúde junto de alguns artistas, que também participaram deste processo, todos responsáveis pelo cuidado direto aos pacientes. “Incluir a arte no campo dos novos cuidados era, naquele momento, incluir o respeito à liberdade de expressão, em busca de uma nova estética, de uma nova ética nos cuidados: a ética do respeito à liberdade” (VALENTINI, 2001, p.17).

Cada uma das quatro equipes existentes assumiu os cuidados de um grupo específico de pacientes: um primeiro grupo de pacientes internados na instituição há muitos anos ou “moradores”; um grupo de pacientes em crise também chamados “agudos”; um terceiro grupo de pacientes do hospital-dia ou “HD” e um quarto grupo de pacientes que trabalhavam no “Núcleo de Oficinas e Trabalho” (NOT).

Entre os anos 1990 e 2000, a instituição SSCF processou rupturas com o modelo asilar de assistência, vigente até então, a partir do fechamento de alas psiquiátricas e da inauguração de serviços descentralizados e distribuídos pelas regiões do município de Campinas. Neste período, inclui-se também a inauguração das primeiras “moradias extra-hospitalares”.

A antiga ala psiquiátrica “Paraíso” transformou-se em “Unidade de Reabilitação de Moradores” já no início do processo de co-gestão do SSCF, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, e tornou-se o CAPS “Estação” posteriormente, um serviço então

localizado na região central de Campinas. Esta equipe era responsável pelo acompanhamento dos projetos terapêuticos individuais (PTIs) de cerca de 90 (noventa) pacientes e de outros 35 (trinta e cinco) moradores que viviam em sete moradias, assim nomeadas à época, no território.

A equipe do Hospital-Dia (HD) acompanhava cerca de 40 (quarenta) moradores em dez “moradias”, além de 120 (cento e vinte) projetos terapêuticos de usuários do serviço que moravam com as próprias famílias. A equipe do HD e a equipe da Unidade de Internação implementaram um outro serviço, nomeado CAPS Esperança, este na região leste de Campinas. A equipe que acompanhava os pacientes em crise inaugurou um serviço de atenção à dependência química na região sul de Campinas, enquanto a equipe NOT iniciava um processo de instalação de uma cooperativa de trabalho para 160 (cento e sessenta) usuários que estavam em acompanhamento.

Neste mesmo período, também se implementou um interessante convênio e parceria com a FUMEC – Fundação Municipal de Ensino Comunitário – vinculada à Secretaria Municipal de Educação, que possibilitou a criação de uma escola comunitária no distrito de Sousas, para viabilizar a alfabetização tardia de jovens, adultos e idosos tanto da comunidade como do SSCF. No mesmo espaço, surgiram outras atividades, como cursos de culinária, cursos de cabeleireiro, capoeira, ginástica, dentre outros. Posteriormente, o espaço se transformou em um Centro de Convivência para crianças, jovens, adultos e idosos de toda a comunidade, tornando-se um equipamento de extrema importância para a rede de saúde do município.

Ao longo de mais de vinte anos após o início do processo de co-gestão da instituição, vê-se que os serviços se expandiram pelos territórios e diversificaram as modalidades de assistência prestada com o objetivo de preservar a contratualidade social do usuário. Neste propósito, a rede de serviços de saúde mental que se formou, vinculada diretamente ao SSCF, conta com:

- Núcleo de Retaguarda: unidade de internação hospitalar localizada no espaço SSCF, que oferece retaguarda psiquiátrica, clínica e para usuários de álcool e outras drogas,

com leitos regulados por uma Central Municipal de Regulação de Vagas (CMRV) de Campinas;

- CAPS III: “Estação”, “Esperança” e “Antônio da Costa Santos”;
- CAPS AD: “Independência” e “Antônio Orlando”;
- Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT);
- Centros de Convivência (CECOS): “Casa dos Sonhos”, “Rosa dos Ventos” e “Espaço das Vilas”;
- Cândido-Escola: responsável pela recepção e organização de estágios, pesquisas de nível técnico, graduação e pós-graduação; educação permanente para trabalhadores SUS e residência médica em Psiquiatria;
- Ponto de Cultura “Maluco Beleza”: incentiva, proporciona e realiza atividades relacionadas à Comunicação Comunitária, como a oficina de jornal impresso ‘Jornal Candura - Espaço Aberto para um Novo Pensamento’ e a oficina de rádio com o programa ‘Maluco Beleza’;
- Serviços Residenciais Terapêuticos localizados nas regiões distritais leste e sul do município de Campinas;

5.2 SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: ARCABOUÇO LEGAL

“Eu estava viajando de avião com meu pai e caí quando fui ao sanitário, por isso nos perdemos (...). Eu saí para dar uma volta e peguei a via Dutra até aqui (...) Os meus avós me chamaram e eu me comuniquei com eles para vir (...) Eu estava sendo perseguido por um grupo de marginais e tive que desaparecer usando teletransporte até aqui”

(Texto extraído de um relato de prontuário da instituição)

A prática brasileira em relação à implantação de residências terapêuticas para pacientes egressos de instituições psiquiátricas inspirou-se em experiências internacionais, como as da Itália, no contexto da Reforma Psiquiátrica (VASCONCELOS, 2008). Constatou-se, a partir de tais influências e dado o contexto nacional do Sistema Único de Saúde diverso, amplo e atravessado por particularidades e especificidades regionais, que a experiência brasileira na formação de serviços residenciais terapêuticos também se constituiu em estruturas e configurações peculiares a cada região.

De acordo com FURTADO (2006a), já em 1973, o antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), vinculado à então Secretaria de Assistência Médica, faz menção à "pensão protegida" citada em documento⁷. Este documento estabelecia a "pensão protegida" como uma resposta para a transição entre o hospital psiquiátrico e a plena reintegração social, para que os pacientes não precisassem mais de hospitalização e permanecessem, provisoriamente, em ambiente supervisionado.

Porém, muitos anos se passam entre a citada menção e o início do processo de desospitalização de moradores de hospitais psiquiátricos a partir dos anos 1990. A iniciativa de alguns municípios como Campinas, Ribeirão Preto, Santos, Porto Alegre e Rio de Janeiro para viabilizar a reinserção de pacientes egressos de hospitais psiquiátricos na comunidade foi realmente efetiva e subsidiou o Ministério da Saúde na elaboração da Portaria n.º 106, publicada em 2000, que introduz o Serviço Residencial Terapêutico no âmbito do SUS.

A partir da publicação da Portaria nº106/2000, as residências para pacientes egressos de hospitais psiquiátricos passaram a ser denominadas Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), nomenclatura que justifica de certo modo a inserção no SUS, mas que traz questões, sobretudo no que concerne aos termos "serviços" e "terapêuticos" (FURTADO, 2006a).

Mais adiante, ao longo dos anos 2000, foi mantido o processo de consolidação do SUS, dos serviços e legislações com a criação de novas portarias e resoluções que ampliaram a disponibilidade e a complexidade da rede de serviços de Saúde Mental oferecida aos

⁷*Manual de serviço para a assistência psiquiátrica* lançado em 14 de setembro de 1973 pelo Instituto Nacional de Previdência Social.

cidadãos. A promulgação da Lei 10.708/2003 consolida os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial do Programa “De Volta para Casa”, entendendo-se o SRT como estratégia necessária para viabilizar e sustentar propostas da Reforma Psiquiátrica juntamente com os CAPS e o Programa “De Volta para Casa”⁸.

Além da Portaria nº106/2000 e das leis federais citadas anteriormente, há outras políticas públicas que dão sustentação legal ao Serviço Residencial Terapêutico, como as Portarias 52/2004 e 53/2004 que dizem respeito à redução progressiva de leitos psiquiátricos no Brasil e a Portaria GM 2.068/2004 que institui incentivo financeiro aos municípios para a implantação de SRTs (FURTADO, 2006a).

Mais recentemente, 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”. Essa Portaria prevê ainda a necessidade de estruturar e consolidar a rede extra-hospitalar de atenção à Saúde Mental garantindo melhoria na qualidade da assistência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

O documento salienta o caráter fundamental de um 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”. Espaço de moradia para pessoas que estiveram internadas em hospitais psiquiátricos ou de custódia, por dois anos ininterruptos no mínimo, que perderam ou que não possuem vínculos familiares e sociais. Fica esclarecido também que “cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

⁸ O Programa «De Volta Para Casa», criado pelo Ministério da Saúde, 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.

Ainda de acordo com a legislação mais recente – Portaria nº 3.090/2011 – publicada pelo Ministério da Saúde, o acompanhamento dos moradores das residências terapêuticas deve estar em consonância com os respectivos projetos terapêuticos individuais e tal suporte focaliza-se no processo de reabilitação psicossocial e reinserção dos moradores em rede social existente como trabalho, lazer, educação, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

5.3 IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO PELO “SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA”

Com o objetivo de viabilizar a desospitalização de seus antigos moradores e promover cuidados ampliados para esses moradores na própria comunidade, o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira tem se dedicado a implantar residências terapêuticas no município de Campinas desde 1991 e mantém tais dispositivos como equipamento da rede de atenção psicossocial em parceria com o poder público municipal.

O SSCF inaugurou a primeira moradia na região leste de Campinas em 1991 e, após três anos, em 1994, outra moradia foi inaugurada. Em 1997, duas novas moradias foram criadas, somando-se quatro moradias em funcionamento. Estas moradias abrigavam, à época, um total de 20 (vinte) moradores. Já em 1998, foram inauguradas outras sete novas moradias, totalizando 11 (onze) moradias no distrito de Sousas. No ano de 1999, seis novas moradias foram implantadas, elevando-se para 65 (sessenta e cinco) o número total de moradores vivendo em RT. Finalmente, em 2000, ano de consolidação do projeto, foram inauguradas mais duas moradias, que receberam outros 10 (dez) moradores, somando-se 75 (setenta e cinco) o número total de moradores.

Contudo, o Ministério da Saúde reconheceu legalmente os Serviços Residenciais Terapêuticos, no âmbito do SUS, somente no ano de 2001, por meio da publicação da Portaria 106/2000. A partir desta publicação e reconhecimento, inauguraram-se mais 12 (doze) moradias no serviço, algumas em outras regiões (norte e sul) da cidade de Campinas. A inauguração destas últimas moradias é posterior à instalação dos CAPS III no território. Nesse

momento, somavam-se 24 (vinte e quatro) RTs com 94 (noventa e quatro) pacientes, todas as RTs vinculadas diretamente às equipes dos CAPS III.

Após algum tempo de trabalho, as equipes dos CAPS constataram e relataram que tal organização do projeto não atendia suficientemente bem às demandas e necessidades dos moradores do SRT. Dentre as causas destacadas pelos próprios trabalhadores, estariam o crescente número de moradores, a diversidade de necessidades, as particularidades de cada moradia e, principalmente, o aumento da complexidade das atividades e do trabalho desenvolvido nos CAPS. Os moradores, antes totalmente institucionalizados, mesmo tendo sido desospitalizados, ainda necessitavam de suporte institucional e acompanhamento regular das equipes nos encaminhamentos dos projetos terapêuticos individuais.

A partir dos relatos das equipes dos CAPS, foram organizadas reuniões e debates institucionais acerca das RTs e dificuldades cotidianas encontradas. Foram destacados alguns profissionais das equipes dos CAPS para constituir um grupo específico que se tornou a primeira equipe dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Esta equipe foi então destinada a promover um cuidado mais constante e intensivo aos moradores, além de se responsabilizar pela articulação dos projetos terapêuticos individuais junto aos demais serviços da rede municipal.

O Serviço Residencial Terapêutico reestruturou-se a partir deste marco institucional e passou a se concentrar em dois polos regionais: leste e sul. Nesta fase da implantação, entre os anos de 2000 e 2001, havia um total de 95 (noventa e cinco) moradores vivendo em 23 (vinte e três) casas. Logo abaixo, o quadro demonstrativo da equipe que se formou para atender a esses moradores:

Quadro 1 – Número de funcionários da equipe do Serviço Residencial Terapêutico, por função, segundo a região de atuação.

Função	Região leste	Região sul	Total
Auxiliar de higiene/moradia	04	04	08
Auxiliar/técnico de enfermagem	03	12	15
Monitor	05	09	14
Técnico universitário	02	02	04

Total	14	27	41
--------------	----	----	----

Fonte: Registros da equipe do Serviço Residencial Terapêutico. Ano 2012.

Ressalta-se que nessa equipe havia três funcionários compartilhando carga horária entre as duas regiões, totalizando 44 (quarenta e quatro) profissionais. Soma-se ao quadro 01 (um) médico psiquiatra compartilhando carga horária de 20h semanais de trabalho entre os dois polos, 01 (uma) auxiliar administrativa compartilhando carga horaria de 40h semanais de trabalho entre os dois polos e 01 (uma) gerente trabalhando 36h semanais, responsável por todo serviço e também por responder à distância no período noturno (das 19h-07h), feriados e fins de semana.

Assim, as RTs estavam distribuídas nas regiões leste e sul:

- Região leste: 11 (onze) residências terapêuticas para 39 (trinta e nove) moradores;
- Região sul: 12 (doze) residências terapêuticas para 56 (cinquenta e seis) moradores, sendo 02 (duas) com assistência de equipe 24h.

Concomitante à implementação de moradias vinculadas aos CAPS, mais precisamente em 2001, a equipe do Núcleo Clínico do SSCF, até então destinada a promover cuidados clínicos e reabilitação psicossocial à população idosa, moradores da instituição que passaram boa parte de suas vidas dentro de hospitais psiquiátricos, inaugura a primeira *moradia de alta complexidade*. A princípio, um projeto-piloto para permitir que 09 (nove) moradores dependentes de cuidados intensivos da enfermagem pudessem se beneficiar dos avanços da Reforma Psiquiátrica. Estes moradores foram os primeiros a deixar o hospital para viverem em moradias/residências terapêuticas com assistência compatível às necessidades apresentadas.

Esta primeira *moradia de alta complexidade* foi inaugurada na região leste do município de Campinas para atender aos moradores mais dependentes e com maior complexidade clínica. O diferencial da proposta era a presença de equipe 24h, todos os dias da semana, intensificando e singularizando os cuidados prestados aos moradores. A partir da

avaliação positiva do projeto, até então experimental, mas ao mesmo tempo ousado e corajoso, o SSCF antecipou a transferência/mudança de todos os demais moradores do hospital para as casas/moradias na mesma modalidade.

Entre 2004/2005, foi inaugurada a moradia “Primavera”, também na região leste e com assistência da equipe 24h, porém com uma proposta diferenciada de outras RTs em funcionamento até então. A RT “Primavera” foi inaugurada para receber cerca de 20 (vinte) moradores, homens e mulheres, de diversas faixas etárias, com diferentes diagnósticos psiquiátricos, mas todos com pouca autonomia para atividades de vida diária, necessitando do auxílio da equipe para quase todas atividades cotidianas e de auto-cuidado. Finalmente, em 2009, os últimos 18 (dezoito) moradores do SSCF foram desospitalizados e mudaram-se para uma residência terapêutica com assistência de equipe 24h, então chamada de “Casa Grande”.

A equipe Núcleo Clínico passou a referenciar 71 (setenta e um) moradores, distribuídos em seis moradias de alta complexidade, com uma equipe de 93 (noventa e três) funcionários, entre técnicos universitários, médicos clínicos, auxiliares/técnicos de enfermagem, monitores, auxiliares de higiene/limpeza, roupeiras, copeiras, auxiliar administrativo.

No decorrer deste mesmo processo institucional, ainda no ano 2009, o Núcleo Clínico passou a integrar o Núcleo de Retaguarda (unidade de retaguarda e internações clínica e psiquiátrica). Desse modo, as residências terapêuticas que essa unidade referenciava foram transferidas aos cuidados da equipe do Serviço Residencial Terapêutico. Essas duas equipes tinham como objetivo comum o trabalho nas residências terapêuticas, porém com moradores que apresentavam necessidades de cuidados diferenciados.

Devido ao elevado número de moradores e de funcionários após a junção das RTs, a superintendência do SSCF nomeou gerente e co-gerente para a gestão, sendo uma psicóloga e uma enfermeira. Esta dupla coordenou uma equipe de 138 (cento e trinta e oito) funcionários, em três mini-equipes de referência, que cuidavam de 29 (vinte e nove) moradias e do projeto terapêutico de 158 (cento e cinquenta e oito) moradores.

Mais recentemente, nova transformação ocorreu em relação à gestão do SRT no SSCF. A equipe foi desmembrada em duas, após análises e discussões institucionais sobre a complexidade do trabalho, para atuar uma em cada região, com duas gerências respectivamente. Foram organizadas novas configurações tanto das residências terapêuticas

como da equipe técnica conforme explicitado na descrição anterior. Neste momento, total de 23 moradias nas duas regiões.

No início do “projeto de moradias”, em 1991, havia um grande receio das imobiliárias, corretores de imóveis e proprietários em alugar um imóvel para ser “moradia dos pacientes do Cândido” (sic), com muitas recusas, rompimentos de contrato, abaixo-assinados da vizinhança. Porém, ao longo dos anos, a própria população percebeu a viabilidade e coerência do projeto a partir de experiências positivas e bem vistas e, atualmente, os responsáveis pelos setores administrativos do SSCF referem que os proprietários oferecem e, algumas vezes, adaptam imóveis para serem disponibilizados para locação e formarem novas RTs. Atualmente, os imóveis ocupados pelo SRT estão locados em nome da instituição “Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira”, que se responsabiliza pelo pagamento dos aluguéis, assim como das contas mensais de água, energia elétrica, telefone e IPTU. A instituição também se encarrega da manutenção das casas, reformas, reparos e adequação dos imóveis.

Quadro 2 – Série histórica de implantação de residências terapêuticas pelo SSCF, por ano.

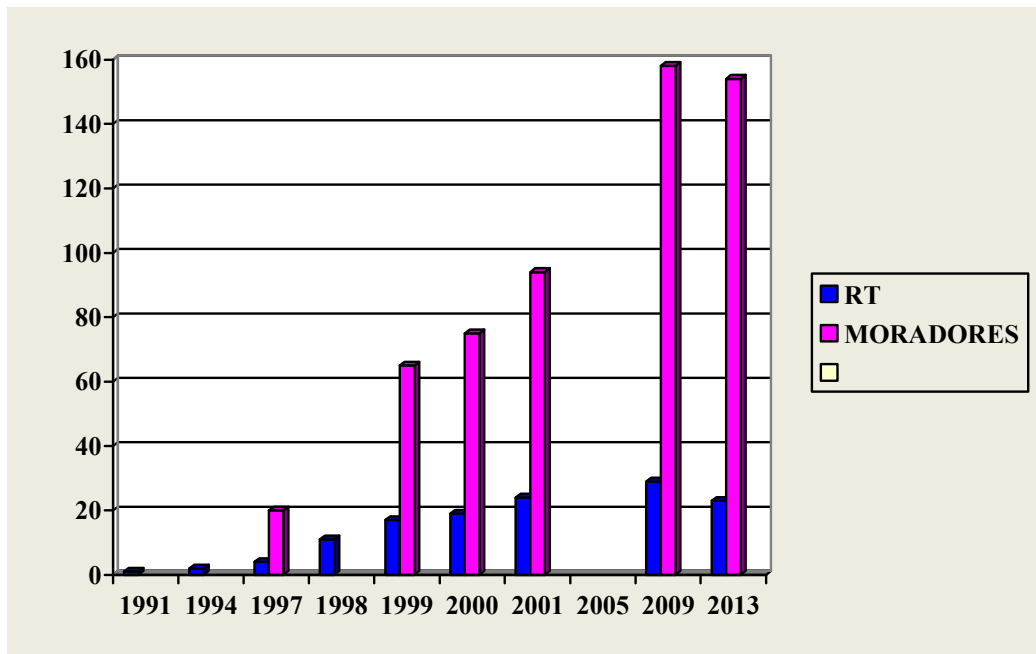
Ano	Número de RTs	Número de moradores
1991	01	...
1994	02	...
1997	04	20
1998	11	...
1999	17	65
2000	19	75
2001	24 01 *24h	94
2005*		...
2009**	29	158

Fonte: Seminário “Serviços Residenciais Terapêuticos: 20 anos de história” – Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. Ocorrido em 09 e 10 de novembro de 2011, em Campinas, estado de São Paulo.

Legenda: *inauguração da casa Primavera com 23 moradores;

**inauguração da casa Grande com 18 moradores;

Gráfico 1 - Série histórica de implantação de residências terapêuticas vinculadas ao SSCF, por ano.



6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS EM FUNCIONAMENTO

A Portaria nº 3.090 de 23 de dezembro de 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b) estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) constituam-se em modalidades tipo I e tipo II, que se distinguem pela assistência oferecida ao morador, conforme os seguintes artigos:

Art. 1º Definir que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) acolham pessoas com internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, de acordo com as diretrizes descritas na Portaria nº-106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000.

Art. 2º Estabelecer que os SRTs se constituam nas modalidades tipo I e tipo II, definidos pelas necessidades específicas de cuidado do morador, conforme descrito no Anexo I a esta Portaria.

Definem-se SRTs tipo I moradias destinadas a pessoas com transtorno mental, em processo de desinstitucionalização. Estas RTs podem acolher no mínimo quatro e no máximo oito moradores.

Já os SRTs tipo II definem-se 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. Estas podem acolher no mínimo seis e no máximo dez moradores.

Com relação à configuração atual, o Serviço Residencial Terapêutico localizado na região leste, organiza-se da seguinte maneira:

Residências Terapêuticas Tipo I

- 1) 06 moradoras (fem.)
- 2) 05 moradoras (fem.)
- 3) 04 moradores (masc.) + 01 vaga
- 4) 04 moradores (masc.) + 02 vagas
- 5) 05 moradores (04 masc. e 01 fem.) + 03 vagas
- 6) 06 moradores (02 masc. e 04 fem.)
- 7) Individual - não habilitada no Ministério da Saúde - (fem.)
- 8) Individual - não habilitada no Ministério da Saúde - (masc.)
- 9) Dupla - não habilitada no Ministério da Saúde - (02 fem.)

Residências Terapêuticas Tipo II

- 1) 10 moradores (03 masc. e 07 fem.)
- 2) 06 moradores (01 masc. e 05 fem.) + 01 vaga
- 3) 10 moradores (09 masc. e 01 fem.)
- 4) 08 moradores (06 masc. e 02 fem.) + 1 vaga
- 5) Casa Primavera – não habilitada no Ministério da Saúde – 21 moradores (10 masc. e 11 fem.)
- 6) Casa Verde – não habilitada no Ministério da Saúde – 14 moradores (12 masc. e 02 fem.)

É necessário destacar que as RTs “Casa Primavera” e “Casa Verde”, apesar de estarem localizadas atualmente na região leste, em Sousas, estão sob responsabilidade da equipe da região sul, devido aos arranjos institucionais entre as gerências.

Com relação à região sul, o Serviço Residencial Terapêutico configura-se do seguinte modo:

Residências Terapêuticas Tipo I

- 1) 07 moradores (masc.)
- 2) 08 moradores (03 masc. e 05 fem.)

- 3) 04 moradores (masc.)
- 4) 05 moradores (01 masc. e 04 fem.)
- 5) 07 moradores (02 masc. e 05 fem.) + 01 vaga
- 6) Dupla - não habilitada no Ministério da Saúde (01 masc. e 01 fem.)

Residências Terapêuticas Tipo II

- 1) 09 moradores (03 masc. e 06 fem.)
- 2) 09 moradores (08 masc. e 01 fem.)

Contam-se 13 (treze) RTs sob a gerência da região leste e 10 (dez) RTs sob gerência da sul, duas destas localizadas no território leste e com 35 (trinta e cinco) moradores. A gerência da região sul conta com duas miniequipes que estão alocadas em outras regiões, uma na região leste, distrito de Sousas, para referenciar os projetos das RTs “Casa Primavera” e “Casa Verde”, e outra na região sul para referenciar as RTs do território. Com relação ao total de moradores em SRT (N=154), tem-se 86 (56%) sob gerência sul e 68 (44%) sob gerência leste.

Tabela 1 – Número de Residências Terapêuticas sob gerência do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira por região, segundo graus de complexidade da assistência. Município de Campinas, SP, Brasil - Ano 2013.

Tipo de RT	Região leste	Região sul	N	%
I	06	05	11	47,8
II	04	02	06	26,0
Não habilitada - tipo I	03	01	04	17,4
Não habilitada - tipo II	02	-	02	8,7
Total	15	8	23	100

Fonte: Elaboração própria a partir de dados colhidos em prontuários da instituição.

Legenda: RT - Residência Terapêutica.

O maior número de RTs é do tipo I, ou seja, residências sem a presença fixa da equipe. Estas RTs funcionam com assistência da “equipe volante” - nomenclatura criada pela própria equipe - que circula pelo bairro e passa cerca de três vezes ao dia nas residências. Em algumas dessas RTs, há uma funcionária auxiliar de moradia que permanece na casa, das 07h às 13h ou das 13h às 19h, conforme a rotina de atividades. Durante a noite, entre 19h e 07h, os moradores destas residências contam com plantonistas - técnico de enfermagem ou monitor - que ficam responsáveis pelo acompanhamento noturno de moradores em hospitais, SAMU, CAPS ou até mesmo na própria RT em caso de necessidades tais como: manejo de crises, auxílio e preparo para coleta de exames, dentre outras.

Dentre as RTs tipo II, que são 35% do total, somente uma atende ao total previsto de 10 moradores, conforme indicação do Ministério da Saúde na Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b). Tal dado confirma uma observação da própria equipe com relação à dificuldade de se encontrar imóveis para locação compatíveis com as necessidades de uma residência terapêutica, ou seja, imóveis amplos, com acessibilidade - muitos moradores com necessidades especiais de locomoção - e confortáveis o suficiente para receber até dez moradores.

Constata-se que as RTs estão instaladas em casas originalmente construídas e estruturadas para abrigar uma família tradicional, sendo necessárias, quase sempre, pequenas inversões funcionais como salas que se tornam quartos ou a entrada secundária que se torna principal, mas quase nunca se vê “subversões estruturais” (FURTADO, 2012).

Em relação às RTs não habilitadas no Ministério da Saúde, encontram-se RTs tipo I: uma para mãe e filha, uma para um casal, uma masculina e uma feminina. Três destas casas localizam-se em Sousas (região leste) e uma no bairro Santa Odila (região sul). Quanto às RTs tipo II não habilitadas, ambas localizam-se em Sousas, têm 21 (vinte e um) e 14 (quatorze) moradores respectivamente, todos com necessidades de acompanhamento intensivo ao longo do dia.

Tanto Ministério da Saúde como Secretaria de Estado da Saúde foram informados sobre funcionamento das RTs 24h com mais de 10 (dez) moradores. Entretanto, apesar de terem ciência da existência e do funcionamento destas como tal, não as reconhecem legalmente pois não se enquadram na legislação vigente e, portanto, não há possibilidade de

financiamento e faturamento como SRT tipo II pelo SUS. O faturamento destas RTs não habilitadas ainda se faz por AIH (Autorização de Internação Hospitalar), como se os moradores ainda vivessem hospitalizados.

Desse modo, as gerentes do SRT esclarecem que as equipes, bem como a instituição SSCF, tem o objetivo de realocar todos esses moradores em outros imóveis, formando RTs menores que contemplem no máximo dez pessoas cada. Contudo, até o final desta pesquisa, ainda não havia previsão ou planejamento da Secretaria Municipal de Saúde para efetuar a transferência dos recursos necessários e cumprir o objetivo conforme prevê a Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

6.2 EQUIPE DO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

Como já fora explicitado anteriormente, ao longo da história da implantação do SRT no SSCF, foi se formando uma equipe para se dedicar exclusivamente aos cuidados dos moradores de RTs. A princípio, um pequeno “núcleo de moradias” mas, posteriormente, uma equipe propriamente dita, com funcionamento e gestão independentes dos CAPS. Cabe salientar que esta foi uma decisão institucional tomada, desde alguns anos, juntamente dos trabalhadores dos CAPS, devido tanto ao aumento do número de moradores em RTs quanto ao aumento da complexidade do trabalho dos CAPS, que acabavam de inaugurar o funcionamento 24h com leitos-noite.

Porém, o desenvolvimento do trabalho acontece cotidianamente em parceria com os CAPS III, CAPS AD, Núcleo de Retaguarda/SSCF, além dos Centros de Saúde da região, unidades de Pronto-Socorro e de Pronto-Atendimento, hospitais gerais, SAMU, Centros de Convivência, escolas, associações, dentre outros, considerando-se as especificidades, necessidades dos moradores do SRT e o compartilhamento dos projetos terapêuticos.

Tabela 2 – Número de funcionários do Serviço Residencial Terapêutico no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira por região, segundo a função desempenhada. Município de Campinas, SP, Brasil - Ano 2013.

Função	Região leste	Região sul	N	%
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	35	14	49	30,2
Monitor	33	12	45	27,8
Acompanhante Terapêutico	01	-	01	0,6
Auxiliar de Moradia	24	12	36	22,2
Auxiliar Administrativo	01	01	02	1,2
Copeira	09	-	09	5,5
Roupeira	04	-	04	2,5
Enfermeiro (a)	05	02	07	4,3
Psicólogo (a)	03	-	03	1,8
Terapeuta Ocupacional	01	01	02	1,2
Médico (a)	01	01	02	1,2
Gerente	01	01	02	1,2
Total	118	44	162	100

Fonte: Escala de serviço - mês de referência junho/julho 2013.

Tabela 3 – Número de funcionários de nível médio no Serviço Residencial Terapêutico do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira por local de trabalho – RT tipo I ou RT tipo II, segundo a função desempenhada. Município de Campinas, SP, Brasil - Ano 2013.

Função	Tipo I	Tipo II	N	%
Auxiliar / Técnico de Enfermagem	16	33	49	34,0
Monitor	16	29	45	31,2
Acompanhante Terapêutico	-	01	01	0,7
Auxiliar de Moradia	17	19	36	25,0
Copeira	-	09	09	6,2
Roupeira	-	04	04	2,8
Total	49	95	144	100

Fonte: Escala de serviço - mês de referência junho/julho 2013.

As equipes do SRT, regiões leste e sul, trabalham na elaboração dos projetos terapêuticos e das estratégias de cuidado e atenção, subdividindo-se em “miniequipes” de referência. Nas RTs tipo I, há sempre um ou dois técnicos universitários responsáveis por cada casa, juntamente com auxiliar/técnico de enfermagem, monitor e auxiliar de moradia. Os técnicos universitários de referência visitam a moradia em dias alternados e se responsabilizam por atendimentos, encaminhamentos e articulação dos projetos terapêuticos de cada morador nos demais serviços, além dos encaminhamentos burocráticos e administrativos, como relatórios, solicitações de leito em caso de crise, solicitações gerais para a manutenção da casa, dentre outros. O profissional de enfermagem responsabiliza-se pela administração e controle de medicações, atendimentos e acompanhamentos específicos, preparativos para exames e consultas, relatórios de enfermagem, dentre outros. O monitor responsabiliza-se pelas compras gerais; recebimento de benefícios; pagamentos de contas; acompanhamentos de atividades: culturais, esportivas, de lazer, oficinas de trabalho, eventos,

viagens, consultas, dentre outras. As auxiliares de moradia são responsáveis por auxiliar os moradores nas tarefas domésticas como preparar refeições, limpeza e organização geral da casa, mas também acompanham e auxiliam atividades de vida prática e diária como o banho/higiene pessoal, troca de roupas, troca de fraldas quando necessário, organização de armários e guarda-roupas, preparativos para as atividades como dança, hidroginástica, escola etc. Os monitores e profissionais da enfermagem circulam por essas casas, diariamente, em dois turnos - das 07h às 13h e das 13h às 19h. Já as auxiliares de moradia trabalham em casas determinadas e não circulam entre as outras moradias rotineiramente.

Nas RTs tipo II, funcionamento 24h com presença da equipe, os funcionários estão fixos em cada casa e não circulam durante a rotina de trabalho. Nestas RTs, a referência é formada por dois técnicos universitários dentre psicólogos, terapeutas ocupacionais e enfermeiros. Atualmente, a equipe conta com cerca de cinco funcionários por plantão diurno – das 07h às 13h e das 13h às 19h - para cada dez moradores. Como exemplo, para ilustrar tal configuração, uma RT tipo II com 10 (dez) moradores conta com a assistência de um técnico de enfermagem e um monitor a cada plantão de seis horas, acompanhados de uma copeira (responsável pelas compras dos alimentos e preparo das cinco refeições diárias), uma auxiliar de moradia (responsável pela limpeza e organização das tarefas domésticas) e, em algumas RTs específicas, uma roupeira (responsável por lavar, passar, recolher, organizar e distribuir as roupas nos armários) devido às necessidades dos próprios moradores como várias trocas diárias de roupas pessoais, de cama e banho; uso frequente de fraldas; incontinência urinária, dentre outras. Em duas das RTs tipo II, há monitores para acompanhar as saídas dos moradores, porém, técnicos de enfermagem e técnicos universitários também são responsáveis pelo acompanhamento de atividades diversas como passeios, lazer, consultas, exames, compras, visitas etc. Durante o plantão noturno – das 19h às 07h – cada RT tipo II conta com um ou dois funcionários, monitor e/ou técnico de enfermagem.

A Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, prevê que “cada módulo residencial deverá contar com cuidadores de referência e um profissional técnico de enfermagem. Para cada grupo de 10 (dez) moradores orienta-se que a RT seja composta por 05 (cinco) cuidadores em regime de escala e 01 (um) profissional técnico de enfermagem diário. Esta equipe deve estar em consonância com a equipe técnica do serviço de referência” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

Contudo, ao longo dos anos, constatou-se um aumento inegável da complexidade clínica nos moradores do SRT, o que justificou, segundo referências das equipes, a necessidade de diversificar a assistência. Hoje, as equipes do SRT contam com um médico clínico em cada região para prestar assistência aos moradores que têm dificuldade ou não conseguem acessar a atenção básica via Centro de Saúde, bem como para as demandas burocráticas como atualização e revisão de prescrições médicas, emissão de laudos para medicamentos de alto custo, relatórios, dentre outras. A equipe conta também com uma vaga para médico psiquiatra que está sem preenchimento desde 2011 e, por consequência, os moradores que não fazem acompanhamento em serviços de referência como CAPS, Centro de Saúde ou ambulatório, seguem sob acompanhamento dos médicos clínicos.

As equipes trabalham com fisioterapeutas, fonoaudióloga e educador físico, contratados pelos próprios moradores para atendimentos individualizados e específicos, necessários segundo avaliação das equipes de referência. Há dois transportadores particulares, um escolar e um para atividades diárias diversas, custeados pela instituição, para transportar os moradores que não conseguem acessar os transportes do próprio SSCF ou público coletivo.

No caso do SRT estudado, calcula-se a relação proporcional de 1,04 funcionário para cada morador. Do total de trabalhadores (N=162), 95 (noventa e cinco) estão alocados especificamente em RTs tipo II e 49 (quarenta e nove) em RTs tipo I, conforme fora apresentado em tabela anterior, ou seja, 1,9 funcionário em RT tipo II para cada funcionário em RT tipo I. Portanto, 58,6% da equipe SRT está concentrada na assistência às RTs tipo II, além dos outros profissionais como gerentes, técnicos universitários e administrativos que também prestam assistência e dedicam horas de trabalho às RTs tipo II, mas não estão exclusivamente lá.

Quanto ao percentual de moradores - 70% da região leste e 35,3% da região sul – são moradores que vivem em RTs tipo II e necessitam de cuidados específicos. Conclui-se, então, que nas RTs tipo II são 95 (noventa e cinco) funcionários para atender a 87 (oitenta e sete) moradores ou a proporção de 1,09 funcionário para cada morador, o que confirma a alta complexidade dos casos em acompanhamento no SRT e a maior parte da equipe dedicada aos cuidados dos moradores mais dependentes. Portanto, verifica-se que a assistência prestada aos moradores de RTs tipo II exige não somente um maior número de funcionários na escala de trabalho, já que a cobertura é de 24h, mas também maior diversidade de profissionais atuando

devido à dinâmica de trabalho diferenciada: moradores com complexidades clínicas, comorbidades, administração de medicações diferenciadas, dietas específicas, acompanhamento e assistência às atividades de vida diária e de vida prática, limpeza e organização da casa.

Esta pesquisa verificou também que somente 10% dos trabalhadores da equipe são técnicos universitários, ou seja, a equipe do SRT é predominantemente constituída por trabalhadores sem qualquer formação específica para trabalhar na área da saúde. Sabe-se que, tanto na região leste quanto na região sul, as equipes do SRT são constituídas em sua maioria por trabalhadores de nível fundamental ou médio/técnico como auxiliares de moradia, monitores, auxiliares/técnicos de enfermagem, copeiras e roupeiras que cuidam do acompanhamento diário dos moradores de RTs de modo intenso.

Então, considerando-se a extrema importância deste trabalho, as gerências optam pela participação de todos os membros da equipe, em sistema de rodízio, em reuniões, passagens de plantão qualificadas, supervisões clínicas, supervisões institucionais, dentre outras estratégias de trabalho que permitem uma formação contínua e cotidiana desses profissionais junto dos profissionais técnicos universitários, com objetivo de compartilhar experiências e situações vividas nas RTs, acolher demandas, discutir manejos, possíveis crises de moradores no ambiente das casas, encaminhamentos aos serviços de referência, formar rede de ajuda aos demais colegas de trabalho, qualificando o contato da equipe com os moradores de RTs, escutando desejos e diversificando possibilidades de respostas. Portanto são as principais características desta equipe: diversidade das funções que a compõem e a formação não específica para área da saúde na maior parte dos trabalhadores.

Uma experiência interessante de educação permanente ocorreu entre 2010/2011. Houve um curso organizado pela equipe técnica para os próprios profissionais da equipe SRT. A ideia surgiu a partir da manifestação do desejo coletivo, em reunião de equipe, de discutir alguns temas peculiares e recorrentes em um serviço de saúde mental. Desse modo, durante algumas semanas, os trabalhadores levantaram temas de interesse que gostariam que fossem abordados no curso. Em seguida, a equipe técnica convidou alguns profissionais, do próprio SSCF e também de outros serviços, instituições e universidades. Este curso foi oferecido em três turmas, com três opções de horários, em meses diferenciados, mas abrangendo os mesmos conteúdos para toda a equipe. As inscrições foram feitas previamente para que todos

pudessem se organizar e estar presentes, adaptando-se conforme as necessidades de trabalho e da vida particular.

Mais recentemente, em 2013, a equipe novamente solicitou uma capacitação, desta vez na área de fonoaudiologia para abordar o tema “engasgo”/disfagia. Foram organizadas algumas aulas e, posteriormente, alguns moradores passaram por avaliação e encaminhamento para especialista. Também neste ano, foi elaborado pela equipe técnica um *questionário psicossocial* com objetivos de atualizar informações sobre os moradores, revisar os prontuários, reelaborar projetos terapêuticos e compartilhar dados e informações relevantes em equipe. Toda esta estratégia faz parte do aprimoramento dos processos de trabalho.

Ao longo dos anos, a equipe técnica também trabalhou no sentido de qualificar e melhorar a frequência das evoluções em prontuários, incentivando todos - técnicos universitários, auxiliares/técnicos de enfermagem e monitores - a registrar evoluções semanais para aprimorar o trabalho. Organizaram-se pastas para armazenar as evoluções em local de fácil acesso para os funcionários registrarem as informações pertinentes e os técnicos universitários ficaram responsáveis pelo arquivamento das folhas. Desse modo, as evoluções passaram a ser mais frequentes, mais qualificadas, com informações mais precisas e relevantes.

Com relação à organização atual das práticas e dos processos de trabalho, são feitas duas reuniões semanais de equipe sendo uma reunião geral e outra reunião entre técnicos universitários e gerente. Esse mesmo modelo funciona nas regiões leste e sul. Há também encontros mensais para supervisões clínica e institucional. Há um representante da equipe técnica SRT no Cândido-Escola, responsável pela organização e recepção de visitantes e estagiários; um representante na Comissão Municipal de Moradias e um representante da enfermagem em reuniões institucionais da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem), além da participação pontual em reuniões do Colegiado, reuniões distritais, intersetoriais, reuniões nos Centros de Saúde, escolas etc. A equipe, então, se divide entre atender aos moradores dos quais é referência, cumprir com as obrigações burocráticas de trabalho - relatórios de atividades, evoluções em prontuário, prestação de contas - e acompanhar as visitas, passeios, viagens, consultas e exames médicos, intercorrências, internações, dentre outros. Três dimensões que convivem e são parte do cotidiano de todos os trabalhadores da equipe SRT, inclusive as gerências.

Assim acontece a formação da equipe SRT, cotidianamente no contato com os moradores, nos vínculos que se constroem, no encontro com fenômenos como delírios e alucinações, crises, melancolia, agitação psicomotora, que despertam curiosidade e interesse dos trabalhadores e são processados em espaços institucionais protegidos e garantidos pela gestão. Entretanto, a discussão que se faz é sobre como oferecer a assistência que tem sido necessária aos moradores, preservando a singularidade de cada um em sua própria casa, organizando-se condutas e encaminhamentos sem cercear o poder de contratualidade do morador? Como preparar uma rede de cuidados sem esgarçar ou exaurir a equipe? Como garantir o acompanhamento e atenção aos moradores de RTs, ou seja, com sofrimento psíquico intenso, em intercorrências, prontos-socorros, SAMU, internações clínicas e exames de alta complexidade?

6.3 PERFIL SOCIAL DOS MORADORES DO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

Tabela 4 – Número de moradores em Residências Terapêuticas do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira por região de habitação, segundo sexo. Município de Campinas, SP, Brasil - Ano 2013.

Sexo	Região leste	Região sul	N	%
Masculino	56	29	85	55,2
Feminino	47	22	69	44,8
Total	103	51	154	100

Fonte: Elaboração própria a partir de dados colhidos em prontuários da instituição.

Atualmente, no Serviço Residencial Terapêutico-SRT, vinculado ao SSCF, há um maior número de moradores do sexo masculino, conforme indica tabela acima. Este dado se confirma tanto nas residências terapêuticas da região leste como nas da região sul, numa razão de 1,2 homens para cada mulher na leste e de 1,3 homens para cada mulher na região sul.

Tabela 5 – Número de moradores em Residências Terapêuticas do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira por sexo, segundo faixa etária. Município de Campinas, SP, Brasil - Ano 2013.

Faixa etária	Masculino	Feminino	N	%
21-30 anos	01	01	02	1,3
31-40 anos	05	0	05	3,2
41-50 anos	12	06	18	11,7
51-60 anos	25	19	44	28,6
61-70 anos	22	24	46	29,9
71-80 anos	14	13	27	17,5
81 anos ou +	06	06	12	7,8
Total	85	69	154	100

Fonte: Elaboração própria a partir de dados colhidos em prontuários da instituição.

Tabela 6 – Número de moradores em Residências Terapêuticas do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira por região, segundo faixa etária. Município de Campinas, SP, Brasil - Ano 2013.

Faixa etária	Região leste	Região sul	N	%
21-30 anos	02	0	02	1,3
31-40 anos	02	03	05	3,2
41-50 anos	07	11	18	11,7
51-60 anos	31	13	44	28,6
61-70 anos	34	12	46	29,9
71-80 anos	17	10	27	17,5
81 anos ou +	10	02	12	7,8
Total	103	51	154	100

Fonte: Elaboração própria da pesquisadora a partir de dados colhidos em prontuários da instituição.

Observa-se que o maior número de moradores do sexo masculino está na faixa etária de 51-60 anos e, em contrapartida, as moradoras do sexo feminino estão concentradas na faixa etária de 61-70 anos. Agregando-se as duas faixas etárias mais populosas, dos 51 aos 70 anos, encontram-se 43 das 69 mulheres que moram no SRT, ou seja, 62,3% das mulheres que moram no SRT estudado têm entre 51 e 70 anos. Já em relação aos homens encontram-se 55,3% entre 51 e 70 anos. De acordo com os dados apresentados, há um predomínio de moradores na faixa etária de 61-70 anos, representando 29,9% ou 46 dos 154 moradores. E ao se agregar as duas faixas etárias seguintes tem-se 85 pessoas, isto é, pouco mais de 55% do total.

Os resultados desta pesquisa demonstraram que o SRT vinculado ao SSCF possui um número maior de RTs tipo I, ou seja, residências sem a presença fixa de funcionários, onde os moradores contam com a assistência da equipe volante, que circula pelas casas. No entanto, esta pesquisa verificou também o predomínio de moradores com 61 anos ou mais, ou seja,

observa-se que há uma demanda interna do próprio SRT concernente ao envelhecimento natural dos moradores, muitos desses ainda em RTs tipo I, sem a presença fixa da equipe, para readequar a assistência.

Tal situação tem exigido rearranjos na própria equipe para que os cuidados necessários sejam providenciados. Dentre tais rearranjos, as gerências solicitaram a migração de funcionários para o período noturno, das 19h às 07h, sendo três técnicos de enfermagem na região leste e três monitores na região sul, para prestarem assistência aos moradores das RTs tipo I, principalmente, mas também para acompanharem todas as intercorrências noturnas, numa escala de um funcionário por noite.

Outra situação que ocorre frequentemente, citada pela equipe, é a transferência de moradores para as casas com assistência 24h, para passar uma noite ou permanecer um período, ficar em observação, preparar-se para exames ou até mesmo o acolhimento em situações de desorganização clínica ou psíquica, conforme as necessidades do morador, refletindo o esgotamento de possibilidades de encaminhamentos para outros serviços onde esses cuidados poderiam ser ofertados.

Isso posto, vê-se a necessidade de se discutirem questões relacionadas à organização interna do serviço e aos processos de trabalho, assim como a relação de um SRT com os demais serviços da rede, com o objetivo de viabilizar articulações intersetoriais no que se refere ao atendimento à população idosa, implementando-se os cuidados clínicos específicos, como também favorecendo a possibilidade de profissionais da equipe do SRT compartilharem experiências cotidianas e se aperfeiçoarem no atendimento a esta população singular.

Tabela 7 - Número de moradores em Residências Terapêuticas do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira por região, segundo a naturalidade. Município de Campinas, SP, Brasil - Ano 2013.

Naturalidade	Região leste	Região sul	N	%
Campinas	21	15	36	23,4
Demais cidades/SP	42	13	55	35,7
Demais UF	29	19	48	31,2
Não declarada	11	04	15	9,7
Total	103	51	154	100

Fonte: Elaboração própria a partir de dados colhidos em prontuários da instituição.

Na região leste, 40,8% dos moradores são naturais de outros municípios do estado de São Paulo, que não Campinas. Já dentre os moradores da região sul, a maior parte (37,2%) é natural de outros estados do Brasil, que não o estado de São Paulo. No total, prevalece a categoria dos nascidos nas demais cidades do estado de São Paulo, sendo 55/154 ou 35,7%.

Somando-se as categorias dos que são naturais de outras cidades do estado de São Paulo e dos que são naturais de outros estados do Brasil, encontram-se 103 dos 154 moradores, ou seja, 66,9% dos moradores do SRT não são de Campinas, ou seja, a grande maioria.

Um dado relevante que remete à truculência com que estas pessoas foram transferidas de cidade para cidade, de hospital a hospital até chegarem no SRT em Campinas. Sem respeito a quaisquer direitos humanos, nem à região de origem, sem os necessários registros em prontuários, sem a devida comunicação com familiares e/ou responsáveis sobre altas e transferências. Esta é uma das heranças obscuras que as equipes de SRTs têm enfrentado cotidianamente, de um tempo manicomial que atropelou histórias de vida, histórias de amor, separou mães e pais de seus filhos e filhos de outros pais e mães.

Tabela 8 - Número de moradores em Residências Terapêuticas do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira por região, segundo nível de escolaridade. Município de Campinas, SP, Brasil - Ano 2013.

Escolaridade	Região leste	Região sul	N	%
Não alfabetizado	23	07	30	19,5
FI	22	11	33	21,4
FC	05	03	08	5,2
MI	02	03	05	3,2
MC	04	03	07	4,5
SI	01	01	02	1,3
SC	-	-	-	-
ND	46	23	69	44,8
Total	103	51	154	100

Fonte: Elaboração da própria pesquisadora a partir de dados colhidos em prontuários da instituição.

Legenda: FI – Ensino Fundamental Incompleto
 FC – Ensino Fundamental Completo
 MI – Ensino Médio Incompleto
 MC – Ensino Médio Completo
 SI – Ensino Superior Incompleto
 SC – Ensino Superior Completo
 ND – Não Declarada

As informações relacionadas ao grau de escolaridade do morador de SRT não constam em 69 (sessenta e nove) dos 154 (cento e cinquenta e quatro) prontuários analisados, ou seja, em 44,8% destes prontuários não há registros desta informação que pode estar ignorada, desconhecida ou não declarada. É interessante notar que 40,9% dos moradores estão nas categorias dos não-alfabetizados ou com ensino fundamental incompleto.

Este dado confirma que esta população foi, de algum modo, privada ou impedida de frequentar a escola regular. Dentre os motivos, descritos em alguns dos prontuários analisados, estão a própria história e desenvolvimento da doença mental, crises de auto e hetero-agressividade, além das inúmeras e frequentes internações em hospitais psiquiátricos. Por outro lado, cabe aqui pontuar que 22,3% dos moradores da região leste frequentam, atualmente, atividades escolares e 19,6% dos moradores da região sul frequentam estas mesmas atividades.

Tabela 9 - Número de moradores em Residências Terapêuticas do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira por região de habitação, segundo o estado civil. Município de Campinas, SP, Brasil - Ano 2013.

Estado Civil	Região leste	Região sul	N	%
Solteiro(a)	58	31	89	57,8
Casado(a)	00	03	03	1,9
Divorciado(a)	04	01	05	3,2
Separado(a)	16	04	20	13,0
Viúvo(a)	04	01	05	3,2
Não declarado	21	11	32	20,8
Total	103	51	154	100

Fonte: Elaboração da própria pesquisadora a partir de dados colhidos em prontuários da instituição.

Em relação ao estado civil dos moradores do SRT/SSCF, 89 (oitenta e nove) dos 154 moradores são declarados solteiros, ou seja, 57,8% do total. Na região leste, este índice é de 56,3%, conforme informações dos prontuários. Na região sul, este índice é de 60,8%. Em seguida, nota-se que em 20,8% dos prontuários (N=32), a informação sobre o estado civil está indisponível, não foi declarada ou é ignorada. Somando-se as porcentagens dos moradores declarados separados e divorciados, chega-se ao índice de 16,2% (N=25).

Tabela 10 – Procedência dos moradores de Residências Terapêuticas do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira por região, segundo o serviço de origem. Município de Campinas, SP, Brasil - Ano 2013.

Procedência	Região leste	Região sul	N	%
SSCF	68	10	78	50,6%
Hospital Tibiriçá	10	10	20	13,0%
Hospital-Dia/SSCF	06	03	09	5,8%
CAPS III Estação	08	11	19	12,3%
CAPS III Toninho / Sul	03	08	11	7,1%
CAPS III Esperança	06	02	08	5,2%
CAPS III Integração	-	02	02	1,3%
CAPS AD	01	-	01	0,64%
Informação não disponível	01	05	06	3,9%
Total	103	51	154	100

Fonte: Elaboração da própria pesquisadora a partir de dados colhidos em prontuários da instituição.

Com relação à procedência, ou seja, quanto à origem dos encaminhamentos para o serviço, de um total de 154 (cento e cinquenta e quatro) moradores de SRT, 98 (noventa e oito) ou 63,6% dos moradores são procedentes de hospitais psiquiátricos como o próprio

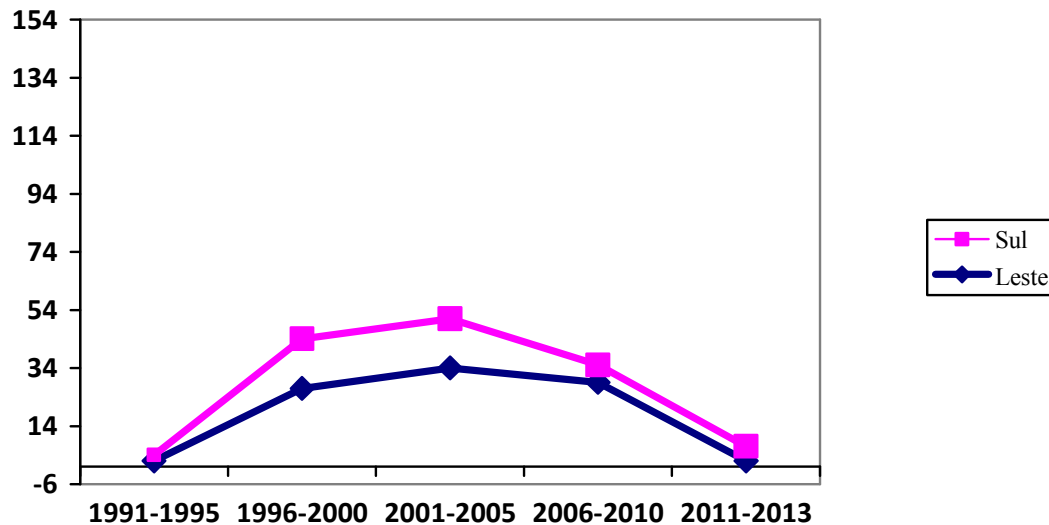
SSCF ou outros como o antigo Hospital Tibiriçá, que localizava-se em Joaquim Egídio, distrito do município de Campinas. Os procedentes de CAPS somam 41 (quarenta e um) moradores ou 26,6% do total e os procedentes do antigo Hospital-Dia (HD) são apenas nove (5,8%).

Tabela 11 – Número de moradores por região de habitação, segundo ano de inserção no SRT do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. Município de Campinas, SP, Brasil - Ano 2013.

Ano de inserção no SRT	Região leste	Região sul	N	%
1991-1995	02	02	04	2,6%
1996-2000	27	17	44	28,6%
2001-2005	34	17	51	33,1%
2006-2010	29	06	35	22,7%
2011-2013	02	05	07	4,5%
Informação não disponível	09	04	13	8,4%
Total	103	51	154	100

Fonte: Elaboração da própria pesquisadora a partir de dados colhidos em prontuários da instituição.

Gráfico 2 Número de moradores por ano de inserção no SRT do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, segundo região. Município de Campinas, SP, Brasil - Ano 2013.



Observando-se a série histórica de implantação do SRT no SSCF, houve maior número de inserções de moradores no intervalo de 2001-2005. Assim, 33,1% dos atuais moradores chegaram no serviço neste período. Tal fato coincide, como já era esperado, com o fechamento de hospitais psiquiátricos e alas psiquiátricas em Campinas e região, com o início do trabalho das equipes dos CAPS nos territórios e, finalmente, com a consolidação do projeto de residências terapêuticas no SSCF a partir da publicação da legislação pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a).

6.4 UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E OUTRAS ATIVIDADES

Quadro 3 – Número e proporção de moradores em Residências Terapêuticas do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, que frequentam outros serviços de saúde, públicos ou privados, por tipo de atendimento. Município de Campinas, SP, Brasil - Ano 2013.

Serviços	N
Acompanhamento Terapêutico	05
CAPS III	27
CAPS AD	01
Centro de Convivência	49
Centro de Saúde/UBS	...
Ambulatórios de Especialidades	...
Núcleo de Oficinas e Trabalho	19
Núcleo de Retaguarda	03
Fisioterapia	14
Psicoterapia particular	01
Fonoaudiologia particular	02

Fonte: Planilha de mobilidade. Equipe SRT. Dados de junho/2013

Primeiro, cabe assinar que, em geral, um mesmo morador frequenta mais de um serviço ou atividade. Salienta-se também que todos os moradores possuem inscrição e prontuário no Centro de Saúde de referência do bairro, sendo C.S. Sousas (região leste) e C.S. Santa Odila (sul), para atendimentos e acompanhamentos em clínica médica, ginecologia e odontologia, porém nem todos o frequentam.

Na região leste, a partir da articulação entre o médico clínico da equipe SRT e a equipe do C.S. Sousas, elaborou-se um protocolo de encaminhamento de moradores do SRT para a unidade de saúde. Trata-se de um instrumento facilitador que qualifica a comunicação e a transmissão das informações entre as duas equipes envolvidas, implementando-se uma nova e interessante lógica de trabalho. O CS também é responsável pelos fluxos de encaminhamento dos moradores SRT para as demais especialidades, além de exames laboratoriais, exames de alta complexidade, vacinação e curativos quando necessário.

É necessário refletir também acerca da demanda de atendimentos clínicos específicos que surgem entre os moradores do SRT, conforme descrito anteriormente. Já são 14 (quatorze) moradores em acompanhamento fisioterapêutico, alguns desses em acompanhamento domiciliar com fisioterapeuta particular paga com o benefício do próprio morador. A equipe refere que alguns casos são avaliados na rede SUS, C.S. ou Centro de Referência e Reabilitação, e outros são avaliados pela fisioterapeuta da instituição SSCF, única profissional, que auxilia e acompanha alguns casos específicos do SRT. Com relação à demanda por atendimento e acompanhamento fonoaudiológico, equipe refere que muitos dos moradores foram diagnosticados com disfagia, após apresentarem engasgos frequentes durante a alimentação, dentre outras intercorrências, possivelmente por não possuírem mais dentição, fatores neurológicos, degenerativos. A partir do curso de capacitação com profissional fonoaudióloga, os moradores têm sido avaliados, encaminhados e acompanhados em alguns casos específicos de tratamento.

Com relação aos moradores que frequentam CAPS III e CAPS AD são 14,6% dos 103 moradores na região leste e 25,5% dos 51 moradores da região sul. Esta percentagem indica um baixo índice de adesão a esses serviços. Com relação ao Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT), dos 103 moradores da região leste 17 (dezesete) são mais autônomos e estão inseridos em oficinas de trabalho e geração de renda no NOT, ou seja, frequentam as atividades diariamente. Há um maior número de usuários moradores da região leste em comparação aos da região sul, possivelmente, devido à facilidade de acesso, pois a maior parte das oficinas do NOT localizam-se na área do SSCF no distrito de Sousas.

Alguns moradores têm PTI compartilhado entre as equipes cuidadoras - equipe SRT, equipe CAPS, equipe NOT, equipe Núcleo de Retaguarda/SSCF. A atenção a estes moradores, os manejos de crises e as construções no sentido da reabilitação psicossocial são

discutidos entre todos os envolvidos. Há alguns outros moradores que não se adaptaram à rotina de atividades propostas nos CAPS e preferem não frequentar o serviço. Nestes casos, fica mais complexo e solitário para a equipe SRT manejar crises, encaminhamentos do cotidiano e PTIs. Há ainda uma outra parcela de moradores de SRT que não passaram por triagem em CAPS e, portanto, a equipe não tem avaliações sobre as possibilidades ou impossibilidades de inserção nestes serviços de referência. O mesmo ocorre em relação ao NOT – Núcleo de Oficinas e Trabalho, pois dentre os moradores da região leste, somente 16,5% estão participando de oficinas de trabalho e geração de renda, ou seja, frequentam estas atividades cotidianamente.

A equipe SRT conta com uma única profissional contratada como acompanhante terapêutica (AT) tanto na equipe da região leste como na equipe da região sul. Esta profissional compartilha a carga horária semanal entre SRT e Centro de Convivência “Casa dos Sonhos” de Sousas, acompanhando atividades específicas de alguns moradores que apresentam maiores dificuldades em circular sozinhos pelo bairro ou em participar de atividades em grupo.

Uma interessante observação da equipe acerca da circulação social dos moradores do SRT analisado. A predominância é de moradores mais idosos, como já fora descrito anteriormente, que não apresentam autonomia suficiente para circular desacompanhados por uma metrópole como Campinas e, obviamente, esta é uma parte importante do trabalho da equipe do SRT. Contudo, comumente, outros lugares e serviços pelos quais os moradores circulam exigem não somente um acompanhamento, mas também a permanência do acompanhante durante a atividade ou intervenção, o que inviabiliza a manutenção de muitos projetos terapêuticos. Não se trata aqui, exclusivamente, de uma questão de escala reduzida, questão esta recorrente e banalizada na Saúde, mas, sobretudo, da falta de informações ou até uma inabilidade para receber, acolher e atender um idoso portador de transtorno mental grave.

Quadro 4– Atividades frequentadas por moradores de SRT do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. Município de Campinas, SP, Brasil - Ano 2013.

Serviço	N	%
Escola especial	04	2,6
Alfabetização – FUMEC	28	18,2
Escola /Alfabetização Jovens Adultos	01	0,6
Igrejas	05	3,2
Hidroginástica	05	3,2
Dança	23	15,0
Educação Física	02	1,3
Vínculos familiares	19	12,3
Comércio	28	18,9
Festas, Passeios e Viagens	12	7,8
Ponto de Cultura	01	0,6

Fonte: Planilha de mobilidade feita pelas gerências dos SRTs da região leste e da região sul. Dados de junho/2013.

Do total de moradores da região leste (N=103), 23 (22,3%) frequentam atividades escolares, dentre as quais: escola especial privada, ensino fundamental I – FUMEC ou ensino fundamental II – EJA. Cabe salientar que a FUMEC – Fundação Municipal para Educação Comunitária – trabalha em parceria com o SSCF desde a inauguração do projeto “Casa-Escola”, em 1997, previamente à implantação do CECO em Sousas. Na região sul, 10 dos 51 moradores, ou 19,6%, frequentam as atividades da FUMEC.

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 por enquanto. O grupo de dança tem um professor contratado pelos próprios moradores. No período da manhã, o grupo se encontra na sede da Vila Santana, cedida pela associação dos moradores do bairro para realização da atividade. Já no período da tarde, os encontros acontecem a cada semana em uma residência diferente, com participantes diferentes. As aulas de hidroginástica acontecem em uma academia particular de Sosas e a mensalidade também é paga pelo próprio morador. Quanto à educação física, alguns dos moradores apresentam necessidades particulares e específicas de alongamento, ginástica e caminhada. Nesse sentido, um profissional de educação física atende individualmente a cada um desses moradores em suas particularidades. Esta atividade também é paga pelo próprio morador. As atividades de dança e de hidroginástica acontecem em grupos, com frequência semanal e duração média de uma hora.

Esta pesquisa constatou que vínculos e contatos com familiares são mantidos em apenas 19 dos 154 casos analisados no serviço, ou 12,3% mantém vinculação, fazem ou recebem visitas dos familiares. Essa é mais uma das consequências e heranças inegáveis dos tempos manicomiais, 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 nos prontuários informam que há muitos receios e dificuldades na retomada da relação dos moradores com os familiares, tanto pela percepção do morador como pela percepção da família. Este é um tema interessante, que poderia ser retomado e aprofundado com familiares e com os próprios moradores.

Os quesitos relacionados à circulação social indicaram que 28 moradores (28/154) utilizam-se da rede de comércio local, shoppings, supermercados, bancos, padarias ou lotéricas, o que demonstra que menos de 20% dos atuais moradores encontram-se nestas condições, com possibilidades de circular de maneira autônoma, como já fora explicitado anteriormente. Este dado esclarece um apontamento da própria equipe em relação às transformações das atividades desenvolvidas no cotidiano do SRT ao longo dos anos, pois os moradores que a princípio cuidavam das compras e afazeres domésticos independentemente, já não o fazem da mesma maneira, sendo necessário auxiliá-los ou, muitas vezes, executar as tarefas diretamente.

A fim de manter os projetos terapêuticos e incentivar a participação dos moradores nas escolas e demais atividades, o SSCF paga tanto o transporte escolar como um transporte exclusivo para levá-los às atividades e oficinas, sem custos para o morador, com o objetivo de facilitar a circulação daqueles que não conseguem fazer uso de transporte público coletivo ou não tem recursos para custear táxis.

Sobre o Ponto de Cultura “Maluco Beleza” – espaço que oferece atividades culturais e de comunicação como oficinas de rádio, informática, jornal, dentre outras atividades - é importante lembrar que este também se localiza dentro da área do SSCF, em Sousas, na região leste, sendo mais fácil o acesso aos moradores que frequentam o espaço SSCF, o NOT, CECO Casa dos Sonhos ou demais atividades na região leste.

6.5 DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO PRINCIPAL

Tabela 12- Diagnóstico psiquiátrico principal de moradores de Residências Terapêuticas do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira por região de habitação, segundo CID 10. Município de Campinas, SP, Brasil - Ano 2013.

Diagnóstico	Região leste	Região sul	N	%
CID 10				
F00-F09	15	02	17	11,0
F10-F19	05	0	05	3,2
F20-F29	64	42	106	69,0
F30-F39	01	02	03	1,9
F40-F48	0	0	0	0
F50-F59	0	0	0	0
F60-F69	0	0	0	0
F70-F79	15	05	20	13,0
F80-F89	0	0	0	0
F90-F98	0	0	0	0
F99	0	0	0	0
IG	03	0	03	1,9
Total	103	51	154	100

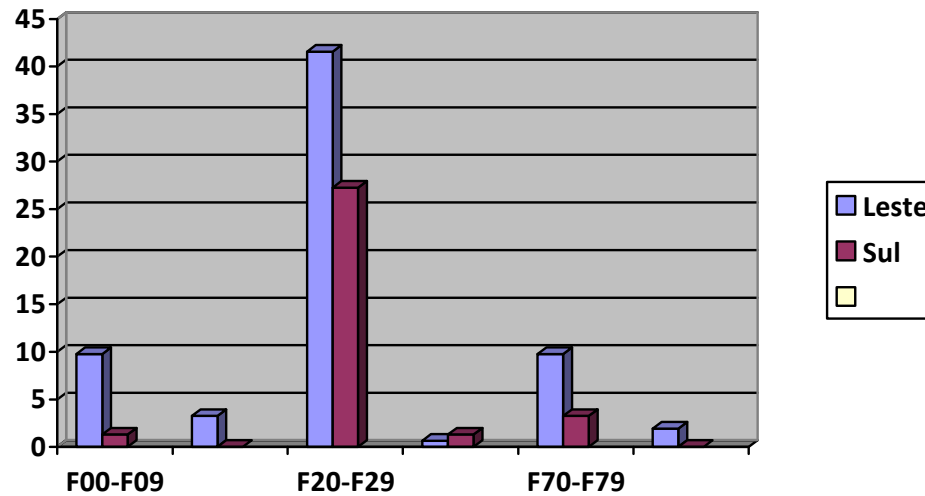
Legenda: CID 10- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

F00-F99 - Transtornos Mentais e do Comportamento:

- F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos
- F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa
- F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes
- F30-F39 Transtornos do humor [afetivos]
- F40-F48 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes
- F50-F59 Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos
- F60-F69 Distorções da personalidade e do comportamento adulto
- F70-F79 Retardo mental
- F80-F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico
- F90-F98 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência
- F99 Transtorno mental não especificado

Fonte: disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm> [acesso em 09 agosto 2013]

Gráfico 3 – Número de moradores de Residências Terapêuticas do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira por categorias diagnósticas, conforme CID 10, segundo região de habitação. Município de Campinas, SP, Brasil - Ano 2013.



De acordo com informações de prontuários e de prescrições médicas utilizadas pela equipe, dentre os moradores do SRT, regiões leste e sul, nota-se que 69%, ou 106 dos 154, apresentam como diagnóstico principal *esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes*, conforme codificação do CID 10 (F20 - F29).

Em seguida, encontra-se o diagnóstico de *retardo mental*, conforme codificação do CID 10 (F70-F79), com 13%, ou 20/154 registros diagnósticos. Em terceira posição, o registro diagnóstico de *transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos* (F00-F09) com 11% do total ou 17 dos 154 registros.

A porcentagem de moradores que estão na categoria diagnóstica dos *transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa*, codificação no CID 10 de F10 a F19, é de 3,2% (N=05) e estes moradores estão todos em residências terapêuticas na região leste.

Tendo em vista que 68,9% dos moradores de RTs possuem diagnóstico de *esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes*, conforme codificação do CID 10 (F20-F29), formulou-se a tabela específica abaixo:

Tabela 13 –Moradores de Residências Terapêuticas do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira por região de habitação, segundo diagnóstico do CID 10. Município de Campinas, SP, Brasil - Ano 2013.

Grupo	Região leste	Região sul	N	%
diagnóstico				
F20-F29				
F20.0	30	20	50	47,2
F20.1	05	01	06	5,7
F20.3	0	03	03	2,8
F20.5	16	09	25	23,6
F20.6	03	01	04	3,8
F20.9	01	01	02	1,9
F22.0	0	02	02	1,9
F23.9	0	01	01	0,9
F25.0	03	03	06	5,7
F25.2	01	0	01	0,9
F28	01	0	01	0,9
F29	04	01	05	4,7
Total	64	42	106	100

Fonte: Elaboração da própria pesquisadora a partir de dados colhidos em prontuários da instituição.

Destaca-se, nesta tabela, a porcentagem das *esquizofrenias*, codificadas de F20.0 a F20.9, segundo CID 10. Somam-se 90 (noventa) diagnósticos dentre os 154 (cento e

cinquenta e quatro) moradores, ou seja, 58,4%. Em seguida, dentre os demais diagnósticos, F25.0 – transtorno esquizoafetivo e F29.0 - psicose não-orgânica não especificada, que somam onze notificações dentre as 106 desta faixa diagnóstica.

Cabe salientar que, nesta pesquisa, objetivou-se levantar os dados sobre o diagnóstico psiquiátrico principal, segundo o CID 10, para construir um perfil do morador do SRT, sendo mais uma informação quantificada dentre outras tão importantes quanto. As equipes do SRT têm formações multidisciplinares, como descrito anteriormente, e não trabalham exclusivamente sob a lógica destes diagnósticos, mas sim construindo e elaborando os PTIs coletivamente a partir da orientação e supervisão psicanalítica, orientações de terapia ocupacional, atenção psicossocial, assistência em enfermagem, dentre outras.

6.6 SOBRE EVENTUAIS NOVOS MORADORES

Quadro 5 – Descrição e origem de usuários dos serviços da rede municipal de saúde mental que aguardam vaga em SRT. Município de Campinas, SP, Brasil - Ano 2013.

N	Sexo	Idade	Serviço de referência	Demanda	Tipo
01	F	33	CAPS Estação	Casa com assistência 24h/ monitor	II
02	F	70	Núcleo de Retaguarda/ SSCF	Casa com assistência 24h/ enfermagem	II
03	M	...	CAPS Esperança/ Abrigo Renascer	Casa com assistência 24h/monitor	II
04	F	...	CAPS Integração	Casa com assistência 24h/enfermagem	II
05	F	43	CAPS Estação	Casa com assistência 24h/enfermagem	II
06	M	...	CAPS AD Independência	Casa com assistência diurna	I
07	M	...	CAPS Novo Tempo / N. Retaguarda/SSCF	Casa com assistência 24h/monitor	II
08	M	...	CAPS Esperança	Casa com assistência 24h/monitor	II
09	M	...	CAPS AD Reviver/ Abrigo Renascer	Casa com assistência 24h/monitor	II
10	M	42	CAPS AD Independência/ N. de Retaguarda/SSCF	Casa com assistência 24h/monitor	II
11	M	28	CAPS Integração/ N. de Retaguarda/SSCF	Casa com assistência 24h/monitor	II
12	M	33	N. de Retaguarda/SSCF	Casa com assistência 24h/enfermagem	II

Fonte: Documentação da Comissão Municipal de moradias do município de Campinas. Dados de Junho/2013.

Conforme foi averiguado junto à “Comissão Municipal de Moradias”, constavam apenas 06 (seis) protocolos dos 12 (doze) usuários que estão em lista de espera por vaga em SRT. Desse modo, não foi possível elaborar um perfil destes usuários da rede municipal de serviços de saúde mental. Em relação à demanda de assistência, observa-se que há 11 (onze) dentre os 12 (doze) usuários inscritos que necessitam de uma residência terapêutica tipo II, ou seja, equipe 24h presente. Dentre tais demandas para RT tipo II, há necessidade específica de acompanhamento de enfermagem em 04 (quatro) protocolos dos 11 (onze), o que denota crescente necessidade de cuidados clínicos nesta população. Quanto às solicitações para RT com assistência de monitor 24h somam-se 07 (sete) protocolos ou 63,6% do total.

Em termos gerais, ainda que o universo e a amostra sejam reduzidos (N=12), ela é bastante fiel ao perfil e padrão de necessidades dos atuais usuários dos serviços da rede municipal de saúde mental. Dentre doze casos encaminhados à Comissão Municipal de Moradias, há sete casos de usuários de álcool e/ou substâncias psicoativas, sabidamente pelas equipes de referência e, dentre estes, três são acompanhados e referenciados por equipes dos CAPS AD do município. Observou-se que de doze usuários que aguardam vaga em SRT, cinco têm projetos terapêuticos compartilhados com equipe do Núcleo de Retaguarda/SSCF, ou seja, têm projetos terapêuticos vinculados aos serviços de referência da rede como CAPS, mas estão em internação no Núcleo de Retaguarda/SSCF.

Em relação à demanda de assistência na residência terapêutica, ou seja, o tipo de RT necessária para cada caso, observa-se que há onze solicitações de vaga em residência terapêutica tipo II dentre doze protocolos encontrados, ou seja, necessitam de assistência de equipe 24h, presente na casa todos os dias. Ainda dentre estas demandas para RT tipo II, há necessidade específica de acompanhamento de enfermagem em quatro destes protocolos.

Entre doze protocolos encaminhados à Comissão Municipal de Moradias, há sete solicitações para usuários que fazem uso abusivo de álcool e/ou substâncias psicoativas. Três destas solicitações vieram de equipes dos CAPS AD do município. Seriam estes os novos moradores do SRT, 13 anos após publicação da Portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000, que instituiu o Serviço Residencial Terapêutico no âmbito do SUS?

Um novo perfil de usuários exigiria então uma nova configuração da rede de serviços de saúde e o lançamento de novas estratégias de cuidado por parte das equipes. Estratégias criativas, flexíveis ou ousadas, sem ignorar a dimensão do sujeito protagonista na elaboração dos chamados projetos terapêuticos individuais ou singulares (PTI/PTS). Resignificar o ‘morar’ a partir do que estes sujeitos apresentam e representam nas cidades.

O SRT estaria disponibilizado também para estes sujeitos? Onde morar? De que maneira morar? Talvez, como for possível para cada um. Equipes da saúde preparadas para cuidar, acolher e mediar a relação desse sujeito com o mundo na medida da construção diária de parcerias diversificadas, ampliando-se a rede de cuidados para o território e não mais restrita aos serviços de saúde.

Também é importante observar as seguintes informações:

- 04 dos usuários inscritos moram, atualmente, no SSCF sob cuidados da equipe Núcleo de Retaguarda;
- 02 usuários inscritos moram em abrigo municipal;
- 01 usuário inscrito mora em leito de CAPS III;
- 01 usuário inscrito mora em uma Casa de Apoio/ONG para pessoas soropositivas;
- 01 usuário inscrito está em processo de mudança para casa de familiares em outro estado;
- 03 protocolos encontrados sem informações sobre o atual local de moradia do usuário inscrito.

6.7 O SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO EM RELAÇÃO À POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Em relação à atual implantação da Política Nacional de Saúde Mental, identificaram-se três questões diferentes para o Serviço Residencial Terapêutico, pode-se dizer nas esferas políticas nacional, estadual e municipal.

A propósito da primeira questão, considera-se que o processo de fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos e a abertura de novos SRTs nos municípios não caminham no mesmo ritmo, ou seja, apesar de toda a legislação vigente no Brasil já há alguns anos, a consolidação das políticas públicas de cuidados em saúde mental e, conseqüentemente, a constituição da rede de atenção psicossocial no âmbito municipal ainda estão em processo. Desse modo, os avanços quantitativos em relação à implantação de SRTs no país são ínfimos.

FURTADO, em 2011, durante conferência realizada em Campinas no Seminário “*Serviços Residenciais Terapêuticos: 20 anos de história*”, promovido pela própria equipe do SRT/SSCF, salienta que há um paradoxo, qual seja, apesar de haver tecnologia razoavelmente consolidada no SUS, devido ao acúmulo de diversas experiências de implantação de moradias para pessoas com transtorno mental grave, apesar de haver recursos financeiros disponíveis garantidos em legislação e apesar da existência de uma enorme clientela que aguarda a efetivação do processo de desinstitucionalização, não há implantação de SRTs tanto quanto necessário. Trata-se de um grande desafio para a Política Nacional de Saúde Mental alimentar e sustentar tal discussão junto aos municípios que são, de fato, a instância que implantaria os SRTs.

Segundo Ministério da Saúde “o processo de implantação dos serviços segue o ritmo de fechamento dos leitos. Contudo, a expansão do número de moradias no país ainda é um grande desafio (...) com ritmo diminuído em relação ao período anterior, porém com pequena aceleração em 2011, como consequência do desencadeamento do processo de fechamento de grandes hospitais psiquiátricos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Os debates públicos sobre a desinstitucionalização de moradores de hospitais psiquiátricos não têm sido muito frequentes no município e, apesar de leitos de hospitais

psiquiátricos terem sido fechados na região de Campinas, os moradores naturais deste município não retornaram, mas foram, mais uma vez, transferidos para outros hospitais psiquiátricos de outras cidades, fazendo valer uma lógica manicomial que insiste e persiste mesmo com a indicação terapêutica de se preservar a cidade de origem no processo de desinstitucionalização.

Há entraves entre os processos de avaliação, fechamento de leitos psiquiátricos, desinstitucionalização de moradores e a expansão dos serviços de atenção à saúde mental nos municípios, como a criação de SRTs e de leitos de retaguarda em hospital geral, por exemplo. Deste modo, a redução de leitos psiquiátricos no país, responsabilidade das instâncias federal e estadual, não pode estar apartada da realidade dos municípios para de fato viabilizar a desinstitucionalização de moradores de hospitais psiquiátricos, como também construir parcerias mais estruturadas com setores como a Habitação e a Inclusão Social.

No Brasil, constavam 3.236 moradores de SRT em julho de 2011 e 3.470 ao final do mesmo ano. Segundo dados do Ministério da Saúde, os beneficiários do “Programa de Volta para Casa” eram 3.832 em julho de 2011 e mais de 4.000 beneficiários em fevereiro de 2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

No estado de São Paulo, de acordo com dados publicados pela Secretaria de Estado da Saúde, havia 6.349 moradores em hospitais psiquiátricos conforme Censo Psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo e, até dezembro 2010, foram implantados 296 módulos de RT para acolher 1.255 moradores (BARROS e BICHAFF, 2008).

No que se refere ao âmbito municipal, a rede municipal de serviços de saúde mental, ou seja, CAPS III, CAPS AD, CAPS Infantil, Centros de Convivência, abrigos e albergues estão cotidianamente enfrentando os desafios do sofrimento psíquico na concretude das cidades, acompanhado de uma demanda social de abrigamento em muitos dos casos acolhidos. Em Campinas, como já fora explicitado anteriormente, não são raros os casos de usuários dos serviços de saúde mental que se tornam moradores de CAPS, abrigos e albergues do município, muitas vezes sem perspectivas interessantes apesar dos inúmeros, incansáveis e criativos investimentos das equipes de saúde mental.

Destaca-se que casos novos são protocolados junto à “Comissão Municipal de Moradias”, uma instância não deliberativa, mas que, conforme explicitado anteriormente, discute de maneira ampliada os encaminhamentos. Esta comissão é formada por todos os serviços que têm relação com SRT e, mais recentemente, tem se transformado em um fórum municipal de debates acerca do tema SRT e seus desdobramentos. Contudo, apesar da participação da Secretaria Municipal de Saúde - Articulação Municipal de Saúde Mental, a Comissão avalia e refere que o modo como se realiza o processo de encaminhamento dos casos não tem sido efetivo nem eficaz, nem para o usuário do sistema e tampouco para os serviços, pois não há um posicionamento claro sobre as metas municipais em relação à implantação de novas residências terapêuticas, em relação à manutenção das já existentes e sobre o encaminhamento da lista de espera para SRT.

Conclui-se que é imprescindível que haja articulação entre os programas “De Volta para Casa” (PVC), Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria - Portaria GM 251, de 31 de janeiro de 2002), Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar (PRH - Portaria GM 52, de 20 de janeiro de 2004) junto aos Serviços Residenciais Terapêuticos – âmbito municipal da assistência - com objetivos de operacionalizar a redução gradual e pactuada dos leitos psiquiátricos, expandir o número de beneficiários do auxílio-reabilitação e ampliar número de RTs para acolher a população desinstitucionalizada.

Desse modo, o SRT hoje vislumbra ampliar as parcerias públicas com demais setores, como a Secretaria de Cidadania, Assistência e Inclusão Social, a Secretaria da Habitação – municipal e estadual - CDHU, COHAB- Campinas, para possibilitar a criação de novas modalidades estruturais de RTs, mais adaptadas para receber até dez moradores, além de implementá-las em outras diversas regiões do município com maior e melhor distribuição pelos territórios.

Outra temática que tem sido abordada e debatida pelas gerências do SRT é a operacionalização da assistência aos moradores na rede municipal de saúde com objetivo de compor uma estratégia junto aos Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde, CAPS III, CAPS AD, Centros de Convivência, pois a equipe refere que existe um certo desconhecimento dos outros serviços e equipes acerca do cotidiano, funcionamento e necessidades de um SRT. A equipe do SRT também faz referência aos estigmas que os

moradores ainda carregam quando frequentam outros serviços – Centro de Saúde, Pronto-Atendimento, Pronto-Socorro, Hospital Geral, Ambulatório, Laboratório – o que gera entraves nos fluxos e encaminhamentos na rede intersetorial mais ampla. Daí a importância de se ampliar o debate nos distritos regionais de saúde e na rede intersetorial.

Até o momento atual da implantação do SRT, não ocorre planejamento conjunto das ações e estratégias para a assistência aos moradores entre o serviço e os Centros de Saúde. As equipes da Estratégia Saúde da Família desconhecem as RTs e não há ainda um trabalho em conjunto integrando as equipes SRT e ESF, ou seja, as RTs não fazem parte da rotina de visitas domiciliares e acompanhamento cotidiano da unidade, mesmo todos estando no mesmo território, comunidade, distrito. Porém, conforme descrito anteriormente, um primeiro passo foi dado com a implantação do protocolo de encaminhamento de moradores de RT para atendimento no Centro de Saúde na região leste. Tal parceria seria, inegavelmente, estratégica para o aprimoramento da atenção em saúde aos moradores de RT.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-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 efetivação da co-gestão no Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” e a implantação de uma ampla e diversificada rede de serviços de saúde mental, presente em todas as regiões distritais, com funcionamento descentralizado, ininterrupto e sob a lógica da Atenção Psicossocial. Nesse sentido, ao longo dos últimos 23 anos, as transformações aconteceram dentro da instituição SSCF bem como nas instâncias municipal, estadual e nacional.

No SSCF, houve um grande investimento institucional para viabilizar a desospitalização de todos os moradores que lá estavam há longos anos e outros, que acabavam de chegar, vindos dos hospitais psiquiátricos que foram fechados na região. Todos carregando histórias de exclusão, separação, apartados de qualquer possibilidade de vida além dos limites e muros da instituição. A equipe trabalhou intensamente, tanto com os moradores do SSCF como com os moradores da comunidade e da vizinhança nos bairros onde seriam implantadas as novas moradias. Nesse processo, foram construídas importantes parcerias com proprietários de imóveis, rede de imobiliárias, comerciantes locais, serviços de saúde, escolas, associações de bairro, universidades, centros esportivos, CECOs, dentre outros inúmeros parceiros.

Ressalta-se que o “projeto de moradias”, no SSCF, iniciou-se antes da publicação da legislação que insere as RTs no âmbito do SUS e tal fato traz consequências interessantes a serem consideradas neste momento. A experiência do SSCF, dentre outras, contribuiu para a elaboração da legislação específica de SRT pelo Ministério da Saúde, assim como apresentou justificativas para viabilizar muitos projetos de residência terapêutica. Então, partindo-se dessas informações, esta pesquisa propôs como objetivo geral: *“descrever e analisar o estágio de implantação do SRT vinculado ao SSCF, localizado nas regiões distritais leste e sul do município de Campinas, em relação aos critérios definidos em legislação federal pelo Ministério da Saúde”*.

Desde o início, os usuários do serviço participaram da implantação das casas, escolheram entre si com quem morariam, pesquisaram os imóveis disponíveis para locação, indicaram com quem dividiriam o quarto, decidiram sobre as cores da pintura, sobre a disposição dos móveis, a divisão das tarefas domésticas, as opções de compra no supermercado e de objetos para a casa. Alguns, em contato direto com o proprietário do imóvel, solicitaram manutenção, reformas e reparos para as casas exercendo o direito de cidadãos e de locatários, de maneira independente.

Os projetos terapêuticos eram elaborados de acordo com as necessidades do morador prioritariamente e, assim, foram criadas diversas modalidades de residência terapêutica tais como residências individuais, residências para casais, casas de fundo ou edículas, que atualmente são inviáveis de acordo com o Ministério da Saúde, segundo a legislação mais recente. Além disso, a partir de um posicionamento institucional, ousado e corajoso, pela desospitalização de todos os moradores, foram criadas casas com nove, dez, doze, quatorze, dezoito até cerca de vinte moradores, relacionando as possibilidades de morarem juntos com as necessidades de assistência, a disposição dos cômodos, a dimensão e a localização dos imóveis.

Quanto às equipes, primeiramente, uma vinculação direta aos CAPS. Cada trabalhador era responsável por alguma RT. Depois, optou-se pela criação de miniequipes de referência exclusivas para atender ao SRT e, a partir daí, houve a composição de um núcleo responsável pelas moradias. Finalmente, este núcleo cresceu e constituiu-se uma equipe específica para o SRT, com gerência própria. Após alguns anos, fez-se a junção desta com a equipe das moradias vinculadas, até então, ao Núcleo Clínico/SSCF e, atualmente, nova divisão em duas grandes equipes, em dois polos/territórios de atuação, com duas gerências diferenciadas.

Assinala-se aqui um marco importantíssimo na história da implantação do SRT. Os serviços da rede de saúde mental passaram a ser tocados cotidianamente, a partir de suas atuações no território, por uma demanda outra que não mais a do contexto da psiquiatria asilar e da desospitalização de moradores. Uma outra realidade surgia nos acolhimentos dos serviços, uma nova clientela a ser atendida. O sofrimento psíquico intenso e persistente trouxe essas 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, psíquica e, finalmente, encaminhamento para

uma residência terapêutica. O Serviço Residencial Terapêutico passou a atender a outros usuários da rede de serviços de saúde mental, além dos moradores egressos de longas e ininterruptas internações psiquiátricas. São pessoas, em geral, mais jovens que os moradores originais, que chegam ao serviço encaminhadas por equipes de CAPS III ou de CAPS AD, maioria do sexo masculino, em uso de etílicos ou substâncias psicoativas e com sofrimento psíquico intenso.

O SRT, então, coloca-se hoje como uma dentre outras diversas possibilidades de morar para as pessoas com sofrimento psíquico intenso e persistente, mas não sem consequências. Os atuais “moradores de leito” dos serviços de saúde mental trazem à Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e aos trabalhadores da saúde, sob forma de convocação, uma inadiável reflexão, a qual ficará restrita, nesta pesquisa, ao contexto estudado.

Qual seria, de fato, a finalidade do Serviço Residencial Terapêutico, já que ainda há muitos moradores em hospitais psiquiátricos, ao mesmo tempo que muitos usuários da rede de serviços de saúde mental aguardam vaga em RT? É possível garantir a continuidade dos processos de desospitalização e, igualmente, enfrentar as complexidades do sofrimento psíquico espalhado na concretude das cidades? Estaria havendo um deslocamento da função original do SRT - receber moradores egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos - para uma função social ou assistencial de “abrigo” de moradores de rua, com sofrimento psíquico intenso, usuários de álcool e/ou substâncias psicoativas? Existiria, de fato, uma demanda por “morar” nessa nova clientela? Há de se estar advertido e ter muita cautela para não se repetir a mesma história com novos personagens, em novo contexto.

Os relatos de experiências cotidianas dos serviços de saúde mental têm demonstrado que morar em uma residência terapêutica pode, em diversos casos, diminuir a frequência e a duração de crises psíquicas, pois a estratégia que se traça no projeto terapêutico singular antecipa um cuidado amplo e diversificado, sustentado pelo vínculo do usuário com equipe e serviço, com a consequente redução do uso de leitos-noite dos CAPS III, além da estabilização do quadro psíquico em alguns casos. Contudo, o SRT não se apresenta hoje como única possibilidade ou última saída de sobrevivência para usuários e equipes de saúde mental.

Os Centros de Convivência (CECOS), a partir do trabalho desenvolvido nos territórios, podem ter muito a contribuir para uma nova construção de saber, pois colocam-se como interessantes pontos estratégicos e, ao mesmo tempo, discretos na rede de cuidados que se configura para cada sujeito. Os CECOS são pontos na cidade onde as pessoas podem chegar, parar, descansar, ficar, sair, retornar e, quem sabe, podem ser inspiração para que sejam criadas RTs como mais um ponto estratégico da rede de cuidados.

Assim como há também diversas alternativas de moradia encontradas pelos próprios usuários dos CAPS, que não têm rede familiar consistente e são muitas vezes considerados casos graves sob avaliação da equipe de referência, sem histórico de longas internações psiquiátricas, sem as marcas subjetivas dos manicômios, mas que conseguem, de algum modo, marcar pontos na imensidão das cidades, pontos que permitem o laço social.

Esta pesquisa verificou uma importante modificação no contexto analisado desde a implantação da “Comissão Municipal de Moradias” e, especialmente, a partir da publicação da legislação de 2011 que qualifica as residências terapêuticas em tipos I e II. Atualmente, os casos são discutidos em âmbito municipal - há de se ressaltar um avanço conquistado pelos trabalhadores para a visibilidade das RTs - mas, conseqüentemente, encontram-se entraves para os encaminhamentos internos ao próprio serviço como, por exemplo, os casos de moradores que hoje são idosos com necessidades especiais de atenção, que precisariam mudar-se para uma RT com maior assistência (tipo II) e “concorrem” pela vaga junto de eventuais novos moradores que aguardam em lista de espera. Além disso, torna-se inviável a manutenção dos projetos de moradias individuais, com menos de quatro ou mais de dez moradores à medida que é impossível faturá-los pelo SUS. Informa-se que não foram encontrados dados sobre a previsibilidade do município operacionalizar mudanças que adequariam as RTs de alta complexidade, com mais de dez moradores, aos parâmetros tipo II previstos na Portaria, apesar das equipes SRT/SSCF terem estas adequações como metas.

Ainda há uma consideração imprescindível a ser feita a respeito das RTs que já estão em funcionamento. Conforme apontamento de FURTADO em 2011, o modelo de morador de RT “chefe de família” ou de moradora “dona de casa”, correspondentes à tipologia da família tradicional e idealizado pela própria equipe, muitas vezes não corresponde às necessidades dos usuários/moradores e, cotidianamente, há de se estar advertido para que não se reproduza uma moradia que tenta ser a ‘casa de família’ (FURTADO, 2012).

Porém, há diversos casos em que essa é a saída encontrada pelo morador na reconquista da vida fora dos hospitais. Assim, o trabalho sob a ética da Atenção Psicossocial deve garantir que o sujeito possa implicar-se subjetivamente na reconstrução de seu papel social, para além da matriz da reabilitação psicossocial - moradia, trabalho/geração de renda e inserção social - tantas vezes restritiva e reprodutora do paradigma da psiquiatria asilar quando pressupõe um modelo ou fórmula generalizados. Desse modo, para além dos importantes avanços constatados na configuração legal do SRT, é necessário ouvir e considerar o que os moradores têm a dizer sobre o morar e o viver em uma RT pois, certamente, respostas surpreendentes surgirão.

Algumas perguntas permanecem ao final desta pesquisa. E é bom que assim seja e que venham acompanhadas de inquietações e de movimento. Como a cidade convive com a loucura e suas sutilezas? Como ser permeável aos delírios num ponto de ônibus? E como ser tolerante na fila do supermercado? Como ser gentil ao explicar a virtualidade do dinheiro contido num cartão plástico do Banco? As limitações estão nas grandes cidades por toda a parte, a violência dentre elas, mas as equipes do SRT encontraram saída sutis, na maioria das vezes. Encontraram parcerias nos supermercados, nos Bancos, na farmácia, na vizinhança, na associação de bairro, nas igrejas, nas lojas, nos bares, com equipes do Resgate e do SAMU, equipes do Pronto-Atendimento e do Pronto-Socorro, equipes dos Centros de Saúde, motoristas de ônibus coletivos, clubes, campos de futebol, dentre outras.

Já houve festa de aniversário em salão social do clube, resgate de morador embaixo da ponte do Rio Atibaia, motorista de ônibus que trouxe de volta para casa moradora perdida no centro da cidade, há quem consiga comprar fiado no camelô, na boa-fé e palavra de honra, viagens para praia, para hotéis-fazenda, churrasco com a família, netos pedindo bênção a avó.

Para finalizar, conclui-se que as respostas para os impasses devem ser procuradas na delicada singularidade de cada sujeito morador de residência terapêutica. Na sutileza dos encontros, dos atos, dos gestos, do “trabalho disfarçado” quase camuflado. Os significantes apontam a trajetória a seguir. O percurso deixa marcas indeléveis. Ser mais casa, ser mais moradia. Ser menos Serviço, ser menos Residencial. Menos letras maiúsculas, mais discrição. Quiçá, assim, de fato, terapêutico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves-Mazzotti AJ, Gewandsznajder F. O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2. ed. São Paulo: Pioneira; 2000.

Amarante P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. Cad Saúde Pública. 1995;11:491-4.

Amarante P, Torres EHG. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. Saúde em Debate. 2001; 25: 26-34.

Associação de Volta para Casa [homepage na internet]. Santo André; 2012 [acesso em 15 abr 2012]. Disponível em: <http://www.osdevoltaparacasa.org.br/page1.aspx>

Barros S, Bichaff R, organizadoras. Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo [monografia na internet]. São Paulo: Secretaria da Saúde/ Fundap; 2008. 170p. [acesso em 26 set 2013]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/areas-tecnicas-da-sessp/saude-mental/censo-psicossocial>

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.

Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001a. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [lei na internet]. [acesso em 18 abr 2012]. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=232459>

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. [lei na internet]. [acesso em 13 abr 2012]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

Cebes. Diretoria Nacional. [editorial]. Saúde em debate. 2001; 25(58): 3.

Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção psicossocial - rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante P, editor. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2003. p. 13-44.

De Sordi GS. Agentes decisores e a formulação da política de saúde mental do município de Campinas: 2001-2004 [dissertação de mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2010.

Devera D, Costa-Rosa A. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. Revista de Psicologia da UNESP [periódico na internet]. 2007 [acesso em 18 setembro 2013]; 6 (1). Disponível em: <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/46/88>.

Furtado JP. A Ampliação dos Serviços Residenciais Terapêuticos no Brasil: o que dizem alguns atores. Cad do IPUB. 2006a; 12: 39-51.

Furtado JP. Avaliação da situação atual dos serviços residenciais terapêuticos existentes no SUS. Cien Saúde Colet. [periódico na internet]. 2006b jul/set [acesso em 08 fevereiro 2012];11(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300026&lng=en&nrm=iso

Furtado JP. Modos de morar de pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma avaliação interdisciplinar. Cien Saúde Colet. No prelo [periódico na internet]. 2012 [acesso em 07 setembro 2013]; no prelo. Disponível em http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=11441

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades [documento na internet]. São Paulo; 2013 [acesso em 26 setembro 2013]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/1TXI3>

Luzio CA, Yasui S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. Psicol Estud. 2010; 15: 17-26.

Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 19. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2001

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec; 1998

Ministério da Saúde. Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Dispõe sobre diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial – SIA / SUS / Unidade Básica / CAPS / Hospital Psiquiátrico. [portaria na internet]. [acesso em 04 mar 2012]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf

Ministério da Saúde. HumanizaSUS: a clínica ampliada. [documento na internet]. Brasília; 2004a (Série B. Textos Básicos de Saúde). [acesso em 19 abr 2012]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada.pdf

Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5. ed. ampl. [documento na internet]. Brasília; 2004b.(Série E. Legislação de Saúde) [acesso em 15 abr 2012]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 1220/GM, de 07 de novembro de 2000b. Considera a necessidade de implementar os programas terapêuticos na modalidade de residências terapêuticas, destinadas a pacientes psiquiátricos com longa permanência hospitalar, conforme o disposto na Portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000 [portaria na internet]. [acesso em 04 mar 2012]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-1220.htm>

Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000a. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais [portaria na internet]. [acesso em 04 mar

2012]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27_Portaria_106_de_11_02_2000.pdf

Ministério da Saúde. Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011b. 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011.html

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]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>.

Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 10, VII (10). Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012. [acesso em 8 de janeiro de 2013]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>

Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 9, VI (9). Informativo eletrônico. Brasília: julho de 2011a. [acesso em 10 fev 2012]. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/pdfs/Saude_Mental_em_Dados_9.pdf

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria nº 189 de 19 de novembro de 1991. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos) [portaria na internet]. [acesso em 04 mar 2012]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf

Nicacio MFS. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental [tese de doutorado na internet]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2003 [acesso em 18 abr 2012]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000311545&fd=y>

Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2006 [acesso em 10 jan 2012];22(5):1053-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/18.pdf>

Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Climepsi; 2002. 26 p. [acesso em 13 abr 2012] Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf.

Relatório final da 1. Conferência Nacional de Saúde Mental [evento na internet]; 1987; Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde; 1987 [acesso em 13 abr 2012]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relac_final.pdf

Relatório final da 2. Conferência Nacional de Saúde Mental [evento na internet]; 1994; Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência

e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental; 1994 [acesso em 13 abr 2012]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf

Santa Rosa ALC de. Aprendendo a caminhar na cidade: idosos em Residências Terapêuticas [tese de doutorado na internet]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008 [acesso em 10 jan 2012]. Disponível em: http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/pdf/%20santarosa_ana.pdf

Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira [homepage na internet]. Campinas; 2013 [atualizado em 30 setembro 2013; acesso em 30 setembro 2013]. Disponível em: <http://www.candido.org.br/>

3. Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo. [evento na internet]. Brasília; 2001b (Série D. Reuniões e Conferências, 15). [acesso em 19 abr 2012]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcnsm.pdf>

Valentini W. Nenhum ser humano será bonsai. In: Harari A, Valentini W, organizadores. A Reforma Psiquiátrica no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 11-24.

Vasconcelos EM. Abordagens psicossociais. São Paulo: Hucitec; 2008. 1 v.

Venturini E. O caminho dos cantos: morar e intersetorialidade na saúde mental. Fractal Rev Psicol [periódico na internet]. 2010 [acesso em 03 nov 2011];22(3):471-80. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caminhodoscantos.pdf>

Vidal CEL, Bandeira M, Gontijo ED. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. J Bras Psiquiatr [periódico na internet]. 2008 [acesso em 20 fev 2012];57(1):70-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a13.pdf>

Anexo 1**DESCRIÇÃO DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS EM FUNCIONAMENTO**

Tipo: I

Número de moradoras: 06 fem.

Equipe técnica de referência: uma psicóloga e uma enfermeira

Assistência:

- Auxiliar de moradia (07h-13h e 13h-19h), 06 dias por semana com objetivos de manter a higiene da casa e auxiliar nos cuidados gerais com as moradoras;
- Monitora de referência volante diurno;
- Auxiliar de enfermagem volante diurno e noturno.

Tipo: I

Número de moradores: 05 fem.

Equipe técnica de referência: terapeuta ocupacional e enfermeira

Assistência:

- Auxiliar de moradia (07h-13h), 06 dias por semana, com objetivo de manter a higiene da casa, auxiliar nos afazeres domésticos e cuidados gerais com moradoras;
- Monitora nos períodos matutino/vespertino prestando assistência volante;
- Técnico de enfermagem nos períodos matutino/vespertino prestando assistência volante.

Tipo: I

Número de moradores: 04

Equipe técnica de referência: 01 terapeuta ocupacional, 01 enfermeira, 01 monitor, 01 técnico de enfermagem por período prestando assistência volante.

Assistência fixa: auxiliar de moradia (7h -13h), 06 dias por semana.

Tipo: I

Número de moradores: 04

Equipe técnica de referência: 01 terapeuta ocupacional, 01 enfermeira, 01 monitor, 01 técnico de enfermagem por período, prestando assistência volante.

Assistência fixa: auxiliar de moradia (7h-13h), 06 dias por semana e auxiliar de moradia (13h-19h), 03 dias por semana.

Tipo: I

Número de moradores: 05 (01 fem. e 04 masc.)

Equipe técnica de referência: psicóloga e enfermeira

Assistência:

- Auxiliar de moradia (07h-13h), 06 dias por semana, e auxiliar de moradia (13h-19h), 03 dias por semana, com objetivo de manter a higiene da casa e auxiliar nos cuidados gerais com os moradores;
- Monitora de referência volante diurno;
- Auxiliar de enfermagem volante diurno e noturno.

Tipo: I

Número de moradores: 06 (04 fem. e 02 masc.)

Equipe técnica de referência: terapeuta ocupacional e enfermeira

Assistência:

- Auxiliar de moradia (07h-13h), 6 dias por semana, com objetivo de manter a higiene da casa e auxiliar nos cuidados gerais com os moradores;
- Monitora de referência volante diurno;
- Auxiliar de enfermagem volante diurno e noturno.

Tipo: II

Número de moradores: 10

Equipe técnica de referência: 01 médico clínico, 01 enfermeira, 01 psicóloga, 01 acompanhante terapêutica (responsável por atividades externas junto a alguns moradores)

Assistência fixa: 24h, todos os dias da semana

- Plantão matutino (07h-13h): 01 técnico de enfermagem + 01 monitor + 01 auxiliar de moradia;
- Plantão vespertino (13h-19h): 01 técnico de enfermagem + 01 monitor + 01 auxiliar de moradia;
- Plantão noturno (19h-07h): 01 técnico de enfermagem.

Tipo: II

Número de moradores: 06 (05 fem. e 01 masc.)

Equipe técnica de referência: 01 médico clínico, 01 enfermeira, 01 psicóloga, 01 acompanhante terapêutica (responsável por atividades externas junto a alguns moradores).

Assistência fixa: 24 horas, todos os dias da semana.

- Plantão matutino (07h-13h): 01 monitor + 01 auxiliar de moradia + equipe volante (técnico de enfermagem e monitor);
- Plantão vespertino (13h-19h): 01 monitor + equipe volante (técnico de enfermagem e monitor);
- Plantão noturno (19h-07h): 01 monitor.

Tipo: II

Número de Moradores: 10 (01 fem. e 09 masc.)

Equipe técnica de referência: psicóloga e enfermeira

Assistência fixa: 24 horas, todos os dias da semana.

- Plantão matutino (07h-13h): 01 técnico de enfermagem + 01 monitor + 01 monitor acompanhante/folguista + 01 auxiliar de moradia + 01 copeira + 01 roupeira;
- Plantão vespertino (13h-19h): 01 técnico de enfermagem + 01 monitor + 01 monitor folguista + 01 auxiliar de moradia + 01 copeira;
- Plantão noturno (19h-07h): 01 técnico de enfermagem + 01 monitor.

Tipo: II

Número de moradores: 08 (02 fem. e 06 masc.)

Equipe técnica de referência: terapeuta ocupacional, enfermeira

Assistência fixa: 24 horas, todos os dias da semana.

- Plantão matutino (07h-13h): 01 técnico de enfermagem + 01 monitor + 01 monitor acompanhante/folguista (compartilhado) + 01 auxiliar de moradia + 01 roupeira;
- Plantão vespertino (13h-19h): 01 técnico de enfermagem + 01 monitor + 01 monitor folguista (compartilhado) + 01 auxiliar de moradia;
- Plantão noturno (19h-07h): 01 técnico de enfermagem.

Casa Primavera – não cadastrada

Obs.: localizada na região leste, porém sob gerência da gerente sul

Número de moradores: 21 moradores (11 fem. e 10 masc.)

Equipe técnica de referência: 02 enfermeiras e 01 psicóloga

Assistência fixa: 24 horas, todos os dias da semana.

Casa Verde – não cadastrada

Obs.: localizada na região leste, porém sob gerência da gerente sul

Número de moradores: 14 moradores (02 fem. e 12 masc.)

Equipe técnica de referência: 02 enfermeiras e 01 psicóloga

Assistência fixa: 24 horas, todos os dias da semana.

Individual – não cadastrada

Número: 01 moradora (01 fem.)

Equipe técnica de referência: equipe volante formada por psicóloga, técnico de enfermagem e monitor.

Individual – não cadastrada

Número: 01 morador (01 masc.)

Equipe técnica de referência: equipe volante formada por terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem e monitora.

Dupla – não cadastrada

Número: 02 moradoras (02 fem.)

Equipe técnica de referência: equipe volante, somente sob demanda e solicitação das moradoras.

Tipo: I

Número de moradores: 07 moradores (07 masc.)

Assistência: 01 auxiliar de moradia 06h por dia + equipe volante (monitor, técnico de enfermagem e técnico universitário de referência).

Tipo: I

Número de moradores: 08 moradores (05 fem. e 03 masc.)

Assistência: 01 auxiliar de moradia (06h/dia) + equipe volante (monitor, técnico de enfermagem e técnico universitário de referência).

Tipo: I

Número de moradores: 04 moradores (04 masc.)

Assistência: a assistência é feita pela equipe volante (monitor, técnicos de enfermagem e técnico universitário de referência).

Tipo: I

Número de moradores: 05 moradores (04 fem. e 01 masc.)

Equipe de referência: técnico universitário + equipe volante

Assistência:

- Plantão matutino: 01 auxiliar de moradia + 01 monitor + 01 técnico de enfermagem (equipe volante);
- Plantão vespertino: 01 auxiliar de moradia + 01 monitor + 01 técnico de enfermagem (equipe volante).

Tipo: I

Número de moradores: 07 moradores (05 fem. e 02 masc.)

Equipe técnica de referência: técnico de nível superior

Assistência: 06 horas diurnas de auxiliar de moradia + equipe volante (01 monitor + 01 técnico de enfermagem nos períodos matutino/vespertino).

Tipo: II

Número de moradores: 09 moradores (06 fem. e 03 masc.)

Assistência fixa: 24 horas, todos os dias da semana.

- Plantão matutino: 01 auxiliar de moradia + 01 monitora + equipe volante (enfermagem e técnico universitário);
- Plantão vespertino: 01 auxiliar de moradia + 01 monitora + equipe volante (enfermagem e técnico universitário);
- Período noturno: 01 auxiliar de enfermagem.

Tipo: II

Número de moradores: 09 moradores (01 fem. e 08 masc.)

Assistência: 24 horas, todos os dias.

- Plantão matutino: 01 auxiliar de moradia + equipe volante (enfermagem, monitor e técnico universitário de referência);
- Plantão vespertino: 01 auxiliar de moradia + equipe volante (enfermagem, monitor e técnico universitário de referência);
- Plantão noturno: 01 auxiliar de enfermagem.

Anexo 2**PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DE USUÁRIOS PARA INSERÇÃO EM
RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS.****Identificação**

Nome:

Data de nascimento:

Idade:

Documentação

RG:

CPF:

Título de eleitor:

Estado Civil:**CID:****Filiação**

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Cônjuge:

Situação atual de moradia – (indicar há quanto tempo):

- () Mora com família _____ anos
- () Mora na rua _____ anos
- () Mora em Abrigo protegido _____ anos
- () Mora em Hospital Psiquiátrico _____ anos
- () Mora em Pensão _____ anos
- () Mora em leito de CAPS _____ anos

Endereço de permanência ou institucional:

Situação atual em que se encontra a pessoa candidata à moradia e o motivo da indicação para o equipamento residencial:**Situação atual de tratamento, referência e serviço responsável, medicação:**

História de vida e psiquiátrica

Antecedentes pessoais:

Antecedentes psiquiátricos e história da doença (história do percurso institucional psiquiátrico, início dos sintomas, internações, período/tempo de permanência):

Apresenta ou apresentou na história de vida uso de substâncias psicoativas?

Antecedentes clínicos e quadro atual (estado físico):

Antecedentes familiares e realidade atual (contexto sócio familiar, vínculos existentes – familiares ou outros):

Existem, na história de vida, situações de ordem judiciária com questões ainda atuais (curatela, conflito com a lei)?

Recursos financeiros disponíveis:

Recurso financeiro já existente ou que tenha direito a solicitar:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aposentadoria | <input type="checkbox"/> Ajuda de familiares |
| <input type="checkbox"/> Benefício LOAS | <input type="checkbox"/> Pensão |
| <input type="checkbox"/> Benefício PVC | <input type="checkbox"/> Recurso financeiro do seu trabalho |
| <input type="checkbox"/> Auxílio-doença | |

Há algum outro tipo de benefício ou renda?

Nível de autonomia e independência

Faça uma pequena descrição do atual nível de autonomia e independência da pessoa

Quais as necessidades de cuidados intensivos

- higiene pessoal
- medicação assistida
- acompanhamento terapêutico
- dificuldade na comunicação
- necessidade de cuidados no momento da alimentação

Qual o tipo de moradia que atualmente a pessoa necessita a partir da descrição feita acima?

- Moradia de alta complexidade
- Moradia com atenção parcial
- Moradia com profissional / cuidador

() Não precisa deste tipo de aporte de atenção, somente acompanhamento de sua referência no sentido da reabilitação psicossocial.

OBSERVAÇÕES:

Responsável pelas informações:

Data:

Conclusão da Comissão de SRT:

Anexo 3



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

FUNDAÇÃO MUNICIPAL PARA EDUCAÇÃO COMUNITÁRIA – FUMEC

ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO LEVANTAMENTO DE EXPECTATIVAS QUANTO A PARTICIPAÇÃO NA FUMEC E INFORMAÇÕES RELEVANTES DO ALUNO

Nome do aluno

Local de nascimento:

Data de nascimento: / /

LEVANTAMENTO DE EXPECTATIVAS QUANTO A PARTICIPAÇÃO NA FUMEC E INFORMAÇÕES RELEVANTES DO ALUNO.

1) Expectativa em conseguir na FUMEC aumentar grau de autonomia:

nenhuma muito pouca pouca média muita

2) Expectativa em conseguir na FUMEC aumentar grau de letramento de educação formal (faz referência a alfabetização e acesso aos conteúdos formais da escola):

nenhuma muito pouca pouca média muita

3) Expectativa em conseguir na FUMEC adquirir conhecimentos gerais.

nenhuma muito pouca pouca média muita

4) Expectativa em conseguir na FUMEC aumentar grau de sociabilidade: convivência, relações interpessoais, comunicação e cidadania.

nenhuma muito pouca pouca média muita

5) Expectativa em concluir o EJA 1.

nenhuma muito pouca pouca média muita

6) Expectativa em ao participar da FUMEC aumentar grau de satisfação na vida.

nenhuma muito pouca pouca média muita

7) Projeto de vida atual (situação atual de vida, o que faz e gosta ou não gosta de fazer):

8) Projeto de vida futuro: planos e desejos:

9) Breve história de vida:

10) Outras considerações:

11) Nome (s) e assinatura (s):

Anexo 4

Equipe do Serviço Residencial Terapêutico: descrição das funções e das atividades desempenhadas.

- **Auxiliar de moradia:** é responsável pela limpeza e organização das tarefas domésticas nas casas, preparar e servir refeições, lavar e separar roupas, contribuir para a rotina de cuidados dos moradores, participar de reuniões de equipe.

Obs.: Nas casas maiores, a equipe também conta com roupeiras, que se responsabilizam exclusivamente por lavar, passar, separar e guardar as roupas dos moradores, e com as copeiras, que preparam e servem as seis refeições na casa, além de serem responsáveis pelas compras, organização dos alimentos e limpeza da cozinha.

- **Monitor:** é responsável por auxiliar os moradores na administração dos benefícios (Programa de Volta para Casa e Benefício de Prestação Continuada); acompanhar moradores em consultas médicas, exames e visitas; acompanhar e organizar atividades esportivas, culturais e sociais dos moradores; orientar moradores em relação à higiene pessoal e aos autocuidados; manutenção da limpeza e organização da casa; auxiliar no preparo das refeições, organização de armários, roupas e pertences dos moradores; fazer prestação de contas dos gastos dos moradores para a instituição SSCF; compras de supermercado, hortifruti, açougue, padaria, roupas, calçados, móveis e quaisquer outras necessidades dos moradores; organização de festas de aniversário e de outras datas comemorativas com os moradores; participação em reuniões de equipe; contato com os familiares de moradores.
- **Auxiliar/técnico de enfermagem:** é responsável pela conferência das medicações dispensadas pela farmácia do SSCF; inserção de medicações de alto custo nos pacotes de medicação; verificação das prescrições médicas para a administração de medicações; orientação aos moradores em relação à higiene pessoal e autocuidados; evoluções em prontuário; realização de acompanhamentos terapêuticos dos moradores; acompanhamento em consultas médicas, exames, visitas; participação em reuniões de equipe para auxiliar na elaboração do PTI, confecção de listas de reposição de materiais de enfermagem e de farmácia; agendamento de transportes; incentivar os moradores a se responsabilizarem por atividades da casa e dos próprios projetos de vida; escutar demandas e manejar crises encaminhando aos demais serviços, como Centro de Saúde, CAPS, Pronto-Socorro, Pronto-Atendimento; colaboração para a organização de festas e passeios.

- **Técnico Universitário:** organizar escala de RH; administrar e organizar relatórios do PVC; fazer evolução dos prontuários; fazer relatórios para supervisão clínica; elaborar e atualizar banco de dados do serviço; elaborar projeto terapêutico individual e coletivo junto ao morador e à equipe; coordenar e participar de reuniões (equipe, miniequipe, Comissão Municipal de Moradias, Cândido-Escola, CAPS, Centros de Saúde); acompanhar atividades e atendimentos de moradores nos CAPS; articulações setoriais e intersetoriais junto aos Centros de Saúde, ONGs, CAPS, SESC, SESI, Assistência Social, FUMEC, EJA, associações de bairro e comunidade em geral); supervisão de estagiários; organização de documentação de moradores, acompanhamento da solicitação de BPC/LOAS; administração e organização de tarefas (manutenção das casas, mudança de móveis e imóveis); contato e reuniões com familiares de moradores; orientações em relação ao trabalho da equipe de nível médio e técnico; acompanhamento e organização de atividades socioculturais, educativas, terapêuticas e esportivas dos moradores.
- **Médicos Psiquiatra e Clínico:** acompanhamento psiquiátrico de moradores que não possuem vínculo ou inserção nos CAPS; atualização das prescrições médicas; atualização de evoluções no prontuário; participação em reuniões de equipe e em outros serviços da rede; contato com os Centros de Saúde de referência e demais unidades de saúde; participação em atividades/eventos socioculturais dos moradores; contato com familiares dos moradores, quando necessário; encaminhamentos de demandas específicas.