



Universidade Estadual do Ceará
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Centro de Estudos Sociais Aplicados
Centro de Humanidades
Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade

Sandra Costa Lima

**O PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA EM FORTALEZA: O
QUE MUDOU NA VIDA DE SEUS BENEFICIÁRIOS?**

Fortaleza-CE
2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade

Sandra Costa Lima

**O PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA EM FORTALEZA: O QUE
MUDOU NA VIDA DE SEUS BENEFICIÁRIOS?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Sociedade da Universidade Estadual do Ceará, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Glauécia Mota Brasil.

Fortaleza-CE
2008

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade

Sandra Costa Lima

**O PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA EM FORTALEZA: O QUE
MUDOU NA VIDA DE SEUS BENEFICIÁRIOS.**

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Glaucéria Mota Brasil (UECE)
Orientadora

Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio (UECE)

Profa. Dra. Cleide Carneiro (UECE)

DEDICATÓRIA

À Gabriela, minha filha, que em apenas dois meses de vida me fez reencontrar força e coragem necessárias para concretização deste trabalho. Que fez nascer em mim um amor grandioso, inexplicável, inigualável, um amor verdadeiro.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela minha existência e proteção, pois “tudo contribui para o bem daqueles que amam a Deus”.

Ao meu amor, Marcelo Oliveira, esposo e companheiro, sempre ao meu lado compartilhando alegrias e tristeza, vitórias e derrotas, mas principalmente me estimulando a continuar sempre na luta.

À Gabi que tão pequenina ficou, por algumas vezes, carente de minha presença para que eu pudesse concluir esse trabalho.

À Sonia, minha mãe, pela preocupação e incentivo ao longo dessa trajetória de estudos.

À minha querida Vó Nini, que aos seus 99 anos me emociona com seu carinho grandioso.

A Marilda e Moura de Oliveira, meu sogros, por me ajudarem nos cuidados com a Gabi enquanto finalizava a elaboração deste trabalho, enfim pelo amor que dedicam a minha filha.

Às queridas amigas, Meury, Karlinha, Jane, Lidiana e Micheline, pelas contribuições a este trabalho com suas leituras e sugestões e auxílio nos momentos de incertezas e dificuldades.

Aos professores do Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade pelos ensinamentos.

À minha orientadora, Glauéciria, pela compreensão, dedicação e incentivo nesta caminhada acadêmica.

Ao Laboratório de Direitos Humanos, Cidadania e Ética – Labvida, espaço que possibilita a construção de estudos e pesquisas essenciais para a produção acadêmica.

À querida Cleide Carneiro, uma doutora para minha vida, uma fonte de inspiração.

Ao Prof. José Jackson Coelho Sampaio, sempre atencioso e disposto a colaborar com este trabalho.

Aos beneficiários do PVC e suas famílias, que se disponibilizam em participar deste trabalho, permitindo que adentrássemos em suas histórias de vida.

Às equipes do Centro de Atenção Psicossocial – SER I e do Instituto Vandick Ponte pela receptividade e colaboração na construção deste trabalho.

À FUNCAP pelo suporte financeiro para realização do presente trabalho.

RESUMO

A temática reforma psiquiátrica auferiu espaço e notoriedade no Brasil desde a década de 1980. Atualmente, percebe-se que a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos é expressa como preocupação na agenda política de alguns governos. De maneira específica, o presente trabalho tem como recorte de análise o Programa De Volta Para Casa - PVC, caracterizado por ser de reabilitação psicossocial, destinado a pessoas egressas de longos períodos de internações hospitalares, ou seja, visa à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial dos pacientes psiquiátricos. O presente ensaio tem como objetivo geral analisar o impacto do referido programa sob a óptica dos agentes envolvidos, os beneficiários, suas famílias e a equipe de saúde mental, em Fortaleza. Com este estudo, busca-se, também, construir o perfil socioeconômico, familiar e psiquiátrico dos beneficiários; compreender o significado deste programa para os beneficiários, suas famílias e equipe de saúde mental; e interpretar as percepções dos beneficiários sobre as suas condições de vida após a inserção no programa. Para iniciar a investigação, achou-se por bem procurar na Secretaria Municipal de Saúde, os responsáveis pelo acompanhamento deste programa quando se foi informado de que Fortaleza estava habilitada desde 2003, porém seus primeiros beneficiários só foram inseridos em 2007. Este estudo tornou-se possível através da análise do que está sendo constituído desde o trabalho concreto realizado junto aos cinco beneficiários do PVC em Fortaleza. Buscou-se compreender quem são, como estão vivendo, ou seja, quais os impactos do programa em suas vidas e quais suas expectativas, como também revelar as idiosincrasias, os pontos de vista, as representações e os posicionamentos daqueles diretamente ligados ao programa De Volta Para Casa. Para tanto, foram utilizados questionários, entrevistas, estas complementadas pela observação direta e anotações em diário de campo. Este estudo revelou que a importância dada a este programa no Município ainda é muito incipiente. Os agentes envolvidos têm pouco conhecimento de seus objetivos, e, quando falam sobre o programa, é recorrente reduzi-lo ao pagamento do auxílio reabilitação psicossocial. Esse distanciamento pode ser compreendido por vários fatores: serviços superlotados com demanda cada vez maior para uma equipe mínima; dissociação entre tratamento psiquiátrico e a contextualização socioeconômica, cultural e política do usuário e suas famílias; e identificação do quadro clínico do usuário como crônico e compreendido pela equipe como difícil de ser reabilitado; contudo, o impacto deste programa na vida dos beneficiários foi o fato de terem saído da instituição hospitalar, apesar de sua condição atual de vida não corresponder as suas expectativas e necessidades.

Palavras-chave: reabilitação psicossocial, desinstitucionalização psiquiátrica, política pública de saúde mental.

LISTA DE TABELA

1 -	Assistência Psiquiátrica no Brasil.....	20
2 -	Número total de beneficiários do PVC até 2008.....	45
3 -	Beneficiários do PVC/Moradia.....	52
4 -	Equipe de Referência.....	54
5 -	Situação de pagamento do benefício.....	55
6 -	Relação Idade, tempo de institucionalização e tempo de alta hospitalar..	56

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
1 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	16
1.1 Primeiras aproximações com o objeto de pesquisa	25
1.2 Os passos da pesquisa: sujeitos e objeto de análise.....	34
2 O PROGRAMA “DE VOLTA PARA CASA”: UMA INTENÇÃO DE REABILITAÇÃO.....	41
2.1 Voltar para casa: reabilitação psicossocial como eixo central.....	46
2.2 Voltando para casa em Fortaleza – aproximações com o programa em âmbito local.....	48
3 NAS HISTÓRIAS DE VIDA: O DESAFIO DE VOLTAR PARA CASA.....	57
3.1 Quem são os beneficiários do Programa “De Volta Para Casa”.....	57
3.2 Compreendendo o significado do Programa e as vivências dos beneficiários, familiares e equipe de saúde mental	64
3.3 Do hospital à casa: o que mudou na vida dos cinco beneficiários.....	81
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
REFERÊNCIAS	
APÊNDICES	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo geral analisar o impacto do Programa de Volta Para Casa, sob a óptica dos agentes envolvidos, os beneficiários, suas famílias e a equipe de saúde mental. Com este estudo, buscamos, também, constituir o perfil socioeconômico, familiar e psiquiátrico dos beneficiários; compreender o significado deste programa para os beneficiários, suas famílias e equipe de saúde mental; e interpretar as percepções dos beneficiários sobre as suas condições de vida após a inserção no Programa.

Caracterizado por ser um programa de reabilitação psicossocial, destinado a pessoas egressas de longas internações hospitalares, optamos por estudá-lo por constituir uma nova estratégia da política pública de saúde mental no Brasil, que visa à desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos. Caracteriza-se, portanto, como uma nova possibilidade de vida por meio do sistema público de saúde do país.

O atual sistema de saúde brasileiro, concebido na década de 1980 e implantado na década de 1990, é fruto da mobilização de vários setores da sociedade civil desde um contexto histórico de lutas populares contra o regime militar instaurado no Brasil.

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, trouxe ao cenário público a Reforma Sanitária e deu início à participação institucional e popular na discussão que culminaria numa nova ordem para a seguridade social (previdência social, saúde e assistência social) estabelecida na Constituição de 1988. Nessa Conferência, foram discutidos temas importantes como: novo conceito de saúde, descentralização do sistema de saúde e controle social. Além de estabelecer princípios democratizantes fundadores de um sistema de saúde baseado na equidade, universalidade, integralidade e participação, já que, até final da década de 1980, a política de saúde, especificamente no que se refere a

assistência médica, só garantia direito ao atendimento para os trabalhadores vinculados à previdência social.

A Constituição de 1988 incorporou as principais diretrizes da VIII Conferência Nacional de Saúde e instituiu o Sistema Único de Saúde - SUS. O SUS foi constituído como um modelo complexo de organização dos serviços que pretende aperfeiçoar as relações intergovernamentais e interinstitucionais no setor, tendo por característica a desconcentração de poder mediante a transferência de atribuições gerenciais e de recursos financeiros às esferas estaduais e municipais.

Esse novo padrão de relações político-institucionais abre possibilidades de avançar na democratização da tomada de decisões e na aplicação real dos princípios do SUS. Em particular, a participação da sociedade organizada nos conselhos permitiria a sua interferência na formulação e acompanhamento das políticas e programas relativos à implementação do SUS, no exercício, enfim, do controle social que ao longo do tempo necessariamente deveria se desenvolver e fincar raízes na cultura política nacional.

A descentralização na saúde foi vista por todos os agentes comprometidos com a reforma sanitária como o meio mais viável para diminuir, paulatinamente, as grandes desigualdades entre as regiões do País, e, para tanto, o fortalecimento do poder local, mediante a municipalização. Tendo em vista apressar esse processo e tornar mais transparentes as ações entre as partes, o Ministério da Saúde vem emitindo todo um corpo normativo, do qual se destacam as Normas Operacionais Básicas-NOB, as quais visam a operacionalizar a Lei Orgânica do SUS mediante ordenamentos na transferência de recursos, nos requisitos para estados e municípios se habilitarem a receber recursos federais e nas metodologias de pagamento dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais.

A NOB-96 é de particular importância, pois definiu regras para as relações entre as instâncias, além de fixar com precisão os tetos de repasse para a execução dos programas do Ministério da Saúde, nos marcos da política de redefinição do modelo assistencial.

Em 2002, com a aprovação da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 2002, o Ministério da Saúde estabeleceu dois tipos de gestão: uma, municipal

- o município pode habilitar-se em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada ou em Gestão Plena de Sistema Municipal; a outra, estadual - o Estado pode habilitar-se em Gestão Avançada do Sistema Estadual ou em Gestão Plena do Sistema Estadual(Brasil, 2002).

Quanto ao sistema municipal de saúde, Fortaleza se encontra habilitada em Gestão Plena do Sistema Municipal, significando que o Município deve: apresentar capacidade de atendimento instalada para realização de serviços de atenção básica, de média e de alta complexidade; apresentar Relatório de Gestão do ano anterior aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde; elaborar o Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde; gerenciar as unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, entre outras responsabilidades (BRASIL, 2002).

Atualmente, a organização do sistema municipal de saúde não difere do modelo hegemônico no País, com predomínio do conhecimento biomédico, centrado na prática hospitalar, curativa e na atenção especializada. Essa realidade pode ser percebida ao verificarmos o repasse dos recursos financeiros do SUS transferidos para Fortaleza, no período de 2001 a 2004, quando em média 65% dos recursos foram destinados ao grupo de despesa referente aos procedimentos de média e alta complexidade, 21% à atenção básica e 14% às ações estratégicas (PMF, Relatório de Gestão, 2006).

Supondo que Saúde Pública e Saúde Mental coabitam um mesmo espaço, os quais possuem em comum a luta dos agentes políticos da área (gestores, trabalhadores e usuários) em favor da formação de modelos de atenção eficazes e humanizados, o chamado campo da Saúde Mental vem, no Brasil, desde a década de 1980, delineando-se como espaço cuja marca principal é a diversidade das linhas teóricas, propostas terapêuticas e objetivos, tendo em vista a reforma psiquiátrica e a mudança do modelo baseado no paradigma asilar para um modelo antimanicomial.

A reforma psiquiátrica caminha, de certa forma, passo a passo com a reforma sanitária no Brasil. Poderíamos dizer que a Reforma Psiquiátrica iniciou seu percurso na década de 1970, durante a ditadura militar, época em que a

“medicalização” era o modelo básico de intervenção. O poder centralizador do hospital psiquiátrico e o elevado índice de internações passaram a ser considerados as causas estruturais das condições desumanas a que eram submetidos os pacientes psiquiátricos. A forte recessão, derivada da política econômica que obedecia a grupos de pressão internacionais, tinha como consequência a precariedade do trabalho, a acelerada baixa da renda familiar e o índice alarmante de miséria absoluta, o que exigia maior atenção da saúde. Paralelamente, percebia-se a falta de recursos especialmente no aparato dos serviços sanitários, onde havia, ainda, o clientelismo na esfera pública, o investimento da rede privada e o pouco interesse do Poder Legislativo em valorizar as políticas sociais. Todos esses são fatores que contribuíram para a ineficácia e a não resolução dos serviços.

O Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica ganhou sustentabilidade quando se iniciou um movimento articulado para a criação da rede substitutiva de atenção em saúde mental, por meio da criação dos serviços extra-hospitalares, como, por exemplo, os centros de atenção psicossocial - CAPS e as residências terapêuticas - RT, como alternativas, a princípio, ou substitutivos, mais tarde, ao hospital psiquiátrico, único dispositivo existente anteriormente para a assistência à doença mental grave. O modo como o hospital psiquiátrico, seja na lógica asilar dos séculos XVIII e XIX, seja na lógica clínica do século XX, constituiu-se, a partir de um modelo ideológico de exclusão, segregação e estigmatização das pessoas loucas, alienadas, psicopatas ou doentes mentais graves, nas várias acepções que os “marginais da razão” ou os “doentes da mente” foram sendo designados.

Desde a II Guerra Mundial, o campo da saúde mental, em constituição, amplia intervenções terapêuticas, avança para promoção de saúde, abarca disputas entre saberes e práticas que delinearam um percurso de “reformas” da Psiquiatria, como por exemplo: psiquiatria de setor (França, 1940/ Brasil, 1970), análise institucional (França, 1950/ Brasil, 1970), comunidade terapêutica (Inglaterra, 1950/ Brasil, 1960), antipsiquiatria (Inglaterra, 1960/ Brasil, 1970), psiquiatria comunitária (EUA, 1960/ Brasil, 1976); psiquiatria preventiva (EUA, 1960/ Brasil, 1970) e psiquiatria democrática (Itália, 1970/ Brasil, 1980).

A reforma psiquiátrica, entendida como um movimento social está articulado a um conjunto de iniciativas operado nos campos legislativo, jurídico, administrativo, cultural e no saber médico-psiquiátrico que visam transformar a relação entre sociedade e loucura (Oliveira, 2002, p.17).

No Brasil, foi aprovada a Lei Federal nº.10.216, de 06/04/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo de assistência em saúde mental. Esta é conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, um instrumento legal que define como direitos das pessoas portadoras de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001, p.15).

Na atualidade, o movimento de reforma psiquiátrica brasileira propõe a efetivação da desinstitucionalização psiquiátrica, a qual implica um conjunto de intervenções que transpõe a desospitalização e redução de leitos psiquiátricos, ou seja, implica uma atuação abrangente dos serviços extra-hospitalares que consiga ultrapassar os limites físicos de atendimento na instituição, à medida que estes devem atuar como organizadores de uma rede de atenção em saúde mental cujo fim não deve se resumir ao atendimento, individual ou grupal, na própria unidade.

Portanto, desinstitucionalizar, para Rotelli (1993), é uma reavaliação e reforma radical da função social da psiquiatria, de seu *modus operandi* e do conhecimento que a compõe. Trata-se de uma mudança social, cultural, clínica e política, a qual busca romper com o problema centrado na doença para a constituição de um cuidado que considere a dimensão da existência-sofrimento na busca pela produção de vida das pessoas com transtornos mentais.

A desinstitucionalização é, sobretudo, um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez na se “resolva” por hora, não se “cure” agora, mas, no entanto, seguramente “se cuida”. Depois de ter descartado “ a solução-cura” se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transforme os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta esse sofrimento” (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001,p.33).

No Brasil, foi instituído em 2003, pela Lei Federal nº 10.708, o Programa “De Volta Para Casa”, definido como estratégia de reabilitação social das pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, que poderão receber um auxílio-reabilitação psicossocial no valor inicial de R\$ 240,00/mês, durante um ano, podendo ser renovado. Iniciado em dezembro de 2003, com 206 beneficiários, o programa chegou junho de 2008 com 3.206 beneficiários em todo o Território Nacional. São atendidos pelo Programa os pacientes que tenham mais de dois anos ininterruptos de internação em hospitais psiquiátricos que receberam alta hospitalar passando a morar com suas famílias ou em residências terapêuticas.

O Município de Fortaleza aderiu ao programa e foi habilitado em dezessete de dezembro de dois mil e três. De acordo com representante do Colegiado Municipal de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, o primeiro pagamento do benefício a um usuário do município ocorreu em 2007 e, até junho de 2008, cinco pessoas em todo o Município são beneficiárias.

Um desafio diz respeito à compreensão e avaliação da cobertura e da efetividade desde programa junto aos seus beneficiários, se é capaz de responder à proposta de reabilitação daqueles que passaram grande parte de suas vidas institucionalizados em hospitais psiquiátricos. Como está sendo realizado o Programa De Volta Para Casa em Fortaleza? Quem são e como estão seus beneficiários? Como é realizado o acompanhamento deste programa junto aos beneficiários? Qual a compreensão das pessoas com transtornos mentais sobre o programa? Quais as expectativas, as perspectivas destes interlocutores? Afinal, o que mudou em suas vidas?

Dar voz às pessoas com transtorno mental, egressas de longas internações psiquiátricas, incluídas no Programa de Volta Para Casa, para avaliar o real impacto

deste programa em suas vidas, eis o nosso desafio. Neste trabalho, buscamos analisar o impacto do programa De Volta Para Casa sob a óptica dos agentes envolvidos, sejam eles beneficiários, suas famílias e a equipe de saúde mental.

Desta maneira, o presente estudo é composto por esta introdução, três capítulos e por último, as considerações finais. No primeiro capítulo, “A Trajetória da Política Pública de Saúde Mental no Brasil”, abordamos a temática da política de saúde mental no País, onde apresentamos a recuperação histórica da assistência psiquiátrica, desde a formulação do modelo hospitalar até os modelos extra-hospitalares preconizados pela Reforma Psiquiátrica. Apresentamos também dados quantitativos referentes à expansão dos serviços substitutivos de saúde mental no Brasil, no Ceará e em Fortaleza. Há, também, breve explanação da nossa trajetória de estudos e pesquisas nesta área, ou seja, nossa aproximação com o campo da saúde mental. Para finalizar este capítulo, descrevemos como ocorreu a nossa inserção no campo de pesquisa, bem como o trabalho de campo realizado.

No segundo capítulo, intitulado “O Programa De Volta Para Casa: uma intenção de reabilitação”, apresentamos a proposta deste programa feita pelo Ministério da Saúde, o quantitativo de beneficiários por Estado, bem como uma breve caracterização dos beneficiários de Fortaleza. Discutimos também a temática da reabilitação psicossocial, tendo como referência os autores Benedetto Saraceno(2001) e Ana Pitta(2001), já que se constitui como eixo central do programa em estudo.

“Nas histórias de vida: o desafio de voltar para casa”, título do terceiro capítulo, estabelecemos o perfil socioeconômico, familiar e psiquiátrico dos beneficiários. Neste capítulo, analisamos o significado deste programa para os beneficiários, suas famílias e equipe de saúde mental, como também o impacto do mesmo na vida dos beneficiários.

Nas considerações finais, procedem algumas análises, que situam o programa “De Volta Para Casa” em um cenário marcado por desafios e possibilidades.

CAPÍTULO 1

A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.

A Loucura é o exterior líquido e jorrante da rochosa razão.

Michel Foucault

Discutir a política pública de saúde mental requer compreender, problematizar e buscar romper com preconceitos contra a pessoa com transtorno mental. Na mídia, é comum ser tratada a questão do transtorno mental aliada à violência, por exemplo, com a divulgação de crimes cometidos por pessoas com transtorno mental com base em uma análise superficial, a qual contribui para velar a real situação dessas pessoas em nosso País.

Os preconceitos são realidades historicamente construídas e dinâmicas; são reinventados e reinstalados no imaginário social continuamente. Os preconceitos atuam como filtros de nossa percepção, fortemente impregnados de emoções, colorindo nosso olhar, modulando o ouvir, modelando o tocar, fazendo com que tenhamos uma percepção simplificada e enviesada da realidade (Candau, 2003,p.17).

No imaginário social predomina uma visão de medo ante o adoecimento mental, pois a pessoa com transtorno mental ainda é vista em nossa sociedade como um ser perigoso e incapaz, sendo desconsiderados seus pensamentos, desejos e projetos de vida.

Hoje eu venho discutindo tecnicamente é que os sintomas que a gente chama de sintomas negativos não são necessariamente patológicos. Eu acho que são efeitos da discriminação e do preconceito enfrentado por essas pessoas, por exemplo, nós temos recebido queixas de vizinhos

inclusive com denúncia junto ao ministério público porque eles queriam fechar uma das nossas residências terapêuticas porque incomodava eles, porque os pacientes gritavam. Mas, aí a gente pergunta: e por quê quando está havendo brigas nos nossos apartamentos, nas casas, nos apartamentos os casais brigam, os filhos gritam, será que se pede para fechar as casas e mandar os moradores para os hospícios? Foi isso, esse nosso vizinho queria que fechássemos a casa e mandasse os pacientes para o hospício, mas é lógico que nós não fizemos isso (Profissional de nível superior).

A discussão mais aprofundada de combate ao preconceito ainda se restringe aos locais da gestão e atendimento em saúde mental e alguns segmentos da sociedade civil que atuam nesta área, sendo necessário, no entanto, ultrapassar os muros institucionais para informar e envolver a sociedade nesta discussão. É importante compreender de que forma a loucura foi constituída como mal da humanidade, para buscar superar a estigmatização da qual as pessoas com transtorno mental são vítimas. A sociedade brasileira, com suas desigualdades e atrasos, Estado e economia dependentes, periféricos, truncados, permite a convivência não crítica de várias camadas históricas. O campo da saúde mental, com relação ao paradigma da atenção psicossocial comunitária, convive, dialoga, submete e se deixa submeter pelo antigo mundo da loucura medieval.

No conto *O Alienista*, de Machado de Assis, publicado pela primeira vez em 1881, encontraremos elementos que tratam de questões ligadas à formação/concepção da loucura na sociedade brasileira. O autor nos proporciona uma viagem no tempo, quando o pensamento reencontra a formulação retardatária do asilo psiquiátrico no Brasil. Traz a relação entre saber e poder como questão central que permeia o destino da loucura, assim como aconteceu na formação do Brasil, quando, segundo Holanda (1995), se discute o papel que a intelectualidade, a *intelligence*, assumindo uma posição de superioridade, por meio do bacharelismo, vai influenciar fortemente nossas relações sociais, econômicas, culturais e políticas.

Naquele conto, por meio do tema da loucura, o autor satiriza a crença nos poderes ilimitados da ciência positivista. Narra um episódio da história da cidade de Itaguaí, local onde não havia médico que demonstrasse ter conhecimentos acerca da “saúde da alma”; onde o protagonista, Dr. Simão Bacamarte, se debruça sobre os estudos da loucura e enclausura quase toda uma cidade em nome da ciência (saber) e do poder.

Mas a ciência tem o inefável dom de curar todas as mágoas; o nosso médico mergulhou inteiramente no estudo e na prática da medicina. Foi então que um dos recantos desta lhe chamou especialmente a atenção - o recanto psíquico. Não havia na colônia, e ainda no reino, uma só autoridade em semelhante matéria, mal explorada, ou quase inexplorada (Assis, 1999, p.4).

Verificam-se traços de um personalismo que se revela pela identificação do médico como o “maior dos médicos do Brasil, de Portugal e das Espanhas”, “filho da nobreza da terra”, representando virtudes pelas quais o indivíduo se glorifica por si mesmo, assumindo uma posição de relevância, um sentimento de superioridade. É a cultura da personalidade discutida por Holanda (1995) e denunciada ironicamente na obra machadiana.

Foucault (1999a) revela que o discurso e a legitimação da Psiquiatria como especialidade médica e como ciência, nos séculos XVIII e XIX, mundialmente, criou e organizou o manicômio. À loucura, vista como alienação (*alien ratio*), em seguida psicopatia (*psico patos*), mal incurável e contagioso, foi dado um tratamento moral, passando o louco a ter “cuidados” psiquiátricos dentro de grandes instituições, isolados, para não perturbar a ordem pública e para não contagiarem os demais com suas “paixões desregradas”. Aos loucos, o asilo!

O poder disciplinar é, com efeito, um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior adestrar; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor (Foucault, 1996, p.153).

Retornando à obra machadiana, essa organização do espaço de segregação da loucura se apresenta quando o médico, com o apoio da Câmara dos Vereadores, vai observando, ao longo do tempo, em toda Itaguaí, o comportamento dos seus moradores, declarando-os, um a um, como dementes e enclausurando-os na Grande Internação, que “tinha cinqüenta janelas por lado, um pátio no centro, e numerosos cubículos para os hóspedes” (Assis, 1999, p.10).

E, em decorrência das sucessivas internações, o patrimônio do alienista aumentava inexplicavelmente: “Deus! Eram montes de ouro, eram mil cruzados

sobre mil cruzados, dobrões sobre dobrões; era a opulência” (Assis, 1995, p.11). A Casa Verde se tornara, ela própria, uma cidade. Era o enriquecimento individual por meio da apropriação da loucura pelo discurso científico positivista, assim como se verá no século XX, no Brasil, com a indústria dos leitos psiquiátricos pagos pela previdência pública: em 1982, chegamos a ter um leito psiquiátrico para cada 1.166 brasileiros (Sampaio, 1996).

Na Modernidade, presenciou-se o ápice do domínio da loucura pela razão, pois passou a predominar o olhar médico científico, ou seja, aquele que, como o olhar *Panóptico de Bentham* (Foucault, 1996) - tudo vê, tudo controla, define, vigia - tornando a visibilidade uma armadilha e assegurando, assim, o funcionamento das relações de poder sobre os homens, neste caso, sobre os loucos que, de acordo com Resende (2000), saem de uma condição silenciosa para a de silenciada.

Pinel e seus contemporâneos libertam os loucos dos grilhões físicos, mas os reconstruem como grilhões institucionais, silenciando-a, e fazendo nascer a instituição total, as instituições psiquiátricas caracterizadas por serem fechadas, longe das cidades, autocentradas, higiene precária, celas fortes, anulamento da identidade. “A psiquiatria em vez de ser quem descobriu a essência da loucura e a libertou, é a radicalização de um processo de dominação do louco”. A frase de Machado (1999b) exprime a problemática da apropriação da loucura pela Psiquiatria. Segundo Foucault (1999a), é entre os muros do internamento que Pinel e a Psiquiatria encontrarão os loucos; e lá os deixarão, não sem antes se vangloriarem por os terem libertado.

Sampaio (1996), em seu estudo sobre hospital psiquiátrico público no Brasil, estabeleceu uma periodização da assistência psiquiátrica no Brasil, com os acontecimentos da história sociopolítica e econômica do País, servindo de pano de fundo para que o autor estabeleça sua classificação, como se pode observar a seguir:

Tabela 1: Assistência Psiquiátrica no Brasil:

Período	Data	Caracterização
1º	1500 – 1817	Loucura não é doença. Seu lugar é a rua e a cadeia.
2º	1817 – 1852	Loucura é doença. Seu lugar é o porão das Santas Casas.
3º	1852 – 1890	Modelo Alienista. Era de ouro dos Asilos, ainda associados às Santas Casas.
4º	1890 - 1941	Modelo das Colônias Agrícolas. Hegemonia do setor público.
5º	1941 – 1954	Predomínio estatal. Hospitais públicos (<i>state hospitals</i>) convivem com indícios de privatização.
6º	1955 – 1964	Primeira onda de privatização, por crescimento segundo lógica clássica de mercado.
7º	1965 – 1974	Segunda onda de privatização. Financiamento indireto – compra de leitos pela previdência pública unificada.
8º	1975 - 1981	Terceira de onda privatização. Financiamento indireto e direto – empréstimo pelo FAS/CEF ¹ . Início da crise.
9º	1981 - 1985	Crise. Tímido reinvestimento estatal no sistema próprio, fechamento de leitos e serviços privados.

Fonte: Sampaio, 1996, p.26 e p. 60.

O autor compreende que a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais, em 1941, representa o início da cobertura assistencial das doenças mentais pelas previdências públicas. Os quatro primeiros períodos delimitados revelam dados sobre o mais antigo registro de internação de doentes mentais no Brasil, em 1817, fato que encerra o primeiro período quando a loucura, não compreendida como doença, não era objeto médico.

O segundo período retrata o reconhecimento da loucura como doença, a qual passa a ser tratada pela Medicina nas Santas Casas de Misericórdia com a prática dos internamentos. Sampaio (1996) revela que, precisamente no ano de 1830, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro iniciou uma luta para assumir os

¹ Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social.

cuidados sobre os doentes mentais, lançando no ano seguinte um relatório com estabelecimento de regras, construção, organização e funções que deveriam ser desempenhadas pelo hospital psiquiátrico. O primeiro hospício brasileiro foi inaugurado em 1852, *ex-vi* do decreto nº 82, de 8/07/1841, assinado por D. Pedro II. A organização desse tipo de estabelecimento foi efetivada com a publicação do decreto nº 1.077, no qual estava determinado seu regime disciplinar da seguinte forma:

Sistema de repressão a ser prescrito pelo médico, buscando a obediência do alienado, principal estratégia de tratamento (privação de visitas, passeios e recreios, redução de alimentos, reclusão solitária, coleta de força, banhos de emborcação) (Sampaio, 1996, p.27).

O terceiro período aborda a expansão do saber psiquiátrico e dos hospitais psiquiátricos no modelo do Hospício Pedro II. Compreendido como a era de outro dos asilos, com a existência de 12 asilos administrados pelas santas casas de misericórdia e um asilo privado.

O quarto período é caracterizado pela continuidade da expansão dos hospitais psiquiátricos, passando a ser privativo do psiquiatra o cargo de diretor do hospital. Neste período, surgiram os primeiros ambulatórios psiquiátricos. Para o autor, os pontos altos deste período são os anos de: 1903 – Lei Teixeira Brandão que define o estabelecimento de alienados como lugar certo para o internamento de pessoas com moléstia mental, congênita ou adquirida, que estejam atentando contra a ordem pública e a segurança social; 1934 - vários decretos foram aprovados dispondo sobre profilaxia mental, assistência e proteção a pessoas e bens dos doentes mentais, fiscalização dos serviços psiquiátricos e organização da assistência médico-social, como também a criação do Conselho de Proteção aos Psicopatas; e 1941 – regulamentação do atendimento a doentes mentais pelos institutos e caixas de aposentadoria, estabelecendo que as previdências poderão pagar internações psiquiátricas que durem até 12 meses, aposentando o cliente se este chegar sem cura ao fim deste prazo (Sampaio, 1996).

Outro quadro apresentado, aqui fundido ao primeiro, retrata a periodização da assistência psiquiátrica no País, pós-1941, revelando algumas ações públicas e privadas, tais como: o estabelecimento de normas para o tratamento dos doentes mentais; a disciplina de Psiquiatria, que se tornou obrigatória nos cursos de Medicina; compreensão de que doença é fato biológico com história natural; promulgação do Código Nacional de Saúde (decreto n. 49.974 A) o qual, dentre outras, proíbe o exercício de atos religiosos ditos como de objetivos terapêuticos nos hospitais psiquiátricos; criação da Associação Brasileira de Psiquiatria, em 1966, e da Federação Brasileira de Hospitais, em 1967, criada pelos proprietários dos hospitais privados; realização do I Congresso Brasileiro de Psiquiatria; criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social-FAS, no âmbito da Caixa Econômica Federal, para fornecer empréstimos subsidiados ao esforço de ampliação das redes hospitalar e escolar privadas, ou seja, o FAS é criado para financiar a expansão do setor privado; criação do Plano Integrado de Saúde Mental – PISAM, o qual defendia a “ambulatorização” do sistema, descentralização e interiorização da assistência psiquiátrica; e o início das discussões para criação do Sistema Único de Saúde.

Na atualidade, o hospital psiquiátrico é criticado no plano ético-político, clínico-terapêutico e sociocultural, pois, além de ter possibilitado a cronificação da doença pela ineficácia do tratamento, criou uma imagem estereotipada, permeada de julgamentos morais que situa as pessoas em circunstância de violência e discriminação.

A transformação de um modelo de assistência, no entanto, ocorre de forma processual por intermédio de mudanças não apenas nas estruturas físicas dos serviços. O contexto de cada localidade, a história da assistência ou “des-assistência” em Saúde Mental com seus modelos e teorias e a realidade socioeconômica, cultural e política são determinantes nas práticas a serem executadas.

No Brasil, desde a década de 1990, pode-se observar um avanço na legislação de Saúde Mental no que diz respeito à regulamentação e ao financiamento dos serviços de Saúde Mental. Em 1991, os Centros de Atenção

Psicossocial - CAPS² foram inseridos na tabela de procedimentos do SUS, com a Portaria MS/SAS nº 189/91. No ano seguinte, a Portaria MS/SAS nº 224/92 regulamentou o funcionamento dos NAPS/CAPS (núcleos e centros de atenção psicossocial). No início do século XXI, as Portarias nº 189/02 e nº 336/02 trouxeram a possibilidade da reorientação do modelo com a regulamentação desse dispositivo como organizador do sistema e seu regulador. Além disso, definem o seu financiamento. Sendo assim, atualmente, os novos serviços possuem uma padronização de funcionamento e da estrutura de recursos humanos e materiais, os quais são pré-requisitos para o credenciamento no Ministério da Saúde, ou seja, determinantes para o repasse das verbas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2001), os transtornos mentais afetam de 20 a 25% de todas as pessoas do mundo em algum determinado momento da vida. Atualmente, estima-se que 450 milhões de pessoas sofrem com transtornos mentais, 70 milhões de pessoas sofrem de dependência alcoólica, 50 milhões têm epilepsia, 24 milhões têm esquizofrenia, 1 milhão de pessoas cometem suicídio e entre dez e 20 milhões tentam suicidar-se. Diante desse quadro de estimativas, a OMS esclarece que esses processos de sofrimento/adoecimento são influenciados diretamente por fatores sociais, psicológicos e biológicos.

Quanto aos serviços extra-hospitalares, o Ministério da Saúde destaca: a expansão dos centros de atenção psicossocial - CAPS, totalizando até junho de 2008 a implantação de 1.326 serviços CAPS, sendo 618 CAPS I, 382 CAPS II, 39 CAPS III, 101 CAPSi(Infantil) e 186 CAPSad (álcool e outras drogas)³; a consolidação da orientação pública aos serviços substitutivos, pois 98,6% dos CAPS são públicos; a implantação de 516 residências terapêuticas⁴ com aproximadamente

² De acordo com a definição do Ministério da Saúde o CAPS “é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos” (Brasil, 2004,p.13)

³ CAPS I, II, III, Infantil e Alcool e outras drogas são as modalidades dos serviços, regulamentadas pela Portaria nº. 336, de 19/02/2002.

⁴ Serviço Residencial Terapêutico (SRT) - Casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder as necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves egressas de hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, que perderam os vínculos

2.714 moradores; 60 centros de convivência e cultura (concentrados nas cidades de Belo Horizonte, Campinas e São Paulo).

O Estado do Ceará ocupa o segundo lugar quanto ao número de CAPS implantados na região Nordeste, com 68 serviços cadastrados pelo Ministério da Saúde, até o final de 2007, somente perdendo para a Bahia, que possui 107 CAPS. O Ceará ocupa o sétimo lugar no *ranking* de cobertura nacional de CAPS por cem mil habitantes.

No Município de Fortaleza, a partir de 2006, com a mudança política da gestão municipal, ocorreu ampliação dos serviços extra-hospitalares. Enquanto, até 2004, existiam três CAPS gerais para atender a população de todo o Município, até o final de 2007, foram implementados mais três CAPS gerais, dois CAPS para crianças, seis CAPS para tratar a dependência de álcool e drogas.

Na contemporaneidade, o discurso da desinstitucionalização psiquiátrica, baseado no movimento de reforma psiquiátrica, retoma a discussão do lugar social da loucura, propondo novas formas de definir, olhar, caracterizar, compreender a loucura, sem restringi-la somente à ordem da patologia, sem fazer uso do desvio, da incapacidade, da anormalidade, da periculosidade, da incompetência. Trata-se da constituição de um novo lugar social para a pessoa reconhecida nessa condição, e não apenas a fabricação de novos espaços terapêuticos.

familiares e sociais; moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos acompanhados nos CAPS. O número de usuários em cada SRT pode variar de uma pessoa até um pequeno grupo de no máximo 8 pessoas, que deverão contar com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um. Os SRTs deverão estar vinculados aos CAPS ou a outro serviço ambulatorial.

1.1 Primeiras aproximações com o objeto de pesquisa

Nossa curiosidade e interesse pela temática da saúde mental surgiu em 1999, quando ainda éramos estudante do curso de Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará. Em uma das disciplinas, nos foi solicitado que fizéssemos breve pesquisa sobre atuação do assistente social neste campo. Na época, ficamos sabendo de um novo serviço implantado pela Prefeitura Municipal de Fortaleza, em parceria com a Universidade Federal do Ceará, para atender pessoas com transtornos mentais. Tratava-se do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, localizado na Secretaria Executiva Regional III, local onde realizamos nosso primeiro trabalho acadêmico sobre o exercício profissional do assistente social. Questionamentos sobre o que faz o assistente social eram constantes em nossas conversas de estudantes universitárias.

Buscamos fazer um breve estudo comparativo entre o CAPS e o hospital psiquiátrico. Nossa inexperiência nos fez levantar questionamentos simples, mas que, para o momento vivido, se tornavam questões fundamentais como: o que é um CAPS? Qual o trabalho realizado pelo CAPS? O que é loucura? Como é realizado o trabalho dentro do hospital psiquiátrico? Qual a diferença entre o tratamento do hospital psiquiátrico e o do CAPS? O que faz o assistente social no CAPS e no hospital psiquiátrico?

No CAPS fomos recebida por uma assistente social que nos apresentou a estrutura física do serviço. Tratava-se de uma casa recém-alugada, ainda necessitando de reformas para que o trabalho pudesse ser iniciado de forma adequada. O atendimento era realizado somente no turno da manhã, pois o serviço ainda estava em fase de implantação. A equipe foi composta por profissionais cedidos pelo Hospital Universitário Walter Cantídio, da Universidade Federal do Ceará: psiquiatra, assistente social, enfermeira, psicóloga, terapeuta ocupacional e auxiliar de enfermagem.

Na mesma época, conhecemos o trabalho realizado em um hospital psiquiátrico no Município de Fortaleza. Na primeira visita, entrevistamos uma

psiquiatra que nos explicou o “funcionamento do cérebro”, falava em substâncias neuroquímicas. Em seguida, nos levou até o pátio, onde encontramos muitas pessoas como robôs: braços rígidos, babando, passos lentos. Encontramos também pessoas sendo levadas à força por auxiliares de enfermagem, mas o que mais nos impressionou foram os gritos, gritos vindo de algum lugar, mas não sabíamos ao certo de onde. Gritos pedindo: “me tirem daqui”; “quero ir embora”; “ai, ai, ai”. Existia também naquele espaço um “cheiro” de pessoas descuidadas, com feridas pelo corpo, sujas, aquele cheiro é inconfundível: o odor do manicômio.

Verificam-se, contudo, questões que permeiam a elaboração e identificação da loucura e seu enclausuramento, como: a classificação da mente humana pela ciência e a construção de um local próprio para os loucos, o que demonstra a constituição do manicômio como lugar de “tratamento”, “cura”, ou seja, local para tratar e curar aqueles não classificados na lista da normalidade, da racionalidade. Mas, o que é loucura? Quem foi e quem é louco hoje? Onde estão? Por que estão? Como estão? Começou a fazer sentido, então, a necessidade de separarmos os conceitos de loucura do de doença/transtorno mental, pois

A loucura não é categoria epidemiológica ou clínica, é categoria antropológica e sociológica, capaz de dar conta daquilo que uma sociedade não identifica como sua imagem idealizada (Sampaio, 1994,p.403).

Desde aquele nosso contato inicial com a temática da saúde mental, o desejo de compreender que mundo estranho era aquele aumentou. Foi quando nos pusemos à disposição para estagiar em uma das duas instituições. No CAPS, não foi possível pelo fato de o serviço se encontrar em fase de implantação. Realizamos, entretanto, estágio curricular em um hospital psiquiátrico, opção nada alentadora, mas permeada por desafios diante do desconhecido e da intenção de compreender a condição de vida daquelas pessoas que se encontravam internadas.

Os primeiros dias foram marcados por fortes sensações contraditórias. Deparamos, a cada momento, situações de violência em contraposição ao discurso institucional de humanização do atendimento. Levávamos a discussão das

experiências de estágio para a Universidade, mas nos sentíamos muito sozinha, pois as questões de saúde mental quase não eram discutidas em nosso curso, e, aparentemente, as pessoas não se interessavam em refletir sobre “os loucos”. Formamos um grupo de cinco estagiárias da mesma instituição; éramos curiosas e questionávamos o cotidiano daquelas pessoas. Aos poucos, fomos introduzindo as discussões em nossa turma da universidade.

A repercussão no Serviço Social brasileiro foi que o Movimento de Reconceituação não pôs a loucura no centro das discussões como se deu com relação aos movimentos sociais, às políticas sociais, o estatuto profissional, entre outros. Quer dizer, não houve desenvolvimento metodológico em Serviço Social na Saúde Mental dentro da nova pós-graduação. As universidades públicas e católicas tiveram poucas dissertações de mestrado sobre o Serviço Social em saúde mental (Bisneto, 2007, p.45-6).

Diante da realidade vivenciada no campo de estágio e dos questionamentos levantados, nos propomos realizar a pesquisa intitulada “Possibilidades e Limites da Reforma Psiquiátrica no Setor Privado”⁵, realizada no período de agosto de 2000 a dezembro de 2001, com o objetivo de investigar o cotidiano de um hospital psiquiátrico, o qual se mostrava disposto a reorientar seu modelo de atenção em saúde mental de acordo com os princípios preconizados pela Reforma Psiquiátrica.

Está sendo considerada Reforma Psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a

⁵Projeto de pesquisa foi aprovado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), sob orientação da prof^a. Dr^a. Cleide Carneiro. A pesquisa “Possibilidades e Limites da Reforma Psiquiátrica no Setor Privado” foi realizada no período de agosto/2000 a dezembro de 2001, com o apoio da Universidade Estadual do Ceará (UECE) por meio do Programa de Iniciação Científica da Pró-Reitoria de Pós-Graduação – PROGRAD, e do Instituto de Estudos, Pesquisas e Projetos da UECE (IEPRO). A instituição foi a Casa de Saúde São Gerardo, hospital psiquiátrico privado conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), localizado na área de abrangência da Secretaria Executiva Regional (SER I) na cidade de Fortaleza. À época da pesquisa sua capacidade de leitos hospitalares era de: 114 leitos para internação integral SUS, distribuídos para masculino e feminino; 60 leitos para internação integral particular e outros convênios, sendo 21 leitos para dependentes químicos, totalizando 174 leitos para internação integral. O hospital/dia contava com a disponibilidade de 30 leitos. A equipe, naquele momento, era constituída por 5 assistentes sociais; 7 enfermeiros; 14 médicos; 8 terapeutas ocupacionais; 4 psicólogos, 35 auxiliares de enfermagem e 6 estagiários, 1 farmacêutico e 3 auxiliares de saúde mental.

movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (Amarante,1995, p.91).

O movimento de reforma da assistência psiquiátrica, em curso no País, defende a substituição do modelo asilar/hospitalocêntrico por um modelo assistencial baseado em serviços abertos que trabalham na lógica da atenção psicossocial, na valorização do cuidar e na adoção do território como espaço social, fortalecendo a ideia de que os serviços de saúde devem integrar a rede social das comunidades em que se inserem. Isso demonstra uma mudança de orientação e organização da política pública de Saúde Mental no País.

Ainda como estudante do curso de Serviço Social da UECE, e baseado nos projetos de estágio curricular, formulamos o projeto **Louco é o seu Preconceito**⁶, produto da dinâmica e do compromisso ético e profissional que desempenhamos como estagiárias, tendo como referência o Código de Ética Profissional do Assistente Social que, em seus sexto e décimo princípios fundamentais, recomenda, respectivamente: “Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças”, e “Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional” (Bonetti, 2000, p. 218). Uma das atividades promovidas por este programa foi um concurso de redação para os usuários de um hospital psiquiátrico, o qual teve a seguinte redação vencedora:

Sou louco. Desde há algum tempo desconfiava disso. Sentia-me estranho, inadequado, as pessoas olhavam para mim com olhar esquisito. O desconforto crescia a cada confirmação de que algo estava errado. Comecei a pensar todo tempo na minha “loucura”. Era mesmo loucura? Teria cura? Quanto tempo demoraria? E se não dependesse de minha vontade? Claro que não depende: quem quer ser louco? Só um louco. Mas minha loucura me faz pensar coisas loucas! Dá pra entender? Era imprevisível ou fácil de detectar quando eu estava atuando? Como

⁶ Esse programa foi elaborado e implementado, em janeiro de 2002, na Casa de Saúde São Gerardo (hospital psiquiátrico localizado na área de abrangência da Secretaria Executiva Regional I – SER I, em Fortaleza.), por um grupo de quatro estagiárias (Cybelle Eufrásio, Maria de Jesus Faustino, Sandra Costa Lima e Yanne Angelim Acioly) do curso de Serviço Social. Este projeto tinha como principal objetivo: proporcionar um espaço de reflexão e informação aos trabalhadores da Casa de Saúde São Gerardo, usuários, familiares e sociedade civil, sobre o processo de reorientação do modelo de assistência à saúde mental estimulando o exercício da cidadania do portador de transtorno mental. O programa teve somente um ano de duração, pois o grupo que o coordenava finalizou seu estágio curricular e a instituição não deu continuidade a ele.

saber se estava agindo normal em certa circunstância? São muitos pensamentos, todos sobre mim mesmo. Mas o que eu quero falar agora é sobre uma grande preocupação, que se torna maior que minha doença. Minha preocupação é com o preconceito das pessoas. Viu? Quando quero ser muito sucinto e vou direto ao ponto! Por quê as pessoas não encaram a loucura como uma doença normal? Quando sabe que alguém está doente, as pessoas tem pena, ajudam, consolam, visitam, conversam conosco, até mesmo procuram entender a doença. Mas quando sabem que somos loucos, evitam-nos, ficam com medo e desconfiadas. Até aí dá pra compreender, mas algumas pessoas ridicularizam-nos. Fazem piadas sobre loucos, não gosto de piadas sobre louco, fico ofendido. Minha gente: somos cidadãos, queremos respeito, dignidade, ajuda e compreensão (Codinome do autor: Aranha).

Desde então, essas palavras nos acompanham nas reflexões diárias sobre a questão da saúde mental. A grande preocupação do autor, maior do que sua doença, revela um sentido de discriminação, violência e opressão de que são vítimas as pessoas com transtorno mental na sociedade brasileira. Essa preocupação vai além da situação patológica, sintomática, de delírios, alucinações, pensamentos obsessivos, humor deprimido ou eufórico, entre outros. Trata-se de uma preocupação social com o lugar que a loucura ocupa em nosso espaço, o lugar do medo e da desconfiança. É perceptível que o pedido de respeito, dignidade, ajuda e compreensão é o grito pela desinstitucionalização psiquiátrica.

Tendo como orientação as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, o Ministério da Saúde publicou, em 2007, o Relatório de Gestão 2003-2006 - Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção (Brasil, 2007). Com a leitura deste documento, pode-se compreender o caminho que a gestão pública, em âmbito nacional, pretende trilhar na perspectiva de (des)constituir uma política pública de saúde mental, pois o documento revela: as mudanças observadas na superação do cenário de desassistência que já caracterizou a atenção à saúde mental pública brasileira; os avanços e as dificuldades para efetivação desta política; as principais estratégias utilizadas; e os resultados alcançados pela gestão federal.

O mencionado documento aponta que entre os anos de 2003 e 2006 foram reduzidos 11.826 leitos em hospitais psiquiátricos, acarretando o fechamento de alguns hospitais que se encontravam em péssimas condições de funcionamento⁷.

⁷ No Ceará um hospital fechado foi a Casa de Repouso Guararapes, no Município de Sobral, em julho de 2000. Neste hospital morreu vítima de maus-tratos, Damião Ximenes Lopes. No dia de seu falecimento, sua mãe ao visitá-lo pela manhã, "o encontra nu, com dificuldades para respirar e as

Em 2002, no Brasil, havia 51.393 leitos psiquiátricos, porém esse número diminuiu para 39.567 até o final do ano de 2006. Desta gradativa e significativa redução resultou a marca histórica de mudança no destino dos recursos financeiros destinados à saúde mental, pois pela primeira vez os serviços substitutivos em saúde mental receberam 51% da dotação orçamentária em contraposição dos 49% destinados aos serviços hospitalares (BRASIL, 2007).

Com relação à reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar no que se refere à redução de leitos psiquiátricos e à mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos, referido relatório faz a seguinte afirmação:

No primeiro governo Lula, o processo de desinstitucionalização avançou significativamente, sobretudo com a instituição, pelo Ministério da Saúde, de mecanismos para a redução gradual e planejada de leitos no país e a expansão de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (BRASIL, 2007, p.25).

Tal afirmação chama a atenção pelo significado da palavra desinstitucionalização. O que os representantes do Governo entendem por desinstitucionalizar? Significa redução de leitos? Desospitalização? Estabelecimento de serviços com orientação comunitária? É imprescindível estar atento a essas questões e perceber que desinstitucionalização significa um conjunto de ações além da simples desospitalização, pois requer a formulação de novos saberes e práticas que rompam com o caráter segregador, estigmatizante e cronificante, o qual caracterizou a “assistência” psiquiátrica ao longo dos anos. *O que é desinstitucionalizar?* Eis uma questão fundamental que pretendemos problematizar ao longo da nossa dissertação de mestrado

mãos amarradas para trás. Ela diz aos funcionários para limpar seu filho e o leva ao médico do hospital, que lhe ministra remédios sem examinar a causa. Duas horas depois, Damião morre” (Jornal O Povo, 19/08/2006). O caso teve repercussão internacional e em agosto de 2006 a sentença da Corte Interamericana da Organização dos Estados Americanos (OEA) condena o Estado brasileiro por violação de direitos humanos e cobra agilidade aos processos judiciais e melhoria do tratamento destinado às pessoas com transtornos mentais.

Em Fortaleza, em 21/11/2006, assistindo ao Jornal do Meio-Dia, ouvimos a notícia: “morrre paciente no Hospital Mental de Messejana, o laudo do IML diz que ela foi estrangulada”. A matéria do jornal continua mostrando pessoas internadas amarradas, retrato da violência institucional que as pessoas com transtorno mental ainda sofrem em nosso Município e Estado. Esses foram apenas dois casos que utilizamos para demonstrar como as formas de violência ainda estão presentes na prática manicomial.

Em 2002, último ano do curso de graduação, realizamos a pesquisa sobre a institucionalização e a desinstitucionalização de portadores de transtorno mental da Casa de Saúde São Gerardo, que resultou na nossa monografia de conclusão do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará (UECE), intitulada “Loucura, Desinstitucionalização e Família: análise sobre os cuidados destinados ao portador de transtorno mental” (Lima, 2002), tendo como objetivo principal investigar a relação entre o processo de institucionalização e desinstitucionalização psiquiátrica e seus impactos na vida das pessoas com transtorno mental e suas famílias.

A desinstitucionalização psiquiátrica requer, não somente a desconstituição do espaço físico de hospitais e constituição de espaços físicos para serviços extra-hospitalares, mas, especialmente, a desconstituição de uma cultura e forma de “tratamento”, de valores conquistados ao longo dos séculos. Deve, portanto, a discussão ser ampliada em torno de questões de saberes, práticas e relações de poder político, cultural e social.

Ainda a respeito daquele trabalho monográfico, concluímos que, para a pessoa com transtorno mental, sair do hospital significa mudança de vida, apesar de não corresponder, principalmente, às expectativas de inserção no mercado de trabalho, pois neste aspecto ainda são interpostas muitas barreiras que dificultam o acesso das pessoas com transtornos mentais. Também chegamos à conclusão de que há uma dificuldade em distinguir desospitalização e desinstitucionalização entre os interlocutores da pesquisa. Daí a preocupação de que esse fenômeno seja realizado de forma responsável e comprometida com uma nova compreensão de cuidado em saúde mental, para que os novos serviços não reproduzam velhas práticas, nem legitimem saberes ultrapassados em torno da atenção psicossocial.

Em relatório sobre a saúde mental no mundo, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) referenciava como um dos objetivos a serem atingidos, o estabelecimento de um plano de desinstitucionalização. Essa noção implica não apenas a desospitalização, mas, de acordo com Rotelli (2001), caracteriza um processo social complexo.

A desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar(e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para

transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento. O que é, portanto, nesse sentido “a instituição” nesta nova acepção? É o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto “doença”. Mas se o objeto ao invés de ser a “doença” tornar-se a “existência-sofrimento dos pacientes” e a sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior (Ibidem, 2001, p.29-30).

Em virtude da luta atual pela desinstitucionalização psiquiátrica e com a consequente substituição do sistema hospitalocêntrico pelas redes de atenção integral em saúde mental, as questões centrais são: o que fazer com as pessoas que têm uma história de vida abandonada dentro dos hospitais psiquiátricos? Como reinseri-las na sociedade? Possuem famílias? Querem retornar as suas antigas residências? Seus familiares as querem de volta? Como reconstituir suas vidas fora da instituição manicomial?

Uma das estratégias criada pelo Governo Federal foi a implementação do Programa “De Volta Para Casa”(PVC), no ano de 2003, compreendido como programa de reabilitação psicossocial, amparado na Lei Federal nº.10.708, a qual institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. O valor do benefício inicialmente foi de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), reajustado em 2008 para R\$ 340,00 (trezentos e quarenta reais), com duração de um ano, podendo ser renovado, e deverá ser pago diretamente aos beneficiários ou para seu representante legal na hipótese de incapacidade para exercer os atos da vida civil. Referida lei foi regulamentada pela Portaria Ministerial n. 2077, de 31/10/2003, que, dentre outros, resolve:

Art. 1. São considerados egressos e possíveis beneficiários para efeito da Lei 10.708, todas as pessoas portadoras de transtorno mental que estejam comprovadamente internadas em hospital psiquiátrico por período ininterrupto igual ou superior a dois anos (Brasil, 2003).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em 2005, realizou levantamento no qual constatou que 82 pessoas com transtornos mentais eram moradoras de

hospitais psiquiátricos no Município (Fortaleza, 2007). Essas pessoas são identificadas como potenciais beneficiárias do PVC.

Em visita a SMS, realizamos contato com responsável municipal pelo Programa, fomos informadas de que Fortaleza possuía cinco beneficiários incluídos, com vigência no mês de abril de 2007. Procuramos saber quais dados o Município possuía sobre esses beneficiários e nos foi disponibilizada a ficha preenchida das pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos para a inserção no Programa, porém não havia, ainda, nenhum relatório caracterizando os usuários nem avaliando sua situação atual.

O que acontece é que eles são acompanhados pela equipe do CAPS de referência do território em que eles estão morando. Os dados estão nos prontuários, mas nós não temos nenhum relatório avaliando o programa ainda não. (Representante da SMS, agosto, 2008).

Quem são os beneficiários dos PVC de Fortaleza? Quanto tempo e como viveram nos hospitais psiquiátricos? Como foi realizada sua inserção no PVC? Onde e como estão após a sua inserção no PVC? Como ocorre o acompanhamento desses usuários pela equipe de saúde mental local? Qual a compreensão que têm do Programa? Quais suas expectativas atuais?

Diante do contato face a face com as situações de exclusão social das pessoas com transtorno mental, nos instigamos a aprofundar estudos sobre o impacto do Programa “De Volta Para Casa” junto aos beneficiários de Fortaleza, elegendo a temática da desinstitucionalização psiquiátrica como nosso objeto de estudo no Mestrado Acadêmico de Políticas Públicas e Sociedade da Universidade Estadual do Ceará.

A construção do objeto (...) é um trabalho de grande fôlego, que se realiza pouco a pouco, por retoques sucessivos, por toda uma série de correções, de emendas, sugeridas por o que se chama o ofício, quer dizer, esse conjunto de princípios práticos que orientam as opções ao mesmo tempo minúsculas e decisivas (Bourdieu, 1998, p. 27).

Consideramos necessário voltar nossa atenção para essas questões, de modo a proporcionar melhor compreensão e um debate reflexivo/crítico sobre a

reforma psiquiátrica em curso no Brasil, bem como contribuir com a política pública de saúde mental na avaliação dos resultados de seus programas.

A escolha pelo tema da Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial não se deu aleatoriamente, pois à medida que os serviços vão concedendo saídas para essas questões, vislumbramos uma delas – o Programa “De Volta Para Casa” – a fim de compreender a possibilidade de inserção sociocultural e políticoeconômica dos seus beneficiários.

1.2 - Os passos da pesquisa: sujeitos e objeto de análise.

No contexto brasileiro, as políticas públicas apresentam uma dinâmica de maior ou menor abrangência, de acordo com a conjuntura política de cada localidade, ou melhor, não há uma perspectiva de ações que possa ser considerada definitiva. As mudanças dos grupos políticos que assumem os governos em geral acarretam reformulações radicais das intervenções, o que pode significar avanços ou retrocessos.

A consolidação de políticas públicas de Saúde Mental que se proponha efetivamente a operar rupturas com o modelo tradicional constitui amplo desafio. A desconstituição do modelo hegemônico, paralelamente à conquista de uma nova práxis, apenas é efetivada com ações contínuas e de longo prazo, já que implicam um conjunto de intervenções não restritas ao âmbito técnico, mas também político, econômico e cultural.

A orientação dada pelo Ministério da Saúde, acerca da condução da Política de Saúde Mental no Brasil, traz em seu conteúdo a necessidade de ampla mobilização e discussão pelos gestores, trabalhadores e usuários desta política, no sentido de efetivar os direitos garantidos legalmente e a transformação do modelo de atenção em saúde mental, ou seja, a substituição de um entendimento asilar de “assistência” para uma idéia de atenção comunitária e desinstitucionalizante das pessoas com transtorno mental.

Sendo assim, partimos da avaliação de que é relevante a perspectiva sobre experiências que buscam um projeto de transformação do modelo assistencial. Estas, por mais de uma década, são referências para o campo da Saúde Mental, identificado com o paradigma da atenção psicossocial e, desta forma, suas contribuições se configuram além de um "modelo" de funcionamento. Os desafios encontrados, os obstáculos transpostos e, sobretudo, a lógica que norteia suas bases constitutivas permitem observar a transformação em suas nuances mais sutis. Daí a escolha do Programa "De Volta Para Casa" como nosso objeto de análise.

Optamos por este programa pelo fato de proporcionar uma possibilidade de vida fora do hospital psiquiátrico para pessoas institucionalizadas. Propomos analisar o seu impacto junto aos seus beneficiários e se esta experiência tem sido eficaz para a efetivação da desinstitucionalização psiquiátrica nesta cidade e, em consequência, se muda a qualidade de vida dos beneficiários.

Ao nos propor estudar esta temática, tomamos como referência os ensinamentos de Bourdieu (1998), quando destaca que pesquisar, antes de tudo, é um ofício, uma atividade racional, requer esforço, dedicação e investimento para colocarmos a realidade em constante questionamento por meio do exercício da dúvida radical, mola impulsionadora do conhecimento.

O cume da arte, em ciências sociais, está sem dúvida, em ser-se capaz de pôr em jogo "coisas teóricas" muito importantes a respeito de objetos ditos "empíricos" muito precisos, freqüentemente menores na aparência, e até mesmo um pouco irrisórios (Bourdieu, 1998, p.20).

Este estudo tornou-se possível mediante a análise do que está sendo constituído com base no trabalho concreto realizado junto aos cinco beneficiários do PVC em Fortaleza. Buscamos compreender quem são, como estão vivendo, ou seja, quais os impactos do programa em suas vidas e quais expectativas estão sendo gestadas, como também, revelar as idiosincrasias, os pontos de vista, as representações e os posicionamentos daqueles diretamente ligados ao programa "De Volta Para Casa".

Para compreender como ocorreu a implementação deste programa em Fortaleza, também dialogamos com representante da Secretaria Municipal de Saúde responsável pelo programa, bem como os profissionais que realizam o acompanhamento destes beneficiários, em CAPS e no Instituto Vandick Ponte. Além do pagamento do benefício, é imprescindível compreender que ações estão sendo desenvolvidas, o que esses sujeitos (re)criam em sua intervenção, apreender os conceitos, as noções e as práticas utilizadas sobre a desinstitucionalização. Como diz Geertz, “o que é importante é descobrir que diabos eles acham que estão fazendo” (2004: 89).

Para dar início aos trabalhos, visando a atingir os objetivos desta pesquisa, estivemos no campo durante o primeiro semestre de 2008. Para iniciar a investigação, procuramos, na Secretaria Municipal de Saúde, os responsáveis pelo acompanhamento do Programa “De Volta para Casa”. Na ocasião, apresentamos a proposta da pesquisa e esta foi prontamente reconhecida como necessária e todos os dados nos foram disponibilizados. Segundo a técnica que nos recebeu, Fortaleza está habilitada neste programa desde 2003, porém seus primeiros beneficiários só foram inseridos em 2007.

Na verdade só conseguimos inseri-los em 2007 porque o que havia em Fortaleza até 2004 era um sistema manicomial, institucionalizante. Somente com a criação dos novos serviços CAPS e a construção de uma rede de atendimento é que podemos passar a pensar nos moradores. E a situação é muito complexa, a maioria deles não tem nem documentação, precisamos articular com o ministério público para viabilizar essas documentações, também tem outra situação, eles não tem referência familiar, são anos e anos dentro dos hospitais psiquiátricos. Então foi a partir de 2007 que o Programa de Volta Para Casa realmente foi implantado em Fortaleza (Profissional de nível superior).

Atualmente existem cinco beneficiários do programa em Fortaleza, dois dos quais tiveram sua inserção em setembro de 2007 e os outros três em abril de 2008. Como já expressei, há uma demanda atual de 82 pessoas que se encontram na condição de moradoras de hospitais psiquiátricos.

Na conversa com representante da Secretaria Municipal de Saúde, fomos informada de que dois beneficiários são acompanhados pela equipe do CAPS Geral SER I⁸ e os outros três pela equipe do Hospital-Dia⁹ do Instituto Dr. Vandick Ponte.

O segundo passo para a compreensão do impacto deste programa para os seus beneficiários foi a busca pelo contato direto com as pessoas envolvidas. Inicialmente pretendíamos dialogar somente com os beneficiários, porém, ao conhecê-los, deparamos dois deles que não respondiam a nenhum cumprimento nosso, muito menos a uma entrevista. Procuramos imediatamente as equipes que realizavam acompanhamento a estas pessoas e fomos informada de grandes problemas de acesso:

Acho que você não vai conseguir falar com eles, eles são crônicos (Profissional de nível superior).

Um deles você não vai conseguir conversar muito não, ele é paciente crônico (Profissional de nível superior).

Eles têm esquizofrenia refratária, são crônicos, não sabem nem onde estão (Profissional nível de superior).

Foi quase uma vida todo dentro de uma instituição manicomial, eles saem perdidos, sem saber de nada (Profissional de nível superior).

É relevante dizer que o percurso metodológico trilhado no trabalho foi marcado por idas e vindas. Desta maneira, não se ignora que o pesquisador, ao buscar desvendar o real, deve ter em mente algumas táticas de aproximação e coleta de informações, saber que vários caminhos na elaboração do conhecimento são possíveis, o que exige a utilização de procedimentos que possibilitem ao

⁸ Este CAPS é um equipamento público localizado na Rua Alves Lima, n. 1120, bairro Cristo Redentor, na área de abrangência da Secretaria Executiva Regional I. Foi inaugurado no dia 19/06/2006, atualmente tem uma equipe técnica composta por: uma coordenadora; duas terapeutas ocupacionais; uma Assistente Social; três psiquiatras; dois enfermeiros; três psicólogas; um arte terapeuta e três auxiliares de enfermagem. Seu horário de funcionamento é de 7 às 12 horas e de 13 às 17horas, conforme cartaz fixado em porta de entrada.

⁹ O Hospital-Dia (Espaço Phoenix) é um dos equipamentos do Instituto Dr. Vandick Ponte, uma OSCIP criada em 2007. Os serviços deste equipamento são custeados pelo SUS através de convênio estabelecido com a Secretaria Municipal de Saúde. Foi inaugurado em 2003. Localiza-se na Rua José Barcelos, n. 155, bairro Parquelândia, na área de abrangência da Secretaria Executiva Regional I. Sua equipe técnica é composta por: uma psiquiatra; uma assistente social; uma terapeuta ocupacional; uma psicóloga; uma enfermeira; uma nutricionista; duas auxiliares de enfermagem e uma estagiária de serviço social. Seu horário de funcionamento é 07h30min. às 16 horas.

investigador compreender e analisar de maneira consistente e adequada a realidade investigada, pois nem sempre o caminho mais fácil escolhido na trilha é o melhor.

Bourdieu (2005) nos adverte para não confundir rigidez com rigor e de se fazer uma vigilância com relação ao emprego das técnicas, sua adequação ao problema e suas condições de emprego. Isso exige o uso do bom senso do pesquisador, por se tratar de uma atividade que não ocorre numa piscada de olhos, mas exige fôlego e retoques contínuos.

Assumindo atitude flexível ante o contato estabelecido com a realidade dos beneficiários, optamos por ampliar o universo dos interlocutores da pesquisa, pois se tornou imprescindível dialogar com a equipe técnica dos serviços e com as famílias dos beneficiários.

Vale ressaltar que durante o período em que estivemos nestes serviços - Secretaria Municipal de Saúde, CAPS e hospital-dia - havia uma idéia por parte da equipe profissional de que a responsabilidade pelo acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa” era da assistente social, inclusive foi com essas profissionais que estabelecemos o primeiro contato nos serviços, bem como foram as responsáveis por intermediar nossos primeiros contatos com os beneficiários, suas famílias e o restante da equipe de saúde mental.

Este estudo se estrutura com suporte na pesquisa qualitativa e pretende expor percepções, sentimentos e pontos de vista sobre a vida de pessoas que passaram longos períodos internadas e têm a possibilidade de edificar uma vida fora da instituição manicomial. Desta maneira, buscamos compreender as falas dos usuários do PVC, de seus familiares e da equipe de atenção psicossocial sobre o impacto do programa na vida dos beneficiários. Assim, optamos pelo depoimento pessoal para dialogar com os agentes desta pesquisa em seu próprio contexto e permitir uma interação direta com estes buscando reaver a memória do indivíduo como sujeito na história.

Várias foram as idas ao campo. Nessa trajetória, muitas dificuldades enfrentadas: estabelecer a confiança com os beneficiários até que eles se sentissem à vontade para revelar suas histórias de vida dentro e fora do manicômio; dialogar com as famílias, que em alguns casos demonstraram resistências, e com a equipe

profissional que, apesar de ter colaborado com toda a investigação, algumas vezes diante do seu cotidiano de trabalho e da “correria que é isso aqui”, ficavam impossibilitados de nos atender para cumprir suas rotinas laborais no espaço institucional. Essa dinâmica do campo foi desafiadora, pois deparamos muitos desencontros, mas “nada é mais universal e universalizável do que as dificuldades” (Bourdieu: 2005, p. 18), que são colocadas pela pesquisa de campo e que, no nosso caso específico, tornou a tarefa mais instigante e desafiadora.

Neste estudo, predominaram durante todo o trabalho em campo com os sujeitos, a confiança mútua, o respeito aos fatos relatados sobre as histórias de vida e às recorrentes falhas de memória: “foi tanta coisa que eu vivi nesses hospitais que eu não me lembro não”, disse a beneficiária 3 em um dos nossos diálogos.

Parafraseando Geertz (1989:36,38), a tarefa essencial da construção teórica não é codificar regularidades abstratas, mas tornar possíveis descrições minuciosas; não generalizar através dos casos, mas generalizar dentro deles. O objetivo é tirar grandes conclusões a partir de fatos pequenos, mas densamente entrelaçados.

Em cada ato, gesto ou fala ausente, silenciada pela dor, medo ou cronificação pela doença, essas pessoas revelam o significado do atendimento a elas destinado pelo Estado brasileiro durante anos. O silêncio ou a confusão mental de alguns, na verdade grita, denunciando o que a institucionalização manicomial pode causar nas vidas destes seres humanos. Como fala Estamira, no filme de Marcos Prado, não compreender o silêncio de três destes beneficiários é o mesmo que dizer: “a tua lucidez não te deixa ver!” Não deixa ver os anos de vivência institucional que marcaram e modificaram a vidas dessas pessoas. Adentrar o âmago de uma vida silenciada pela instituição psiquiátrica é como tentar

(...) ler um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escrito não com os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios de comportamentos modelados (Geertz, 1989, p.7).

Este silêncio talvez seja o que há de mais relevante neste trabalho, portanto, reconstituir suas histórias de vida não foi uma tarefa simples. Durante esse processo, procuramos preservar com fidelidade os relatos orais, pois com o apoio nas palavras

daquelas que vivenciaram e participaram de determinados acontecimentos, de seus horizontes de vida, pudemos reaver a maneira como estas pessoas ou seus familiares pensam ter vivido suas experiências de vida, mergulhando no “fluxo dos acontecimentos” e na memória como história cotidiana delas e de suas famílias.

Fizemos uso de um roteiro semiestruturado de entrevistas, as quais foram gravadas com o objetivo de manter a integridade dos depoimentos, uma vez que somente o registro no papel impossibilita apreender detalhes, como as entonações, pausas, silêncios, e emendas; enfim, para que fosse possível a escuta com qualidade sobre o que foi dito. Vale ressaltar que a gravação das entrevistas com os beneficiários só foi possível após algumas conversas informais realizadas anteriormente, pois eles olhavam com desconfiança o fato de serem gravadas suas conversas, somente após se estabelecer uma relação de confiança, nos permitiram gravar as entrevistas.

Realizamos, também, a observação direta, o que nos permitiu o contato face a face com os sujeitos em seu cotidiano institucional, bem como a melhor percepção das práticas e saberes, condutas e expressões das equipes de saúde mental. Para tanto, utilizamos o diário de campo com o objetivo de registrar nossas impressões e percepções, como também a movimentação, a fala, a vivência dos interlocutores em diversos momentos no campo de pesquisa.

Os atos de olhar e de ouvir são a rigor funções de um gênero de observação muito peculiar, por meio do qual o pesquisador busca interpretar – ou compreender – a sociedade e a cultura do outro “de dentro” em sua verdadeira interioridade (Oliveira, 1998, p.34).

Com efeito, este estudo buscou dialogar com a realidade de cinco beneficiários a fim de apreendê-la em suas singularidades. Fazendo um esforço para perceber e explicar, como diz Geertz (1976), “as piscadelas”, na busca da estrutura de significados que se apresenta pela fala, pela linguagem, observação e seleção de informações, transcrição de textos, genealogias e diários de campo, procuramos deixar que as situações falassem, notando as visões de mundo diferenciadas tanto pelos beneficiários do PVC, como de suas famílias e equipe de saúde mental. Estes serão os pontos apresentados e analisados a seguir.

CAPÍTULO 2

O PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA: UMA INTENÇÃO DE REABILITAÇÃO.

Ela está lá no horizonte. Aproximo-me dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe jamais a alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para caminhar (Galeano, 2000, p.102).

O Programa “De Volta para Casa” foi proposto pelo Ministério da Saúde, por meio da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, e regulamentado pela Portaria nº 2077, de 31 de outubro de 2003. Trata-se de uma estratégia política que tem como meta efetivar a inserção no convívio social das pessoas acometidas por transtornos mentais, egressas de longas internações em instituições psiquiátricas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2003a).

O auxílio-reabilitação psicossocial, como parte integrante do Programa, é um benefício mensal oferecido aos usuários, durante um ano, no valor atual de R\$ 340,00 (trezentos e quarenta reais), podendo ser renovado. Em caso de incapacidade do usuário para exercer, pessoalmente, atos da vida civil, o auxílio poderá ser pago ao seu representante legal (Ibidem).

Mencionado programa está articulado à rede municipal de assistência à saúde, sendo que a participação do município ocorre mediante uma série de procedimentos, dentre eles, o envio de um ofício ao Ministério da Saúde com a solicitação de inclusão, habilitação e justificativa para adesão. Após a aprovação, será publicada portaria específica, formalizando a habilitação e, na sequência, o município tem prazo de 30 dias para enviar o Termo de Adesão ao Programa e indicar a referência técnica, ligada à gestão municipal, para acompanhamento da

implantação e gestão do Programa na cidade. Além disso, o município se torna responsável pelas ações de saúde mental na rede de serviços de saúde que atendam às demandas dos beneficiários (BRASIL, 2007b).

Após realizar habilitação e adesão, o município pode cadastrar usuários nas seguintes condições: egressos de internação psiquiátrica durante período igual ou superior a dois anos, moradores de residências terapêuticas ou com a família de origem, família substituta ou formas alternativas de moradia e de convívio social, além de egressos de hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, conforme decisão judicial e avaliação da equipe local (BRASIL, 2003a). Os beneficiários devem ser cadastrados pelo município de residência, o qual deve se responsabilizar pelo seu acompanhamento na rede de atenção à saúde mental (BRASIL, 2007b).

O Ministério da Saúde instituiu uma Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta para Casa”, por meio da Portaria nº 2078, de 31 de outubro de 2003, composta de representantes de várias instâncias do SUS. Uma das atribuições desta Comissão é acompanhar e assessorar a implantação do Programa. Na Lei nº 10.708/2003, que regulamenta o Programa, o Ministério da Saúde estabelece ainda a constituição de outra Comissão de Acompanhamento, no âmbito estadual, com a função de emitir parecer sobre exclusão do Programa e renovação do auxílio, bem como outras ações necessárias ao acompanhamento. Além disso, o controle social e a fiscalização da execução do Programa serão realizados pelas instâncias do SUS (BRASIL, 2003a).

O Ministério da Saúde considera este Programa como uma “das estratégias mais potencializadoras da emancipação de pessoas com transtornos mentais e dos processos de desinstitucionalização e redução de leitos nos estados e municípios”, pois se trata de um dos principais mecanismos na reabilitação psicossocial, na medida em que intervém, de forma significativa, no poder de contratualidade social dos beneficiários, possibilitando o aumento de sua autonomia (BRASIL, 2005).

O Programa “De Volta para Casa” é amparado pelas Portarias nº 106 e nº 1.220, as quais criaram, em 2000, os serviços residenciais terapêuticos (BRASIL, 2004a), como iniciativas para desinstitucionalização e instrumentos para as políticas de saúde mental, com objetivo de superação das instituições psiquiátricas e das

internações de longa duração (Mângia & Rosa, 2002). Ampara-se, também, na Lei nº 10.216/2001, a qual dispõe “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2004b, p.17).

Nesse sentido, esse Programa apresenta sustentação legal, com base em critérios definidos pela Lei nº 10.216/2001, no artigo 5º, segundo o qual:

(...)o paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida (Ibidem, p. 18).

Assim, os serviços residenciais terapêuticos e o Programa “De Volta para Casa” são duas estratégias distintas de desinstitucionalização, porém associadas como diretrizes políticas de reinserção social de pessoas egressas de instituições psiquiátricas.

Embora tenha amparo legal e político, o Programa enfrenta algumas dificuldades para implementação. Uma das principais diz respeito ao fato de a maioria desses egressos não possuir documentação pessoal mínima para o cadastramento. Segundo o Ministério da Saúde, este desafio de consolidação é enfrentado por meio de parceria entre o Ministério da Saúde, a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal e a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, como forma de restituir o direito de identificação e garantir o acesso ao Programa (BRASIL, 2005).

Para tanto, a proposta do Ministério da Saúde é proporcionar a desinstitucionalização de pacientes de longa internação em todo o Brasil, com a construção de mais 1000 novas residências. Esta possibilidade foi mencionada pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva, em carta enviada aos beneficiários presentes ao I Seminário do Programa “De Volta para Casa”, realizado nos dias 08 e 09 de maio de 2007, em Brasília - DF (BRASIL, 2007a).

No Brasil, existem 447 municípios habilitados nesse Programa e um total, até junho de 2008, de 3206 beneficiários, conforme a tabela 2:

Tabela 2: Número total de Beneficiários do Programa de Volta para Casa até Junho de 2008.

UF	Número de Beneficiários
AL	21
BA	100
CE	13
DF	186
ES	35
GO	17
MA	63
MG	424
MT	57
PA	1
PB	71
PE	92
PI	20
PR	174
RJ	692
RN	5
RS	187
SC	32
SE	92
SP	924
TOTAL	3206

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, http://portal.saude.gov.br/SAUDE/area.cfm?id_area=925.

O Programa “De Volta para Casa” prevê o acompanhamento dos beneficiários por uma equipe de saúde nos municípios brasileiros, da qual deverá fazer parte, pelo menos, um profissional da área de saúde mental do município, com formação de nível superior, o que não significa substituir os profissionais de referência para as intervenções clínicas específicas. A orientação é de que haja um profissional para

cada 15 beneficiários e que as ações dessa equipe tenham, como base, a proposta de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2003a).

Considerando que as ações dos profissionais envolvidos no Programa “De Volta para Casa”, em âmbito local, devem se pautar na reabilitação psicossocial, para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), esses técnicos têm as seguintes atribuições:

- Estarem aptos a garantir o atendimento ao beneficiário em situações de crises, por solicitação do próprio beneficiário, de familiares ou do seu representante legal;
- Visitar todos os beneficiários sob sua responsabilidade, assim como aos seus familiares (quando for o caso);
- Mobilizar outros recursos assistenciais, sempre que julgar necessário.
- Incentivar atividades coletivas de ressocialização - trabalho, cultura e lazer;
- Sensibilizar e orientar pessoas e grupos, incluídos na rede social do usuário, objetivando integrá-lo, de forma satisfatória, ao convívio social;
- Defender o exercício pleno dos direitos civis e políticos do usuário, incluída a discussão permanente dos limites da tutela, para isso acionando a assistência jurídica adequada;
- Avaliando a provisão do apoio direto ao beneficiário pelo representante legal, se houver;
- Submeter ao gestor municipal um relatório trimestral sobre o acompanhamento de cada beneficiário (BRASIL, 2003, p. 5).

De acordo com o manual do Programa “De Volta para Casa”, há responsabilidades, nas esferas federal e estadual, dos gestores do Sistema Único de Saúde em relação ao Programa. A instância federal tem as seguintes atribuições: cadastrar os beneficiários dos municípios incluídos no Programa por portaria, organizar e consolidar os cadastros dos beneficiários e dos municípios inseridos no Programa, realizar monitoramento e avaliação, definir critérios de prioridade para inclusão de beneficiários por municípios, julgar os recursos provenientes do âmbito municipal ou estadual, processar, mensalmente, a folha de pagamento aos beneficiários e constituir Comissão Gestora do Programa (BRASIL, 2003a).

No âmbito estadual, as atribuições são: acompanhar as ações dos municípios vinculados ao Programa, confirmar o município como apto a ser inserido no Programa, analisar os recursos provenientes das solicitações indeferidas pelos municípios, exercer o papel de articulador entre hospitais de custódia, tratamento psiquiátrico e o município, no que se refere à indicação de pessoas dessas instituições, aptas para inserção no Programa (BRASIL, 2003a).

O gestor municipal deve acompanhar a situação de todos os beneficiários cadastrados pelo seu município e os gestores estaduais poderão acompanhar a situação dos beneficiários em todos os municípios de seu estado, por meio de senhas de acesso ao sistema de informações. Tais senhas permitirão o acesso a relatórios de beneficiários cadastrados, prévias de folhas de pagamento, folha de pagamento sintética e retorno da folha de pagamento pela Caixa Econômica Federal (banco estabelecido para recebimento do benefício), acusando o crédito efetivado nas contas correntes dos beneficiários. Após isto, espera-se um acompanhamento próximo da situação dos beneficiários em seu estado/município, evitando, assim, a falta de recebimento do auxílio por problemas em contas correntes ou ainda o recebimento indevido por usuários que tenham retornado à internação ou ido a óbito (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, vale ressaltar a importância do papel dos técnicos na implantação e consolidação do Programa “De Volta para Casa” como articuladores, mediadores e avaliadores das ações no território e no contexto da rede social do beneficiário.

2.1 Voltar Para Casa: reabilitação psicossocial como eixo central.

Retratar que reabilitação está sendo trabalhada no município de Fortaleza, como as equipes de saúde mental compreendem esse processo e de que modo os usuários e familiares estão participando deste processo é fundamental para uma análise deste programa federal, executado pela esfera municipal.

Sabemos que nos encontramos em passagem da assistência psiquiátrica com tendência a segregação para uma proposta de atenção comunitária, portanto, como fica, nesse contexto, a reinserção e/ou reabilitação psicossocial no Brasil? Aliás, o que é chamado de reabilitação psicossocial?

No Brasil, o campo da reabilitação psicossocial é retratado, principalmente, em duas recentes publicações: *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (Pitta, 2001) e *Libertando Identidades: da reabilitação à cidadania* (Saraceno, 2001).

No seu sentido instrumental a Reabilitação Psicossocial representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes (...) é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados (Pitta, 2001, p. 21).

A reabilitação é um aporte imprescindível para a desinstitucionalização e consolidação da reforma psiquiátrica, pois trabalha a produção de sentidos, preocupa-se com a subjetividade dos indivíduos, contrapondo-se à assistência massificada e alienante. Busca fazer o projeto terapêutico, considerando o contexto macrossocial e microssocial, extrapolando o muro dos serviços e necessariamente integrando-se à pauta das políticas sociais, para requerer que o cidadão tenha acesso aos seus direitos, trilhando assim o caminho da contratualidade e da cidadania.

A reabilitação é essa conspiração clara contra o entretenimento para manter dentro, para reproduzir a lógica que nunca termina, manter a lógica da enfermidade, tornando-nos cúmplices deste tipo de entretenimento. Pois, no momento em que se assume os grande cenários: **a casa, trabalho e rede social**, damos-nos conta de que não há mais tempo para esse entretenimento, que isto nada mais é que um adestramento físico e moral (Saraceno, 2001, p.18).

A reabilitação não é a passagem de um estado de desabilidade para um de habilidade, ou de incapacidade para capacidade. Essas noções não se sustentam quando descontextualizadas do conjunto de determinantes presentes nos locais em que ocorrem as intervenções, o que leva a pensar que a reabilitação é ampliada de acordo com as novas possibilidades de estabelecimento de novas ordenações para a vida. Desse modo, não há uma fronteira delimitadora dos que passaram a estar aptos e não aptos à vida, seja ela no âmbito pessoal, social ou familiar (Saraceno, 2001).

O processo de reabilitação seria, então, um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania, e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social (Ibidem, 2001, p. 16).

Para o autor (2001), os eixos sobre os quais se apoia o aumento da capacidade contratual dos pacientes psiquiátricos são a moradia, que se ocupa da casa e da apropriação da habitação como espaço de significação da vida, a rede social onde acontecem as trocas sociais, e o trabalho, entendido como articulação do campo dos interesses, necessidades e desejos, meio de sustento e autorrealização, onde se produzem e trocam mercadorias e valores, provocando o estabelecimento de novas redes e novas relações entre os sujeitos sociais.

A reabilitação engloba a todos nós profissionais e a todos os atores do processo saúde doença, ou seja, todos os usuários, todas as famílias dos usuários e finalmente a comunidade inteira (Saraceno, 2001, p. 14).

O contexto da reabilitação é polissêmico, haja vista a pluralidade dos sujeitos envolvidos. Encontrar possibilidades singulares a cada pessoa, nas diferentes situações de suas vidas, pede a todo instante o olhar e a escuta que reconhecem as subjetividades. Desse modo, a proximidade com a pessoa que sofre a experiência de transtorno mental confronta diversos saberes, interroga competências, pede sensibilidade profissional, e o entendimento de que o sofrimento psíquico não pode ser visto como algo a ser eliminado ou combatido, mas pode levar à descoberta do real, da compreensão da experiência emocional de quem sofre.

Portanto, consideramos esta investigação como um empreendimento bastante complexo, assim como afirma Geertz (1989), não apenas tecnicamente difícil, uma vez que colocamos vidas alheias em nossos textos, mas, sobretudo, por este trabalho ser científico, moral, político e epistemologicamente delicado.

2.2 - Voltando Para Casa em Fortaleza – aproximações com o programa em âmbito local

Considerando que esta pesquisa aborda o Programa “De Volta Para Casa” em Fortaleza¹⁰, neste item serão expostos dados demográficos, indicadores gerais

¹⁰ Fortaleza, capital do Ceará, foi fundada em 13 de abril de 1726. Situa-se na região Nordeste do Estado do Ceará, composta por 313,14 km². Os limites da cidade são dados pelos seguintes municípios: ao sul, Pacatuba, Eusébio, Maracanaú e Itaitinga; ao oeste, Caucaia; e ao Leste, Aquiraz e oceano Atlântico. Ao norte, a cidade é banhado pelo oceano Atlântico, numa extensão, aproximada,

sobre a saúde e a rede de serviços de saúde mental, as experiências de desinstitucionalização que já ocorreu neste município e a inserção do Programa no referido processo. Para isso, utilizamos documentos da Secretaria Municipal de Saúde e relatório quantitativo sobre o Programa neste Município, publicado pelo Ministério da Saúde.

Fortaleza é hoje a quarta maior cidade do País com população estimada em 2007 pelo IBGE de 2.431.415 habitantes. Destes, 53,2% são do sexo feminino e 40,4% encontram-se na faixa etária de zero a 19 anos. Apesar de ter uma população predominantemente jovem, essa configuração vem mudando com o aumento progressivo da população idosa.¹¹

Em termos administrativos, o Município está dividido em seis regiões administrativas, as quais estão sob gerência das secretarias executivas regionais, que funcionam como instâncias executoras das políticas públicas municipais.

O sistema municipal de saúde apresenta capacidade instalada para o atendimento de serviços primários, secundários e terciários. Integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, sendo referência no âmbito micro e macrorregional. Dispõe de 2.269 estabelecimentos de saúde inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, sendo: 149 públicos – 122 da esfera municipal, 22 estadual e 5 federal; e 2.120 são privados. Destes, 3,96% são unidades básicas, do tipo Centro de Saúde, e a maioria, 65,9%, é de consultórios privados isolados. Os estabelecimentos ambulatoriais especializados são 566, entre clínicas, policlínicas, unidade de apoio, diagnose e terapia, o que representa 24,9% do total. Com relação às unidades hospitalares, tem-se 86 estabelecimentos - 3,79% (Fortaleza, SMS, 2008).

O atual modelo da gestão da política municipal de saúde é organizado por meio de redes assistenciais, dentre elas a Rede Assistencial de Saúde Mental – RASM - atualmente estruturada com apoio de um modelo de cogestão por meio de uma Coordenação Colegiada de Saúde Mental - CCSM – composta por duas

de 30 km que vai da foz do Rio Ceará, passando pelo porto do Mucuripe, até a foz do rio Pacoti (PMF, SEPLA, 2000).

¹¹http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/tabela1_1_10.pdf.

psicólogas e um psiquiatra. Em cada Secretaria Executiva Regional, existe um coordenador regional de saúde mental. Com origem em 2006, a RASM se expandiu com a implantação dos seguintes serviços: mais 11 CAPS, sendo três CAPS geral, seis para dependentes de álcool e outras drogas e dois para crianças, o que totaliza 14 CAPS em todo o território municipal; uma residência terapêutica; e 12 leitos destinados para internação de pessoas com quadro de intoxicação e/ou abstinência decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no Hospital Geral Nossa Senhora da Conceição, na SER I (Fortaleza, SMS, 2008).

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, existiam, em 2005, 82 pessoas com transtornos mentais moradores de hospitais psiquiátricos. Em 2008, de acordo com representante da CCSM, esse número baixou para 66 moradores em razão do fechamento de um hospital psiquiátrico em Fortaleza¹² e o encaminhamento de pessoas para residência terapêutica, como também por óbitos ocorridos durante esse período. Essas pessoas são demandárias do Programa “De Volta Para Casa”, porém o maior obstáculo para inserção delas é a insuficiência de residência terapêutica em âmbito municipal, bem como o desconhecimento da referência familiar para que possa ser procedido um trabalho de alta hospitalar e reabilitação social, critérios para adesão ao programa que tem como objetivo a desinstitucionalização psiquiátrica.

O Programa “De Volta para Casa” foi inserido nesse processo de desinstitucionalização no Município em de 17/12/2003, de acordo com a Portaria de nº 2381/GM, a qual habilita 15 municípios para cadastramento junto ao Programa, em virtude de possuírem alta concentração de leitos hospitalares. Quanto a demanda atual pelo Programa, representante da Secretaria Municipal de Saúde nos fala:

Não sabemos. Foi feita um levantamento que constatou que existem 66 pessoas moradoras de hospitais psiquiátricos. Eu te digo que não sei porque não tem especificamente um número exato, há uma rotatividade de pacientes do hospital para outro hospital que não tem como a gente saber, também deve existir inúmeras pessoas que saíram do hospital e estão no CAPS, foram para o interior. Então a gente não tem como saber quantos beneficiários tem em potencial. Eu sei te dizer que todas essas 66 pessoas moradoras são demanda para o programa, mas não posso afirmar que são somente essas (Profissional de nível superior).

¹² A Casa de Saúde São Gerardo foi fechada em 2007, sendo transformada no Instituto Dr. Vandick Ponte.

Segundo dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza sobre o relatório do Programa “De Volta para Casa”, gerado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), estavam cadastrados no Programa, até junho de 2008, apenas cinco beneficiários, todos egressos de instituições psiquiátricas e que tiveram alta hospitalar, sendo encaminhados para residência terapêutica, família de origem ou família substituta.

A grande dificuldade para inserção dos pacientes no programa é por causa da identificação dessa pessoa, da falta de documentação, aí tem que ser providenciada toda a documentação, muitos dos nossos pacientes não tem certidão de nascimento, não tem CPF, não tem título de eleitor e isso muitas vezes fica ao encargo do próprio profissional de ir atrás dessa documentação toda, entrar com processo na defensoria pública, é uma burocracia que leva muito tempo (Profissional de nível superior).

Tabela 3: Beneficiários do PVC/ Moradia.

Beneficiários/ Local de moradia	Homens	Mulheres
Residência Terapêutica	02	-
Retorno a família de origem	02	-
Família Substituta	-	01
Total	04	01

Fonte: Pesquisa direta, 2008..

Outra dificuldade de inserção dos usuários no Programa trata-se da insuficiência de residências terapêuticas no Município. Estes equipamentos, criados por meio das Portarias de nº 106 e nº 1.220, no âmbito do Sistema Único de Saúde, são compreendidos como

Modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual nº de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do Estado ou do município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2004a, p.100).

Para Furtado (2006), a Portaria de nº 106/2000, criando as residências terapêuticas, é sustentada por outras políticas governamentais, desenvolvidas após o ano 2000, como a Lei nº 10.216/2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais; a Lei nº 10.708/2003, instituindo o Programa “De Volta para Casa”; as Portarias GM nº 52 e 53/2004, responsáveis pela criação do Programa de Reestruturação Hospitalar, e a Portaria GM de nº 2068, de 24 de setembro de 2004, a qual destina incentivo financeiro para os municípios em decurso de implantação de serviços residenciais terapêuticos. Salientamos que um dos critérios apresentados pelo Programa “De Volta para Casa” é o fato de que, para receber o benefício, o usuário deve passar a morar em residência terapêutica ou com a família.

Foi dada uma parada na discussão das residências terapêuticas por questões mesmo estruturais, orçamentárias, mas a gente vai ter que abrir mais residências terapêuticas em Fortaleza porque não dá mais para permanecer com essas pessoas dentro dos hospitais psiquiátricos. Infelizmente nós só conseguimos implantar uma e mesmo assim estamos com muita dificuldade de está mantendo porque o município não recebe recurso financeiro para manutenção. Hoje são necessárias no mínimo dez residências para atender a demanda do município (profissional de nível superior, SMS).

Mângia e Rosa (2002) ressaltam a importância das residências como instrumentos para as políticas de saúde mental, mostrando seu compromisso em superar as instituições psiquiátricas e as internações de longa permanência. As autoras consideram que, no contexto da transição para a comunidade, evidenciam-se o isolamento social, o não-contato com familiares e a não-constituição de rede social. Para as autoras, entretanto, as residências podem responder às diversas demandas dos usuários na saída do hospital, como:

Local para morar, suporte social, composição de rede social, responsabilização diferenciada de serviços e equipes de saúde mental, possibilitando assim o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a condução dos processos de reabilitação psicossocial baseados na comunidade e comprometidos com o resgate da cidadania (p.72).

Na compreensão de Pereira e Borensteir (2004), as residências constituem em um espaço singular e apropriado, onde as pessoas podem reconstruir suas vidas, como seres humanos que têm suas crenças, valores e cultura, sendo capazes

de transformar e exprimir suas histórias, por meio das experiências. Além disso, esses espaços vêm atender às propostas preconizadas pela reforma psiquiátrica em curso no País.

Com a mudança do hospital para a casa residencial foi muito importante, porque ele vivia só ali (refere-se ao hospital) preso e agora mudou a rotina. E o hoje ele já tem pelo menos a liberdade de caminhar lá da casa residencial para o hospital-dia, já pode ver a rua (Familiar do beneficiário 5).

O Programa “De Volta para Casa” apresenta critérios de adesão, sendo um deles a composição de uma equipe de saúde, responsável pelo Programa na instância municipal. Portanto, em Fortaleza, os profissionais das equipes que acompanham os beneficiários no Município são pessoas vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde e aos representantes de organizações não governamentais conveniadas ao SUS, conforme demonstra a tabela 4.

Tabela 4 – Equipes de referência.

Beneficiários/ Equipe de Referência	Homens	Mulheres
CAPS Geral – SER I	02	-
Instituto Vandick Ponte – SER I	02	01
Total	04	01

Fonte: Pesquisa direta, 2008.

Segundo representante da CCSM do Município, ao iniciar seus trabalhos na Secretaria Municipal de Saúde, no ano de 2005, verificou que na base de dados do DATASUS havia três pessoas cadastradas no PVC, as quais nunca foram encontradas pela atual gestão, “fizemos um verdadeiro multirão atrás delas e nunca as encontramos”, revela representante da SMS. Portanto, foi solicitado o desligamento desses três beneficiários que foram aceitos pelo programa em 2004; ou seja, concretamente, o primeiro cadastro de um beneficiário de Fortaleza foi realizado no dia 05/02/2007.

Tabela 5 – Situação de pagamentos do benefício.

PVC/ Pagamento	Data de inserção do PVC	de Data do Primeiro Pagamento	do Situação atual do pagamento
Beneficiário 1	05/02/2007	23/02/2007	recebendo
Beneficiário 2	06/09/2007	25/09/2007	suspenso
Beneficiário 3	01/04/2008	15/04/2008	recebendo
Beneficiário 4	01/04/2008	15/04/2008	suspenso
Beneficiário 5	01/04/2008	15/04/2008	recebendo

Fonte: Pesquisa direta, 2008.

Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde, os benefícios suspensos se encontram nessa situação por questões burocráticas do sistema bancário, já que a Caixa Econômica Federal só aceita abrir a conta no nome dos beneficiários, porém os beneficiários apresentam-se com problemas de coordenação motora, portanto com dificuldades para assinar documentos. Atualmente, encontram-se em interdição para que a conta possa ser reaberta no nome do representante legal.

A tecnologia do sistema bancário brasileiro é considerada avançada, porém não há nenhum suporte e ou orientação dos bancos, de maneira geral, para as pessoas com transtorno mental grave. A diminuição dos reflexos, com a consequente lentidão, é uma condição limitadora, provavelmente decorrente do uso da medicação, porém não deveria ser condição para excluir o beneficiário quanto ao acesso a sua conta, para receber o benefício a que tem direito.

Tabela 6 - Relação idade, tempo de institucionalização e tempo de alta hospitalar/ mês de referência – dezembro/2008

PVC/ Pagamento	Idade	Tempo de internação em Instituição psiquiátrica	Tempo de alta hospitalar até dezembro/2008
Beneficiário 1	53	20 anos	2 anos e 4 meses
Beneficiário 2	50	14 anos	2 anos
Beneficiário 3	55	15 anos	8 meses
Beneficiário 4	61	41 anos	1 ano e 3 meses
Beneficiário 5	51	30 anos	8 meses

Fonte: Pesquisa direta, 2008.

Para participar do Programa é exigido que se tenha, no mínimo, dois anos de internação ininterruptos. No caso dos usuários de Fortaleza podemos observar que se tem um período de 14 até 40 anos, de pessoas vivendo sob completa tutela institucional. Para Goffman (2001), quando a pessoa com transtorno mental chega pela primeira vez à instituição psiquiátrica, traz consigo uma consciência de si, uma identificação de si próprio em relação ao mundo. Ao entrar na instituição, porém, determinados processos (admissão e informação das regras institucionais, proibição de visitas, proibição de saídas, o uso de roupas da instituição, cortar os cabelos, banhos coletivos) possibilitam uma mortificação do eu, que é justamente a perda da identidade que o sujeito tem de si. *“O internado tende a sentir que durante a sua estada obrigatória foi totalmente exilado da vida”* (2001, p. 64).

O problema é que eu não sei mais andar em Fortaleza não, nem pegar ônibus eu não sei mais, eu queria muito ir para o centro, mas eu não sei mais não, está tudo mudado né? Ou fui eu que desaprendi? Fiquei muito tempo lá no hospital e a vida mudou, a vida de todo mundo mudou só a minha que sempre foi a mesma coisa. Só sei pegar o ônibus para o CAPS porque é da linha do bairro, aí eu já conheço (beneficiário 1).

O tempo de institucionalização é significativo para os beneficiários, uma vez que a longa permanência na instituição ensejou diversos agravantes a essas

peças: perda do contato com a realidade; perda do contato com as mudanças sociais, culturais, políticas e até demográficas das localidades de origem; perda da condição de autocuidado; perda de sua individualidade e liberdade. A fala há pouco reproduzida, aponta o medo de andar pela cidade, a qual se modificou ao longo dos anos de internação e cujos referenciais já não existem mais. Por tal razão, os beneficiários de Fortaleza apresentam uma situação clínica e psicossocial fragilizada.

CAPÍTULO 3

NAS HISTÓRIAS DE VIDA: O DESAFIO DE VOLTAR PARA CASA.

Minha casa não é minha
E nem é meu esse lugar
Estou só e não resisto
Muito tenho pra falar
(Milton Nascimento)

3.1 Quem são os beneficiários do Programa “De Volta Para Casa”?

As histórias de vida e os perfis dos cinco beneficiários foram aqui sinteticamente reconstituídas com base em dois tipos de coleta de dados: as informações contidas em seus prontuários nos serviços onde estão realizando tratamento psiquiátrico e o conteúdo das entrevistas que nos foram concedidas pelos beneficiários, suas famílias e pela equipe profissional dos serviços de saúde mental de Fortaleza.

Esses dados nos oferecem, contudo, apenas algumas possibilidades de compreensão dos acontecimentos, pois entendemos a dificuldade dos interlocutores citados em lembrar concretamente tudo o que ocorreu em suas vidas. Assim, procuramos respeitar profundamente os depoimentos apresentados pelo material coletado. As entrevistas recolhidas resultam de fragmentos do passado na memória, pois “os fatos ocorridos não estão cristalizados e estáticos de modo a permitirem a recomposição de uma história única, coerente e verdadeira” (Almeida, 1999:245).

De posse desses materiais, seguiremos o fio do caminho por onde essas pessoas com transtorno mental transitaram, do adoecimento para institucionalização psiquiátrica, até a possibilidade de voltar para casa.

Beneficiário 1 - 53 anos

Pele morena, olhos negros, cabelos grisalhos, magro, estatura mediana, solteiro, tem ensino fundamental incompleto, católico e frequentador de igreja evangélica, assim é esse usuário do sistema público de saúde mental de Fortaleza, com o qual tivemos a oportunidade de dialogar durante a elaboração desta pesquisa. Migrante do interior do Ceará para Fortaleza, onde reside desde sua adolescência, trabalhou com jardinagem e, em nossa conversa, revelou: "eu adorava cuidar das plantas, mas hoje ninguém vê mais jardim é só cimento". Seu primeiro surto psicótico foi aos 21 anos, quando iniciou com quadro de alucinações auditivas e visuais, bem como delírios persecutórios. Ao lembrar de suas alucinações, nos fala: "tinha uma voz dizendo que eles iam me matar e que não era para eu sair de casa". No ano de 1979, foi acusado e condenado por homicídio e cumpriu pena durante 21 anos em regime fechado. Durante este período, transitou entre o Instituto Penal Olavo Oliveira, Instituto Penal Paulo Sarasate, e manicômio judiciário, por apresentar desorientação e alucinações. Em dezembro de 2001, foi transferido para Casa de Saúde São Gerardo, em Fortaleza, tendo como diagnóstico F 20.9 (esquizofrenia não especificada), onde ficou internado até o dia 09/08/2006, quando recebeu alta por ordem judicial, que determinou seu retorno à família imediatamente. Seu pai e sua mãe são falecidos, tem três irmãos, atualmente mora com um deles, numa pequena casa localizada em bairro periférico de Fortaleza, constituída por uma sala, um quarto, uma cozinha e um banheiro, onde residem quatro pessoas (o beneficiário, seu irmão, sua cunhada e o sobrinho). A renda atual da família é de R\$ 340,00 referente ao benefício do Programa "De Volta Para Casa", pois todos os outros integrantes da família encontram-se desempregados. "Nós não queríamos que ele viesse para cá porque todo mundo tinha medo dele, mas com aquela ordem do juiz tivemos que aceitá-lo", diz a cunhada. Desde agosto de 2006, faz acompanhamento no CAPS três vezes por semana, durante um turno. Dos 53 anos vividos, 22 os foram em instituições totais, em regime fechado, cumprindo pena por crime cometido. Outros cinco anos, viveu em um hospital psiquiátrico, onde permaneceu todos os 1845 dias sem sair do espaço manicomial. Há dois anos passou a morar na residência de seu

irmão, como também a enfrentar dificuldades no seu dia-a-dia. No que se refere a transitar pela cidade, nos diz: “mas a cidade está toda mudada, eu não conheço mais nada, não sei andar de ônibus, tenho medo de me perder”. Como beneficiário do Programa “De Volta Para Casa” há aproximadamente dois anos, é quem provê o sustento da família, mesmo compreendendo-o como insuficiente: “é pouquinho, só dá para fazer uma feirinha pequena, eu até tenho vontade de trabalhar, mas eu não posso mais não, eu não agüento, se eu andar demais fico muito cansado. É pouquinho, mas serve porque se não fosse esse ordenado que estou recebendo eu não estava na casa do meu irmão, ainda estava lá no hospital”, e seu grande desejo atualmente é ter a sua casa para morar com uma possível companheira. “Meu sonho é comprar uma casinha para mim, tenho que agradecer porque estou na casa do meu irmão, mas morar com os outros não presta não, o cabra não pode levar ninguém para lá, nem a mulher”, revela o beneficiário.

Beneficiário 2 - 50 anos

Solteiro, natural da região do Cariri/CE, cursou o ensino fundamental. Tem história de transtorno mental desde os 30 anos, “ele sempre foi meio esquisito, mas lá no interior ninguém sabia de nada não, o povo chamava ele de doido, mas lá em casa todo mundo fingia que não via nada, até que a tragédia aconteceu”, diz a irmã. Caracterizada como tragédia pela irmã, em 1992, o beneficiário matou a própria mãe e foi encaminhado para o Instituto Psiquiátrico Penal Governador Stênio Gomes (manicômio judiciário) em 17/09/1992 onde permaneceu por oito anos. Após esse período, foi encaminhado para Casa de Saúde São Gerardo onde permaneceu até 07/03/2006, quando foi determinado, por ordem judicial, seu desinternamento e retorno ao convívio familiar. Sentimento de medo com relação ao beneficiário era o que a irmã demonstrava em nossas conversas: “para mim é muito difícil saber que ele matou nossa mãe, mas eu já consigo acreditar que foi por causa da doença dele, ele escutava uma voz dizendo para matar ela, até hoje eu sei que ele sofre com isso, mas eu tenho medo dele escutar essa voz e fazer mais besteira”. Com diagnóstico F.20 (esquizofrenia), o beneficiário faz acompanhamento no CAPS em regime

intensivo, sobre o qual nos esclarece uma profissional da instituição: “os que são portadores de transtorno mental severos e persistentes ficam no CAPS em regime intensivo, ou seja, passa o dia todo no serviço durante a semana, ou pelo menos um turno, mas todos os dias da semana. São as pessoas com risco de suicídio, com vínculo familiar enfraquecido ou que a família abandonou”. Em seu plano terapêutico constam: atividade física, grupo de educação e saúde, grupo de terapia ocupacional, arteterapia, oficina de jornal e atendimento de enfermagem. Em nossas andanças como pesquisadora, um aperto de mão e um “oi” foi o contato que conseguimos estabelecer com esse beneficiário em nossa primeira entrevista. Fala comprometida, aparência descuidada, vestindo roupa suja, este usuário do CAPS pouco quis falar conosco. O comprometimento psíquico e físico fez com que o usuário tivesse seu benefício do PVC suspenso, já que sua coordenação motora não lhe permite mais assinar o nome conforme consta em sua identidade. Portanto, a família está entrando com o processo de curatela para que o benefício possa ser regularizado e tenha o direito de recebê-lo novamente. Várias foram as visitas ao CAPS, até que conseguíssemos observar sua rotina no serviço e estabelecermos contato com sua irmã, sua responsável legal. Muitos desencontros, entrevistas desmarcadas pela irmã e um grande silêncio. Aos poucos, fomos estabelecendo um diálogo com a família, “lá em casa todo mundo tem medo dele, meus irmãos que moram no interior nem querem saber dele, só sobrou eu para cuidar dele”, afirma a irmã. Sua renda atual é composta pelo Benefício de Prestação Continuada - BPC¹³ e pelo benefício do PVC, este último atualmente suspenso. Essa renda, administrada pela irmã, é utilizada para o sustento da família, conforme nos diz a irmã: “compramos comida e roupa para ele, a gente até tinha vontade de alugar um quartinho para ele morar sozinho, mas não tem condição não, até para vir para o CAPS eu tenho que deixar e buscar porque ele não sabe ir sozinho”.

¹³ O Benefício de Prestação Continuada previsto no art. 20 da Lei n. 8.742, de 07/12/1993, é a garantia de um salário mínimo à pessoa com deficiência e ao idoso, com idade de sessenta e cinco anos ou mais, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção e nem tê-la provida por sua família.

Beneficiário 3 – 55 anos

Negra, católica, separada, mãe de três filhas, das quais duas têm transtorno mental. Cursou o ensino fundamental, trabalhou em fábrica de tecido como fiadeira e em fabrica de farinha. Sua genitora faleceu quando tinha seis anos de idade e, desde então, passou a ser cuidada pela avó materna que também faleceu sete anos depois, ficando aos 13 anos de idade “trabalhando em casa de família”. Seu pai é desconhecido. Adoeceu aos 28 anos, quando sua filha mais nova tinha dois anos de idade. Seu companheiro a internou em um hospital psiquiátrico e decidiu separar-se, levando as filhas para morar com a avó paterna. Passou por muitas internações em hospitais psiquiátricos, todas de longa permanência. A beneficiária relembra: “eu já tive mais de sessenta internações, conheço todos os hospitais psiquiátricos de Fortaleza, eu fico internada uns três meses, recebo alta aí passava uma semana na rua ou na casa do meu irmão, aí eu adoecia novamente e era internada. A mente da gente vai ficando fraca e a gente se acostuma ficar nos hospitais, até que a gente faz amizade com as enfermeiras”. Tantos internamentos, como também vários diagnósticos recebeu, dentre eles: depressão, esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar. A beneficiária tem dois irmãos que residem em Fortaleza, já morou na casa de um, porém não foi possível sua permanência, pois, de acordo com a beneficiária, “não deu certo, lá é muito pobreza e a mulher dele não me queria lá não”. Nos últimos cinco anos, estive internada em hospital psiquiátrico tendo recebido sua última alta hospitalar em abril de 2008 quando foi encaminhada para acompanhamento no hospital-dia do Instituto Vandick Ponte em Fortaleza. Passou a residir na casa de uma amiga com a qual compartilha o benefício do Programa “De Volta Para Casa”, compreendendo que “é o tipo da coisa, ela só aceita eu morar lá porque eu dou o dinheiro certinho, dos R\$ 240,00 que eu recebo eu dou para ela R\$ 190,00 e fico com R\$ 50,00 para comprar sabonete, desodorante, perfume e umas lembrancinhas para as minhas filhas. Esse dinheiro que eu dou é para ajudar a pobre na casa com o de comer e as contas da luz e da água, lá é muita pobreza”. Quanto a seus projetos de vida, revela: “meu maior sonho é ter uma casinha para eu morar sozinha, vi uma propaganda que a prefeita está dando umas casas, mas eu não sei como faço para conseguir, a senhora sabe?”

Beneficiário 4 - 61 anos

Solteiro, aposentado, católico, possui ensino fundamental incompleto. Adoeceu aos 20 anos quando iniciou sua história de longas internações em hospitais psiquiátricos. Sua situação de institucionalização se agravou em 1997, quando seu genitor faleceu, passando a morar definitivamente na Casa de Saúde São Gerardo, de onde recebeu alta em setembro de 2007 e passou a morar na residência terapêutica do Instituto Vandick Ponte e fazer acompanhamento psiquiátrico no hospital-dia do mesmo Instituto. Tem um irmão que reside em Fortaleza e que eventualmente lhe faz uma visita e diz não ter condições de levá-lo para morar em sua casa. Diagnosticado com esquizofrenia residual (F 20.5), sem vínculos familiares, é beneficiário do Programa “De Volta Para Casa”, porém encontra-se com o benefício suspenso, pois precisa regularizar documentação de interdição, ação de responsabilidade do irmão, seu curador, que vem adiando providenciar a documentação, “ele tem curatela, mas como ele é muito crônico ele não tem condição de abrir uma conta, teria que ser em nome do irmão, na verdade ele está em processo de interdição, está aguardando o alvará”, diz a profissional do hospital-dia. Durante nossa permanência no hospital-dia, presenciamos o beneficiário sempre desenhando círculos em papel-ofício, vários papéis com os mesmos desenhos. Ao perguntarmos o significado do desenho, ele se levanta e nos deixa sozinha, não conversa conosco. Como fonte de renda, o beneficiário recebe o Benefício de Prestação Continuada, seu irmão é o responsável pela gerência, repassando mensalmente 70% à instituição para custear a sua permanência no equipamento residencial terapêutico. Com o restante compra roupa e produtos de higiene para ele. Aguarda regularização para recebimento do benefício do Programa “De Volta Para Casa”, mesmo sem saber da existência dele, pois a profissional do hospital-dia relata: “ele não tem nem noção desse programa, é muito comprometido, perdeu o contato com a realidade, é cronificado”.

Beneficiário 5 - 51 anos

“Discurso incoerente, confuso, desagregado, juízo crítico afetado, sem possibilidade de cuidar de sua aparência pessoal e higiene, necessitando sempre de cuidados de terceiros, não é cooperativo aos atendimentos individuais e nem as atividades propostas”, assim inicia a evolução no prontuário, feita por profissional de nível superior, deste beneficiário que se encontra em acompanhamento do hospital-dia do Instituto Vandick Ponte. Solteiro, com segundo grau incompleto, pais vivos, adoeceu aos 20 anos de idade quando “começou a relaxar com a higiene, deixou os cabelos e as unhas crescerem, não queria mais saber de estudar. Também começou a se maltratar, ele se arranhava, se batia, um dia vimos eles com as unhas enfiadas no pescoço e escorrendo muito sangue, foi quando os vizinhos mandaram agente levar ele para o Instituto de Psiquiatria do Ceará – IPC, daí em diante ele passava mais tempo internado do que em casa”, diz o genitor. Sua família mora hoje em bairro periférico de Fortaleza, numa casa alugada, pequena, constituída por uma sala, uma sala de jantar, um quarto, um banheiro, uma cozinha e um quintal. A genitora é aposentada por invalidez e o pai é comerciário, tem quatro irmãos. Quanto ao relacionamento com a família, seu pai nos fala: “só para você ter uma idéia tem trinta anos que ele vive se internando, mas morando mesmo no hospital tem oito anos, nesses oito anos ele nunca mais foi em casa”. Atualmente mora no equipamento residencial terapêutico do Instituto Vandick Ponte e faz tratamento no hospital-dia. Nosso primeiro contato aconteceu no hospital-dia. Ao chegarmos, o encontramos sentado ao chão da recepção, com cabeça baixa, esfregando com força os braços. Nós o cumprimentamos, mas não houve resposta. Ali ele permaneceu por muito tempo, na mesma posição, por aproximadamente duas horas. Nos contatos posteriores o beneficiário sempre nos respondia de forma monossilábica. Dessa forma, buscamos contato com os familiares para compreender melhor sua história de vida. Nos diálogos estabelecidos, o pai do beneficiário revela sua preocupação: “essa doença nos aflige muito, mas eu não posso levá-lo para casa, como pode dois velhos cuidar de uma pessoa com essa doença? Não é possível. Se fosse uma doença que tivesse cura, mas o doutor mesmo disse que a cada dia que passa ele só vai piorar”. Seu diagnóstico é F20.5 (esquizofrenia residual). Seu genitor é o seu curador, responsável pelo recebimento dos benefícios do PVC e BPC, dos quais repassa 70%

para instituição para custear sua estada no equipamento residencial terapêutico, “esse recurso é uma ajuda substancial porque já pensou como esse dinheiro serve para ele ficar no Instituto, se não tivesse esse dinheiro onde ele ia ficar? Com o restante do dinheiro eu trago roupa, remédio, lanche e mando lavar as roupas dele”, diz o genitor.

3.2 – Compreendendo o significado do Programa e as vivências dos beneficiários, familiares e equipe de saúde mental

Todos os cinco beneficiários inseridos no Programa “De Volta Para Casa” são oriundos da antiga Casa de Saúde São Gerardo, um hospital privado, conveniado ao SUS, o qual tinha em sua estrutura 174 leitos para internação integral. Destes, aproximadamente 30 eram ocupados por pacientes que moravam no Hospital. Em 2001, a instituição inaugurou um equipamento residencial terapêutico para onde foram 12 moradores que ficavam internados na ala particular. Desta forma, as famílias custeiam a permanência de seus parentes neste equipamento.

Segundo relato da equipe técnica, foi feito um trabalho para re-estabelecer os vínculos familiares destes pacientes moradores, porém uma parcela significativa não possuía mais nenhuma referência familiar, nem mesmo sabia informar onde residiam suas famílias. Outro elemento dificultador era a falta de documentação dos pacientes. Com tanto tempo de internação, não possuíam nenhum documento de identificação, nem de referência familiar. Mesmo assim, a equipe conseguiu estabelecer contato com algumas famílias que moravam no interior e região metropolitana e com um trabalho de muito esforço e articulação com os serviços extra-hospitalares dos municípios, foram aos poucos conseguindo que sete dos moradores voltassem para casa. Dentre estes sete, estão dois dos beneficiários aqui estudados, os quais foram também encaminhados para serem acompanhados pelo CAPS.

O que fazer, porém, com os moradores atendidos pelo Sistema Único de Saúde que não tinha referência familiar?

Nós construímos outro equipamento residencial terapêutico e disponibilizamos vagas sociais para esses pacientes. Os que recebem o benefício de prestação continuada repassava uma ajuda de custo no valor de 70% do benefício, mas os da vaga social não pagavam nada, isso durou até que a prefeitura abrisse a residência terapêutica pública e pudemos encaminhar os antigos moradores da Casa de Saúde São Gerardo para lá (Profissional de nível superior).

Com a abertura da Residência Terapêutica Pública e de acordo com a fala da equipe do antigo hospital, alguns pacientes foram transferidos, já que aquele equipamento se destina a atender, no máximo, oito pessoas que não tenham referência familiar, portanto ficaram ainda cinco sob a responsabilidade da instituição, dentre os quais estão os outros três beneficiários do PVC: dois continuam morando no equipamento residencial terapêutico e uma a equipe conseguiu estabelecer contato com uma amiga que a recebeu para morar em sua casa.

Desde que eu vim para Fortaleza, assumir a direção do hospital, a minha intenção era fechar o hospital, mas tinha que ser um projeto bem pensado. Para onde iria os pacientes quando estivessem em crise? O que faríamos com os moradores? Então fomos estudar. Viajamos para ver os projetos de reforma psiquiátrica e chegamos até Sevilha, na Espanha. Inspiramo-nos no projeto de Sevilha que migrou seus leitos psiquiátricos para o hospital clínico. Então quando voltamos dessa viagem resolvemos fechar o hospital. Visitei todos os hospitais clínicos desta cidade e conseguimos que o hospital Batista aceitasse abrir leitos psiquiátricos daí tomamos a decisão: fechamos a Casa de Saúde São Gerardo em meados de 2007(Profissional de nível superior).

Podemos concluir que o fechamento de um hospital psiquiátrico revelou a necessidade de o Município investir na construção de uma residência terapêutica, bem como iniciar efetivamente a implantação do Programa “De Volta Para Casa” em Fortaleza, pois, para ter acesso ao benefício, os moradores do hospital psiquiátrico teriam que sair desta condição. Cabe agora compreender como está sendo realizado o acompanhamento a esses beneficiários, qual projeto de reabilitação está sendo desenvolvido pelas equipes nos serviços e como os beneficiários e suas famílias compreendem este Programa, bem como o impacto dele em suas vidas.

Para análise do impacto do Programa “De Volta Para Casa” sob a óptica dos agentes envolvidos, nos utilizaremos do referencial teórico de Ana Pitta e Benedetto Saraceno, os quais problematizam a reabilitação psicossocial, eixo central do programa em discussão.

A cidadania do paciente psiquiátrico não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, e é dentro de tal construção (afetiva, material, relacional, produtiva) que se encontra a única Reabilitação possível (Saraceno, 2001, p. 18).

Na reabilitação psicossocial, o termo contratualidade assume grande importância e possibilita ao usuário a construção e/ou reconstrução da sua forma de viver por meio de três eixos: habitar, rede social e trabalho. Quanto ao habitar, não se trata somente de ter uma casa, mas de oferecer aos usuários um lugar para estar, de apropriar-se do lugar onde vive, de estabelecer trocas sociais, de construir redes sociais com interações com a comunidade (Saraceno, 2001).

Com relação ao trabalho, o autor em estudo compreende como a possibilidade de produção, troca e valores, concebido não como simples resposta à necessidade, mas como espaço de produção de sentido, de articulação do campo dos interesses, das necessidades, dos desejos, “o lugar real do trabalho na organização de assistência à doença mental, é bastante precário”

Discutir esses três eixos - “habitar”, “rede social” e “trabalho” - como estratégia de reabilitação nos serviços de saúde mental, requer que a equipe terapêutica compreenda as contradições sociais presentes na sociedade atual para que o trabalho desenvolvido não seja dissociado das necessidades dos usuários destes serviços. No caso específico dos beneficiários do Programa “De Volta Para Casa”, é necessário fazer uma análise de suas histórias de vida, da relação com seus familiares, das possibilidades de convívio social e de reconstituição dos espaços de trocas sociais. Afinal, qual o significado deste programa e da reabilitação psicossocial para os usuários e seus familiares?

É o do Lula é? Esse dinheiro é o Lula que dá. Eu estou achando bom, se não fosse esse ordenado que eu estou recebendo eu não estava aqui em Fortaleza não. É pouquinho, mas serve. Ele é muito pouco, só dá para

fazer uma feirinha pequena. Eu até tenho vontade de trabalhar, mas eu não posso mais, não agüento mais. Se eu andar demais já fico cansado, passo o dia abrindo a boca (Beneficiário 1).

É um programa que veio para ajudar aos pacientes e a família porque há uma despesa muito grande e serve de ajuda a instituição. É ajuda financeira, do que eu recebo eu repasso 70% para o Instituto e os outros 30% eu uso para despesa, para remédio, para um lanche que eu trago. É um programa muito interessante e de muita valia para nós pais e os pacientes e para instituição também (Familiar do beneficiário 5).

Com relação a dois dos nossos pacientes eu acho que o programa não teve efeito direto por que eles são pacientes crônicos, com esquizofrenias graves refratárias, uso de anti-psicóticos atípicos, são casos que geralmente as famílias não conseguem ficar com eles em casa e é por isso que eles não foram para casa. Então eu não vejo que diretamente ao paciente o programa não tenha feito algum efeito para o paciente porque eu acho que ele nem se dá conta disso, ele nem tem autonomia para cuidar para entender isso. Na verdade, é uma ajuda financeira indireta para a família custear o tratamento dos pacientes (Profissional de nível superior).

Assim, o entendimento do Programa pode estar reduzido a simples transferência de renda mediante o pagamento do auxílio reabilitação psicossocial, porém, para entendermos o Programa “De Volta para Casa” como proposta inserida na política pública de Saúde Mental, como um projeto que pretende viabilizar a retomada da cidadania e não como uma forma de pagamento de dívida ou como uma política compensatória, se faz necessário demarcar que toda a ação pública ou privada, que não objetive a superação da dependência e o “empoderamento” dos sujeitos sobre suas existências, contribuirá para a continuidade de um tipo de assistencialismo que busca, simplesmente, atenuar os efeitos do processo estrutural de exclusão socioeconômica, política e cultural.

A gerência do benefício é feita pela família, inclusive o beneficiário 2 não tem a mínima condição de gerir esse benefício, inclusive está sem receber o benefício porque teve que assinar umas documentações, mas como ele foi cronicando e a coordenação motora foi sendo mais prejudicada hoje ele não consegue mais assinar como na identidade dele (Profissional de nível superior do CAPS).

Se esse programa acabasse eu acho que o maior prejudicado seria o hospital, quer dizer o Instituto porque perderia essa fonte de renda e ele também porque perderia esse dinheirinho do lanche (Familiar do beneficiário 4).

Se usuários e familiares compreendem o Programa somente como o pagamento de um benefício para fazer uma pequena feira, comprar um lanche ou para continuar pagando para que permaneça em espaço institucional, mesmo sendo uma residência terapêutica privada, é necessário ter o cuidado para que não se criem formas de institucionalização psiquiátrica: aquele que só vai ao CAPS, que só vai ao hospital-dia e que só permanece na residência terapêutica. Ainda com relação ao significado deste Programa para seus usuários, a relação casa/moradia aparece constantemente em suas falas.

É para eu não morar mais no hospital, mas se o benefício acabar daqui há dois anos para onde eu vou? Eu não tenho mãe, não tenho pai, o meu marido me largou dentro dos hospitais, e tenho as minhas três filhas que moram com ele, mas elas também são mental. Depois que avó delas morreu, há quatro anos, acabaram todos os sonhos delas, elas deixaram de estudar. Esse programa é a única saída que eu tenho, eu não tenho outra saída não. Só fico preocupada quando o dinheiro acabar. Eu estou morando lá na casa da minha amiga, mas eu tenho é que correr atrás de uma casa no mutirão e esse benefício ser certo, para sempre (Beneficiária 3).

Este depoimento revela a situação de vulnerabilidade em que se encontra um dos beneficiários do Programa, o desejo de ter sua casa e compreensão do recebimento do auxílio reabilitação psicossocial como alternativa para sua vida. O fato de estar morando com a amiga e o desejo de habitar sua própria casa, expresso na fala do beneficiário acima, constitui um dos elementos fundamentais que devem ser problematizados nos processos de reabilitação, principalmente quando o Programa específico em discussão que traz em seu nome “a volta para casa”. Para Saraceno (2001), a capacidade contratual do indivíduo é representada pelo quanto o próprio “estar” em algum lugar deve se tornar um “habitar” esse lugar.

O estar tem a ver com uma escassa ou nula propriedade (não só material) do espaço por parte do indivíduo, com uma anomia e anonimato do espaço em relação àquele indivíduo que no dito espaço não tem poder decisional, nem material, nem simbólico. O habitar tem sempre um grau mais evoluído de “propriedade” (mas não somente material) do espaço no qual se vive, um grau de contratualidade elevado em relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos, à sua divisão afetiva com os outros (Saraceno, 2001, p. 114)

Portanto, as equipes dos serviços de saúde mental têm papel fundamental na constituição de novas possibilidades de vida para essas pessoas. Na perspectiva de proporcionar um cuidado ampliado, a reinserção destes beneficiários deveria ser instrumento cotidiano de trabalho da equipe como forma de possibilitar que eles tenham a oportunidade de estabelecer trocas sociais. Para isso, observamos o trabalho destas equipes e verificamos que há uma dificuldade de compreensão sobre o Programa e uma prática generalizada, contingente, pontual e distanciada dos projetos de vida dos usuários dos serviços de Saúde Mental. É o que podemos observar também nas evoluções prescritas nos prontuários de cada um deles¹⁴.

Beneficiário 1

Categoria	Evolução
Profissional	
Terapia Ocupacional	Participa do grupo de atividade terapêutica ocupacional.
Terapia Ocupacional	Participa do grupo de atividade terapêutica ocupacional.
Terapia Ocupacional	Participa do grupo de atividade terapêutica ocupacional.
Psicologia	Usuário participa do grupo realizando as atividades. Tema do trabalho: drogas.
Terapia Ocupacional	Participa do grupo de atividade terapêutica ocupacional.
Psicologia	Usuário participa do grupo realizando as atividades. Tema do trabalho: relações afetivas.
Psicologia	Não compareceu ao grupo de psicoterapia.

¹⁴ Necessário é enfatizar que transcrevemos as evoluções do período de um mês, constante nos prontuários de todos os usuários, com a devida autorização da equipe técnica.

Beneficiário 2

Categoria Profissional	Evolução
Terapia Ocupacional	Participou da oficina terapêutica ocupacional adequadamente.
Terapia Ocupacional	Participou da oficina terapêutica ocupacional adequadamente.
Terapia Ocupacional	Participou da oficina terapêutica ocupacional adequadamente.
Terapia Ocupacional	Participou da oficina terapêutica ocupacional adequadamente.
Terapia Ocupacional	Participou da oficina terapêutica ocupacional adequadamente.
Terapia Ocupacional	Participou da oficina terapêutica ocupacional adequadamente.

O que, porém, significa: “participa do grupo de atividade terapêutica ocupacional”, ou ainda, “participou da oficina terapêutica ocupacional adequadamente”? Os outros profissionais da equipe sabem qual o objetivo destes grupos? Durante um mês, o grupo tem sempre o mesmo objetivo ou muda semanalmente? Neste grupo, quais os usuários participam, qual a demanda deles, qual o projeto terapêutico deles? O que é participar adequadamente destes grupos? Qual o sentido destes grupos para os beneficiários do Programa em estudo? Qual o sentido da reabilitação psicossocial nesses grupos?

Somente pelo prontuário não é possível responder a esses questionamentos, mas, para compreender melhor que tipo de atendimento está sendo destinado aos beneficiários do PVC, entrevistamos os profissionais que prescreveram nos prontuários e eles nos revelaram:

Não. Para lhe falar a verdade eu nem sabia desse programa e que eles recebiam esse benefício, para ser muito sincera eu estou sabendo que eles são beneficiários agora pela sua boca, nesse exato momento. Eles nunca falaram nada no grupo, nunca falaram. Teve uma vez que a Assistente Social falou desse programa, mas dizer que eles eram beneficiários, de como é esse programa nunca ninguém me falou não (Profissional de nível superior).

Ainda de acordo com os profissionais, no CAPS, existem três tipos de grupo: as dinâmicas de grupos, as oficinas terapêuticas e as oficinas produtivas. Na dinâmica grupo participam aproximadamente 15 pessoas, entre mulheres e homens, psicóticos, onde o trabalho central é em torno da autoestima, dos valores e das atividades da vida diária(AVD). Esse grupo é realizado toda sexta-feira e tem público fixo, constituído pelos paciente intensivos do serviço. Já a oficina terapêutica acontece às terças-feiras. Trata-se de um grupo aberto, onde “eles constroem, é um fazer terapêutico valorizando a criação deles, sem fins de venda, trabalha a questão da atenção e da coordenação motora”. Quanto à oficina produtiva, “essa tem mais um objetivo de ofício mesmo, o que eles fazem é para expor, vender. São produtos feitos de material reciclável, com jornal, pintura em tela”. Segundo relato dos profissionais, os beneficiários do PVC participam de todos os grupos, no entanto,

Eu sei mais sobre a residência terapêutica, mas desse programa aí eu não sei não. Não conheço não. Porque aqui existe um profissional de referência, mas eu não sou referência deles especificamente. É assim cada um tem a sua referência, e eu não interajo muito com eles. Para falar pra ti como eles estão na família, com relação ao benefício deles eu não posso porque eu não faço parte da referência, minha referência são outros pacientes, está entendendo? Aí, os meus pacientes não tem benefício, aí eu não posso assim lhe falar mais nada (Profissional de nível superior).

De acordo com este relato, as atividades realizadas pelos beneficiários podem estar completamente dissociadas de suas vontades e necessidades, já que a profissional menciona que não interage muito com eles, não sabe da existência, muito menos da proposta do Programa. Então, o que fazem esses beneficiários no serviço de Saúde Mental todos os dias? “Eu venho três vezes por semana, só de tarde, eu faço bijuteria e tapete, é melhor do que ficar em casa olhando o tempo passar”, diz o beneficiário 1. Logo, ficam eles entretidos?

Entretido, no sentido de posto de dentro de um sistema de tratamentos que são administrados com um grau notável de casualidade, de falta de previsões, de ausência de avaliações, “à espera de”... E quando a espera é premiada com a melhora, essa será “prova” de eficácia do tratamento (Saraceno, 2001, p.17).

É exatamente o que podemos observar na fala seguinte:

O beneficiário 2 já melhorou bastante na comunicação e isso não foi em decorrência só do programa, mas da vinda dele diariamente ao serviço, dele está interagindo com os profissionais e com outros pacientes. Então a gente vem observando constantemente e vendo o quanto ele melhorou, o quanto ele já desenvolve alguma atividade apesar da coordenação motora prejudicada. A fala dele é prejudicada, é como se a língua estivesse enrolada, mas você consegue entender o que ele está falando e ele consegue responder a perguntas bem formuladas (Profissional de nível superior).

Para Saraceno(2001), se de um serviço se estabelecem as oportunidades em medida limitada e de uma vez por todas, o resultado será uma progressiva cegueira daquela parte do serviço em relação às atribuições que ele não possui. Trata-se de uma cegueira de profissionais que, diante de rotinas de trabalho pré-estabelecidas, fechadas, as quais os usuários devem se adaptar, não percebem as possibilidades de reabilitação que possam surgir nos serviços e fora deles. Portanto, ainda com relação às evoluções nos prontuários dos outros três beneficiários, vejamos:

Beneficiário 3

Categoria Profissional	Evolução
Enfermagem	Participou da simulação das eleições, orientada, em observação da equipe.
Psicologia	Encontra-se com quadro estável, discurso empobrecido, coerente, sem queixa.
Serviço Social	Cliente compareceu ao serviço apresentando-se, calma, orientada, cooperativa, sem queixa, segue aos cuidados da equipe
Terapia Ocupacional	Cliente compareceu ao serviço onde participou inicialmente do grupo de acolhimento, relatando que em casa lavou a roupa, arrumou a casa e assistiu a missa na TV. Mostra-se calma e cooperativa.
Psiquiatria	Escrita incompreensível
Enfermagem	Orientada, segue sem alterações sob os cuidados da equipe
Serviço Social	Cliente compareceu ao serviço apresentando-se, calma, orientada, discurso empobrecido, permanece residindo na casa da amiga, sem queixas.
Enfermagem	Cliente segue sem alterações sob os cuidados da equipe.

Categoria Profissional	Evolução
Terapia Ocupacional	Cliente compareceu ao serviço onde participou inicialmente do grupo de acolhimento, relatando ter passado o sábado na companhia das filhas e o domingo permaneceu em casa. Durante o grupo permaneceu calma, orientada e cooperativa.
Psiquiatria	Escrita incompreensível
Enfermagem	Orientada, eutímica, participou das atividades propostas. Em observação da equipe.
Psicologia	Cliente mantém quadro estável, discurso coerente e mais ativa.
Enfermagem	Cliente segue sem alterações sob os cuidados da equipe
Serviço Social	Cliente compareceu ao serviço apresentando-se, orientada, discurso empobrecido, algo ansiosa. Hoje recebeu o benefício do PVC e foi comunicada quanto ao aumento do benefício proposto para novembro/2008. Cliente permanece residindo com uma amiga.
Terapia Ocupacional	Cliente participou do grupo de acolhimento referindo-se ter passado bem durante o final de semana. Mostra-se calma, orientada e cooperativa.
Psiquiatria	Escrita incompreensível
Enfermagem	Apresenta-se eutímica, participando das atividades propostas. Filha ligou para saber notícias. Segue sobre cuidados da equipe.
Psicologia	Encontra-se orientada, discurso incoerente, humor estável
Terapia Ocupacional	Cliente participou do grupo de acolhimento. Segue calma, orientada e cooperativa.
Psiquiatria	Escrita incompreensível
Enfermagem	Realizado atendimento individual, orientada, eutímica. Providenciando consulta odontológica. Segue sem alterações, sob os cuidados da equipe.

Beneficiário 4

Categoria Profissional	Evolução
Serviço Social	Cliente compareceu ao serviço sem alterações, agitado, batendo a porta do banheiro, se molhando, discurso empobrecido, segue aos cuidados da equipe.
Psiquiatria	Escrita incompreensível.
Terapia Ocupacional	Cliente compareceu ao serviço, batendo nas mesas. Segue em processo de desinstitucionalização.
Serviço Social	Cliente compareceu ao serviço apresentando-se inquieto, desorganizado. Reside nos espaço residencial terapêutico. Segue aos cuidados da equipe.
Psiquiatria	Escrita incompreensível.
Enfermagem	Cliente segue sem alterações sob os cuidados da equipe. Em processo de desinstitucionalização.
Serviço Social	Cliente compareceu ao serviço apresentando-se desorganizado, inquieto. Reside nos espaço residencial terapêutico.
Enfermagem	Cliente segue em processo de desinstitucionalização sob os cuidados da equipe.
Psiquiatria	Escrita incompreensível.
Psicologia	Cliente evolui com quadro estável, inquieto, desorganizado, dependente da equipe, humor estável, discurso pouco compreensível.
Terapia Ocupacional	Cliente compareceu ao serviço mostrando-se calmo, desorganizado. Segue em processo de desinstitucionalização.
Serviço Social	Cliente compareceu ao serviço quadro estável, agitado, desorganizado. Segue em processo de desinstitucionalização e aos cuidados da equipe.
Enfermagem	Em processo de desinstitucionalização, inquieto, confuso, em observação da equipe.
Psiquiatria	Escrita incompreensível.
Nutricionista	Cliente com dieta geral rica em vitaminas e sais minerais.
Serviço Social	Cliente compareceu ao serviço apresentando-se desorganizado, inquieto, confuso, reside no espaço residencial terapêutico. Segue aos cuidados da equipe.
Serviço Social	Cliente compareceu ao serviço apresentando-se, agitado, discurso empobrecido, desorganizado. Segue em processo de desinstitucionalização e aos cuidados da equipe.
Psicologia	Cliente encontra-se inquieto, desorganizado, humor sem

Categoria Profissional	Evolução
	alteração, sempre escrevendo a sua maneira.
Serviço Social	Cliente encontra-se inquieto, desorganizado, humor sem alteração, sempre escrevendo a sua maneira.
Terapia Ocupacional	Cliente segue em processo de desinstitucionalização mostrando-se inquieto.
Enfermagem	Cliente segue em processo de desinstitucionalização mostrando-se inquieto.
Psiquiatria	Escrita incompreensível.
Enfermagem	Cliente segue sem alteração sob os cuidados da equipe.

Beneficiário 5

Categoria Profissional	Evolução
Serviço Social	Cliente compareceu ao serviço apresentando-se sem alterações, discurso empobrecido e delirante, parcialmente orientado, andando direto de um lado para o outro. Em processo de desinstitucionalização. Segue aos cuidados da equipe.
Psiquiatria	Escrita incompreensível.
Terapia Ocupacional	Cliente compareceu ao serviço, reservado, desorganizado, com mussitação. Segue em processo de desinstitucionalização.
Enfermagem	Cliente segue sem alterações, sob os cuidados da equipe. Aguardando providências por parte da família para avaliação com gastro.
Serviço Social	Cliente compareceu ao HD, apresenta-se desorganizado, confuso. Segue aos cuidados da equipe.
Psiquiatria	Escrita incompreensível.
Serviço Social	Cliente não responde as solicitações verbais de forma coerente, apresenta-se desorganizado, confuso.
Enfermagem	Institucionalizado, reservado, pouco comunicativo. Em uso de muvilax uma vez por dia. Segue sobre os cuidados da equipe.
Psicologia	Discurso logorréico, pouco compreensivo.
Terapia Ocupacional	Cliente compareceu ao serviço, reservado, pragmático, molhando-se em alguns momentos, desorganizado. Segue aos cuidados da equipe.
Serviço Social	Cliente compareceu ao serviço. Apresentado-se desorganizado,

Categoria Profissional	Evolução
	reservado, tomando banho de roupa. Segue em processo de desinstitucionalização.
Enfermagem	Em processo de desinstitucionalização. Reservado, pouco discurso. Em uso de muvilax 1xdia. Emagrecido.
Psicologia	Cliente evolui inquieto, sempre no sol, solilóquio, desorganizado, dependente da equipe.
Psicologia	Encontra-se com quadro inquieto, desorganizado, humor estável, sempre no sol, ou molhado ou sentado no chão.
Terapia Ocupacional	Cliente compareceu ao serviço, inquieto, desorganizado, apragmático. Segue em processo de desinstitucionalização.
Enfermagem	Institucionalizado, pouco diálogo, sonolento, desorganizado. Em uso de Muvilax. Em observação da equipe.
Psicologia	Encontra-se inquieto, solilóquio, molhando-se com as vestes, às vezes deitando no chão, ficando no sol, desorganizado, dependente da equipe.
Psicologia	Encontra-se com o abdômen distendido, comunicado ao médico assistente. Encaminhado para avaliação clínica. Foi com o genitor ao Frotinha de Antônio Bezerra. Apresenta anemia.

Uma repetição de evoluções com conteúdos empobrecidos e confusos, desorganizados, sem queixa, demonstra que a equipe deveria seguir em processo de desinstitucionalização, pois essas evoluções não nos permitem compreender que processo de desinstitucionalização é esse sobre o qual todos falam, como também quais as ações de reabilitação específicas realizadas junto aos beneficiários. Ao questionarmos sobre essas as atividades realizadas nos serviços, os profissionais nos respondem:

Tem a terapia ocupacional e tem os estagiários que acompanham, tem o projeto terapêutico, mas dentro das possibilidades, nem sempre o projeto que a equipe quer o paciente responde (Profissional de nível superior).

As coisas que eu faço aqui é mais para passar o tempo, para não ficar pensando em besteira, eu já pensei em suicídio, tive crise de choro, eu já sofri muito. Mas tem que ter outra ajuda para eu conseguir me aposentar e meu cantinho para morar. Eu moro na casa dos outros, só tenho mesmo o canto da minha rede, o bom mesmo era se eu tivesse a minha casa (Beneficiário 3).

Esses relatos revelam as contradições no cuidado em Saúde Mental destinado às pessoas inseridas no Programa “De Volta Para Casa”, ao mesmo tempo em que a equipe informa que o usuário está passando por um processo de desinstitucionalização, essa mesma equipe nos diz que o atendimento realizado é diferenciado das necessidades deles. Apesar da diversidade dos diagnósticos e da variedade de referenciais teóricos, os tratamentos utilizados pelos serviços são poucos e, na maioria das vezes, repetitivos, não satisfazendo as necessidades reais dos usuários, e eles próprios reconhecem que as atividades que fazem é para passar o tempo. Como diria Saraceno, é para ficarem entretidos.

A reabilitação graças a seus fins e a seus instrumentos de ação (tudo somado, muito pouco funcional para a lógica médica), constitui um “evidenciador” particularmente iluminado da principal característica da psiquiatria, ou seja, o de ser um “entretenimento” do doente. Entreter significa “ter dentro” e também “passar prazerosamente o tempo” (Saraceno, 2001, p.16).

Assim, o que deve ser buscado não é a simples remoção de sintomas positivos ou negativos, nem comportamentos modelados como calmo ou agitado, condutas cooperativas ou desorganizadas e nem linguagem coerente ou confusa, mas a formulação de projetos de vida que permitam o sujeito se comunicar com a realidade, que ensejam criar espaços reabilitativos para não cairmos numa nova cronicidade, pois apesar da busca pela desconstrução do hospital psiquiátrico, corre-se o risco de incorrer-se em novas formas de exclusão e segregação, por vezes realizadas com base na nova rede de serviços em saúde mental.

Eu acho que o que tem de bom no programa não é nem a ajuda de custo, mas é a possibilidade de desinstitucionalização dos pacientes, porque os nossos que estão aqui eles são manicomial, eles eram do manicômio judiciário e eu ainda acredito que esse vínculo enfraquecido com as famílias é oriundo da permanência em tanto tempo em ambiente fechado, em que a comunicação era restrita, em que os direitos não eram respeitados, em que não eram ouvidos. Mas o que dificulta o trabalho aqui, não sei se pela carência profissional, eu vejo que aqui nós ainda precisamos avançar muito. Talvez pela demanda que superlota o serviço, o trabalho aqui está com o campo restrito, sempre atendemos individualmente ou nos grupos, eu acho que deve ampliar as atividades nas ações externas, de articulação comunitária e social, não ficar só no atendimento dentro do serviço. (Profissional de nível superior).

Em geral, o número de profissionais ou de serviços é reduzido e não dá conta da enorme demanda de trabalho, deixando os profissionais sobrecarregados, muitas vezes atendendo as demandas imediatas, ou seja, “apagando incêndios”, o que dificulta olhar o usuário de uma maneira integral, assim como a necessidade de articulação com as demais políticas públicas.

Não existem, contudo, projetos de reabilitação descontextualizados do conjunto de determinantes compostos pelos lugares nos quais ocorrem as intervenções, pelas organizações dos serviços, pela organização do modelo da política de saúde, pelo financiamento destinado à saúde pública, pelas articulações entre ações de saúde, sociais, territoriais, culturais e políticas, ou seja, não é uma simples passagem da “desabilidade” à habilidade, não é um simples retorno ao que era, não é um mero aprendizado de novos comportamentos, mas a constituição de um modo de vida que permita a participação de sujeitos menos favorecidos em uma sociedade.

A reinserção na família, na comunidade, o tratamento, o respeito aos usuários e a tentativa de que eles consigam desenvolver alguma atividade diária em benefício deles mesmos. Na questão das atividades desenvolvidas dentro do próprio serviço pelas terapeutas ocupacionais e pelos arte-terapeutas e pelos grupos dos demais profissionais. Em relação a reinserção familiar é pelo grupo de familiares que é feito tanto pelo serviço social quanto pela psicologia e sempre demonstrando a importância da convivência familiar, inclusive da melhoria do tratamento desses pacientes, a participação ativa da família (Profissional de nível superior).

A família só começa a participar, de maneira mais sistematizada, das ações de Saúde Mental, no Brasil, na década de 1980, por meio das ações do movimento de trabalhadores de Saúde Mental que acreditavam na importância de uma ação integrada entre trabalhadores, familiares e usuários. Até então, o acesso das famílias aos pacientes dos hospitais psiquiátricos era limitado, visitas restritas, pouco contato com os trabalhadores da área. Isso gerou um afastamento dos familiares, muitas vezes inculcados pelo adoecimento, outras vezes criticados pelo abandono de seus parentes nas instituições psiquiátricas.

Ele vem, vem, vem sempre piorando até que em casa ele não teve mais condições de ficar não. Ele começou a quebrar tudo no quarto dele, rasgava as toalhas da mesa. Era uma vida muito complicada, tanto para nós da família, quanto para ele. Nós começamos a ter medo dele fazer alguma coisa com ele mesmo e com a gente da família. E nós também já estamos velhos, eu já tenho 72 anos, não temos mais condições de ficar com ele, o doutor mesmo disse que ele ia piorar a cada dia. Acho que não dá para ele voltar mais para casa não (Familiar do beneficiário 5) .

Ao se ver sozinha com a responsabilidade de cuidar de seu componente portador de transtorno mental, a família tende a resistir à reinserção deste no ambiente familiar e a cobrar dos serviços especializados o apoio necessário, ao perceber que a desospitalização ou a desinstitucionalização é inevitável. Há também uma questão de fundo, a da inculpação da família, que passa a ser considerada pelos trabalhadores como egoísta e irresponsável ao se negar a cuidar do familiar adoecido.

Consoante Rosa(2000), a sobrecarga familiar ocorre em várias instâncias: a sobrecarga emocional – tem curso pelo fato da convivência com uma pessoa com transtorno mental produzir tensão pela latente possibilidade de mudança de comportamento e pela não-aceitação da doença; a sobrecarga temporal – por exigir maior dedicação em relação aos cuidados; a sobrecarga econômica – mais intensamente após longo período de institucionalização, já que as pessoas com transtorno mental terão maiores dificuldade de acesso à renda em função das sequelas ou discriminação sofridas.

Pelos depoimentos das próprias famílias é como se fosse uma renda que não pode faltar mais na casa, é algo que veio mesmo para ajudar, apesar deles reclamarem do valor, nem tanto os pacientes quem reclama mais são os familiares do valor que é pouco, mas eles reconhecem a necessidade do paciente permanecer recebendo o benefício (Profissional de nível superior).

Quanto ao programa tem que ter um controle, para que as famílias não fiquem com os benefícios e deixe o paciente largado, ou seja, um controle rigoroso disso e segundo é que tem que ter uma continuidade do benefício ao paciente, porque se depois de passar os dois anos ele ficar sem nada vai ser complicado, vai ser um retrocesso (Profissional de nível superior).

Os dois depoimentos revelam duas situações: primeira, compreensão da família de que o benefício é necessário, embora insuficiente, e a segunda, uma desconfiança da equipe quanto ao uso “correto” do benefício. O uso deste auxílio emergiu frequentemente nas falas dos sujeitos desta pesquisa, ora como necessário para manter-se fora do hospital, ora como ajuda para comprar um lanche, porém pouco relacionado à proposta maior de reabilitação. O Auxílio Reabilitação Psicossocial, muitas vezes, está sendo identificado como uma ajuda para satisfação de necessidades imediatas, como, por exemplo, a alimentação, e também para custear a permanência dos usuários em equipamentos psiquiátricos, do tipo residência terapêutica, de acordo com dois dos beneficiários desta pesquisa.

Outra questão evidenciada nas evoluções nos prontuários trata-se da ausência de informações contidas nas prescrições do profissional de Psiquiatria, pois, com a escrita incompreensível, como a equipe compreende e acompanha as informações específicas desta especialidade com relação ao usuário? Afinal, o prontuário também é um meio de comunicação entre os agentes que devem promover a reabilitação. Em nossas conversas com os outros integrantes da equipe, era unânime o não-questionamento junto ao psiquiatra sobre suas evoluções:

Nós temos uma relação muito respeitosa com os médicos, aí a gente vai vendo o que eles prescrevem nas nossas conversas do dia-a-dia, é a partir deles que sabemos o que fazer com o paciente, afinal são eles que dão o diagnóstico (Profissional de nível superior).

Consoante Saraceno(2001), o preavalecimento de um olhar médico pode orientar para um saber sobre o paciente que, na realidade, informa muito pouco sobre suas necessidades, acerca de seus desejos, a respeito de suas necessidades. Então, parece ser aparente, nos serviços em que realizamos esse estudo, o acordo pelo qual se afirma que, para poder fazer reabilitação, é necessário ter em consideração um conjunto de variáveis referentes ao paciente no sentido de seu contexto familiar e social.

Tem muita gente que tem família que apóia, mas eu não tenho ninguém, não tenho pai, não tenho mãe, eu tenho três filhas, mas infelizmente minhas filhas são doente, são mental também. Eu não tenho cabeça não, não tenho cabeça para aprender mais nada não. Não tenho cabeça não. Eu saindo daqui (hospital-dia) eu estou morta (Beneficiária 3).

Com a supervalorização do diagnóstico e o conseqüente “etiquetamento” dos pacientes, as equipes podem ficar limitadas para constituir os processos de reabilitação, já que usuários mais ou menos adoecidos, do ponto de vista da clínica, serão colocados numa ordem de prioridade para reabilitar, e o que observamos nos serviços é que os mais adoecidos, ditos cronificados, são exatamente os que não têm projetos terapêuticos diferenciados e reabilitadores, o que contribui para a permanência vitalícia nos serviços de saúde mental.

3.3 Do hospital a casa: o que mudou na vida dos cinco beneficiários?

Após vários anos de internamento em hospitais psiquiátricos, manicômio judiciário e até mesmo em presídios, sair de uma rotina moldada e controlada por outros requer um grande esforço para formular uma nova maneira de viver e ver o mundo. As equipes dos serviços de atenção à saúde mental devem buscar não correr o risco de remeter a uma visão parcial da reabilitação social, ou seja, não correr o risco de ter uma visão alienada do contexto e necessidades do beneficiário, de forma a não articular todas as complexidades inerentes a esta temática.

Para que esse Programa tenha continuidade e eficácia, é necessário que o trabalho não se restrinja ao atendimento, somente, no espaço institucional, mas que envolva toda a sociedade, para que esta repense seus valores sociais muitas vezes responsáveis pela exclusão social da pessoa com transtorno mental.

O benefício é vitalício, mas acontece que a gente tem que ter em mente não a questão assistencialista e sim a questão da produção da autonomia para a pessoa poder conseguir viver. Se por acaso ela arranja um trabalho com carteira assinada, vai depender da avaliação da equipe para o benefício ser ou não cortado. Esse benefício é uma espécie de prestação de contas do governo por tudo que ele fez com as pessoas com transtorno mental que foram colocadas dentro de asilos, nos manicômios, de hospitais psiquiátricos (Profissional de nível superior).

Embora o Auxílio Reabilitação Psicossocial apresente várias possibilidades de uso para os beneficiários, como o autocuidado, alimentação, vestimentas, é

importante considerar que alguns apresentam determinadas limitações, impostas pela institucionalização, como, por exemplo, o baixo nível de autonomia e dependência para algumas atividades do cotidiano, tanto nos serviços, como nos locais onde estão residindo.

O beneficiário 1 com relação a vida diária ele tem autonomia na questão da mobilidade de ir e vir sozinho, mas ele tem dificuldade de relacionamento com a família e com algumas pessoas do meio em que ele vive (Profissional de nível superior).

O beneficiário 2 não tem autonomia de mobilidade e ele tem dificuldade de entendimento e dificuldade de convivência familiar e social. Agora eu quero deixar bem claro que mesmo tendo essas dificuldades a convivência com os outros pacientes do CAPS ele não tem dificuldades. Não é agressivo, embora a família traga queixa quanto a agressividade em casa. Aqui no CAPS ele nunca demonstrou nenhum ato agressivo, pelo contrário sempre foi muito cooperativo (Profissional de nível superior).

A beneficiária 3 já tem autonomia, já vai pra casa teve esse programa agora da prefeitura da gratuidade do transporte coletivo para pessoas com deficiência. Ela fez o cadastro, nem foi preciso eu ir, ela mesmo foi com uma pessoa da família e se inscreveu no Cadastro Único do Governo Federal, porque para fazer o cadastro da carteirinha do vale transporte tinha que está no Cadastro Único. Ela economizou o dinheiro do benefício, comprou roupa que ela não tinha. Quando ela foi morar na casa da amiga dela, ela quis ir ao centro comprar rede, comprar lençol, toalha. Na verdade, antes ela vivia de doação, quando ela foi pra casa ela não quis nada de doação (Profissional de nível superior).

Ao fazer esses relatos, os profissionais dos serviços nos revelam sua compreensão quanto à reabilitação psicossocial e nos dizem que, para ser possível reabilitar, o usuário teria que pelo menos ter autonomia para gerir a própria vida. A discussão da autonomia é um ponto complexo na visão dos dois autores que nos servem como referencial. Para Saraceno(2001), há uma mistificação da autonomia com objetivo primordial dos programas de reabilitação, fazendo com que ocorra uma hiper seleção dos usuários, ou seja, procura-se inserir aqueles que estão menos comprometidos de acordo com o referencial da clínica psiquiátrica. O autor propõe que eixo norteador da reabilitação não é a autonomia, mas a participação do usuário, de forma a não fazer com que os fracos deixem de ser fracos, mas que os fracos e fortes participem dos processos de trocas permanentes.

O modelo das redes múltiplas de negociação põe no centro das questões não a autonomia, mas a participação, de modo que o objetivo não seja aquele de fazer com que os fracos deixem de ser fracos para poder estar em jogo com os fortes e sim que sejam modificadas as regras do jogo, de maneira que desse participem fracos e fortes, em trocas permanentes de competências e interesses (Saraceno, 2001,p. 113)

Um ponto importante é pensar que a reabilitação psicossocial, por exemplo, seja o problema de tornar aqueles que são fracos em fortes; não é um processo para adaptar, ao jogo dos fortes, os fracos; não se propõe tornar forte o paciente que tem “desabilidade”, mas sim permitir a quem não é forte estar na cena onde eles estão, onde os fortes possam conviver, coexistir, no mesmo cenário que os fracos(Saraceno, 2001).

Nessa perspectiva, o cuidado aos beneficiários do PVC deve ser um instrumento cotidiano de trabalho da equipe de Saúde Mental no sentido de proporcionar aos usuários, mesmo com suas dificuldades, realização das trocas sociais importantes para sua reabilitação.

Já com a beneficiária 3, por exemplo, aí teve um efeito direto (PVC) porque pôde ir para casa de uma amiga que a recebeu e ela paga algum valor para essa família e ela mora lá. Então isso é uma coisa muito boa, isso tem um efeito direto claro, ela tinha uma baixa auto-estima mesmo quando não estava descompensada porque ela não tinha onde morar (Profissional de nível superior).

Diante desta fala, os usuários que conseguem participar dos espaços de trocas sociais, nas redes de negociação, embora com as limitações existentes, geradas pela institucionalização, pelas relações de dependência, pelo estigma, pela falta de suporte familiar, ampliam suas possibilidades de ensejar novas oportunidades para suas vidas e isso deve ser compreendido como um processo significativo no ponto de vista da participação, ou seja, para a beneficiária permanecer morando na casa da amiga elas estabelecem entre si uma relação de troca, esta proporcionada pela existência do Programa “De Volta Para Casa”.

Olha, eu falei com uma antiga colega de trabalho para eu morar com ela porque antes eu passava mais tempo nos hospitais a minha última internação durou 2 anos. É o tipo da coisa, ela só aceita eu morar lá porque eu dou o dinheiro certinho, mas quando acabar como é eu vou ficar? Então eu tenho que ter uma coisa fixa sabe, uma aposentadoria, um benefício certo e um cantinho de mutirão para morar. Você não tem como me ajudar com isso? E uma casa, não tem como eu conseguir não?. A prefeita está anunciando aí que vai fazer um monte de casa e vai dar para os pobres. Não tem como eu conseguir uma dessas não? (Beneficiária 3)

Com relação a essa demanda da usuária, em nossas conversas com a equipe responsável pelo seu tratamento, nos foi informado que essa demanda é recorrente, porém nada tinha sido feito até o momento. Sabemos que no Município há programas habitacionais realizados pela Prefeitura e a beneficiária também tem conhecimento destes pelas propagandas na mídia; mas, por que a equipe, sabendo desta demanda, nunca ouviu ou providenciou algo neste sentido?

Nós achamos que ela não tem condição de morar sozinha não, apesar de ter autonomia, ela ainda tem muitos resquícios da institucionalização. Ela não tem coragem para fazer muita coisa não, pelo menos para trabalhar ela não tem coragem não, já tentamos fazer ela vender cafezinho, mas não deu certo (Profissional de nível superior).

Esse discurso revela que a equipe pode estar considerando prioritariamente a doença no lugar da pessoa, de forma que a intervenção fica restrita a procedimentos técnicos em que os desejos das pessoas não são ouvidos, acolhidos, nem respeitados. Práticas estereotipadas, procedimentos cristalizados, que não têm qualquer relação com as necessidades dos usuários, reforçam a compreensão da fala acima, a qual demonstra um descrédito quanto às necessidades dos beneficiários, bem como um desconhecimento quanto a um projeto específico de reabilitação psicossocial. Na verdade, a reivindicação da beneficiária é pela casa própria, que lhe proporcione um habitat onde ela decida o que e como fazer em sua residência, não necessariamente morar sozinha, como compreendeu integrante da equipe.

A tal maneira de se realizar essas práticas denominamos *preconceito tecnológico*, um preconceito que leva cada profissional a fazer exatamente o que assimilou de um repertório de comportamentos convencionalmente moldado por sua profissão, sem se preocupar de fato com o paciente que está sob seus cuidados. Assim redundaria num *não tratar* tudo o que se fizesse fora deste repertório - o que em muitos casos implica atender o paciente e afastar atitudes profissionais solidamente estabelecidas (Goldberg, 2001, p. 35).

Reabilitação psicossocial é essencialmente uma remoção de barreiras, que impedem a integração de um indivíduo à comunidade, que obstam a comunicação, as trocas sociais e afetivas. Logo, o que mudou na vida da beneficiária 3 foi o fato de ter passado a morar na casa de uma amiga, apesar de seus planos irem além da situação vivenciada atualmente.

Mudou muito porque no hospital psiquiátrico a gente fica sem fazer nada, sem sair, a gente não anda, é muito ruim né? Aqui eu estou livre, só para vir para cá (refere-se ao hospital-dia) eu pego dois ônibus, um daqui para o terminal e outro do terminal para casa, vou e volto. O que mudou também foi eu ter conseguido esse dinheirinho para eu ir para essa casa porque lá eles também são pobres, a casa é bem pobrezinha, não tem caixa de água, é água direto, é uma casa humilde, é bem baixinha, quando o sol está quente uma hora dessas não tem quem agüente ficar dentro. Por isso que eu tenho vontade de ter a minha privacidade, o meu canto. Eu durmo num quatinho com ela, lá ficam as duas redes armadas, a minha e a dela, mas é tão pequena a casa que eu durmo tão encolhida, quase sentada (Beneficiária 3).

É um desafio complexo a reabilitação destas pessoas. Não se trata de ensiná-las a conviver com outras pessoas, ou de adaptação fora do hospital psiquiátrico. Pensar isso seria uma forma muito simplista de refletir este processo que recebe influências sociais, econômicas, políticas e culturais. Há instrumentos úteis, mas dificilmente padronizáveis, à disposição das equipes: a escuta, a afetividade e o experimentar produzem conflitos entre interesses dos usuários, os da família e os da própria equipe, mas pode ser a possibilidade de proporcionar trocas sociais e afetivas entre as pessoas com transtorno mental e os outros.

A conquista da cidadania, pela participação, como eixo prioritário de uma reabilitação psicossocial, não é somente uma escolha ética, mas técnica por meio da constituição de serviços de Saúde Mental de qualidade, onde a equipe possa se

ocupar de todos os usuários e dos projetos terapêuticos essenciais para novos projetos de vida. A fala a seguir nos diz o que a inserção no programa “De Volta Para Casa” mudou na vida dessas pessoas.

Mudou porque eu queria sair de lá, agora eu fico em casa, ajuda na casa e depois venho para o CAPS. Foi Deus quem abençoou porque aí eu pude passear. Tenho a maior vontade de ir para a Praça do Ferreira, mas me disseram que está tudo mudado, aí eu tenho medo de ir e me perder. Se lá no Antônio Bezerra era tudo mato, uma casinha aqui outra lá acolá, e depois que eu sai do hospital é tanta casa que eu nem conheço mais nada (Beneficiário 1).

Ele mudou, ele sofreu com a adaptação para ficar nesse novo sistema, mas a gente ver que é muito melhor. Ele ficava inquieto, ele se sentia um estranho no ninho, mas pouco a pouco ele vai se adaptando ao sistema e se moldando. Nós temos é que agradecer pela doutora ter colocado ele na casa residencial (Familiar do beneficiário 5)

Percebemos que a grande mudança compreendida pelos beneficiários e seus familiares refere-se à mudança do local de tratamento e não a uma mudança de vida das pessoas, uma mudança quanto à realização dos desejos e expectativas dos beneficiários. Se faz necessário promover uma articulação no campo dos interesses, das necessidades, dos desejos.

Meu sonho é comprar uma casinha para mim, porque quando eu estiver mais velho eu sei que não vai ter ninguém para cuidar de mim, então eu mesmo vou cuidando de mim devagarzinho. Morar com os outros não presta não, o cabra não pode trazer ninguém para casa, não pode levar a mulher. Sabe o que eu quero mesmo? Eu não vou mentir não, eu quero mesmo é morar só, arranjar um quartinho, não precisava ter nada, mas se fosse meu, eu já ficava feliz. (Beneficiário 1).

Eu só quero sair daqui se for para minha casa, para o CAPS e com a minha aposentadoria. Meu sonho é esse, eu só queria uma pessoa para realizar esse meu sonho. (Beneficiário 3)

Nesse sentido, valorizar a subjetividades destes beneficiários é permitir a constituição ou recuperação da contratualidade, isto é, da posse de recursos para estabelecer as trocas sociais almejadas. A questão do direito e da participação continua a ser o eixo central da reabilitação, compreendendo que o problema não é só a restituição dos direitos retirados, mas, também, a criação de direitos que nunca existiram, como, por exemplo, o direito à inserção no programa “De Volta Para Casa”

e a garantia de recebimento do benefício, bem como a realização do trabalho de reabilitação psicossocial, objetivo central do Programa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi analisar o impacto do Programa “De Volta Para Casa” sob a óptica dos agentes envolvidos, quais sejam: os beneficiários, suas famílias e a equipe terapêutica dos serviços de saúde mental. Buscamos compreender seus significados e as mudanças que ocorreram nas vidas dos seus beneficiários e de suas famílias. Com suporte nos discursos dos interlocutores, vamos elencar algumas questões relacionadas à inserção dos beneficiários, ao acompanhamento realizado pela equipes de saúde mental de referência e do projeto terapêutico destinado à reabilitação psicossocial.

As considerações aqui apresentadas dizem respeito a um processo de uma realidade específica, não se tratando de algo totalizante, linear e unívoco. Embora os resultados encontrados decorram do grupo específico, acreditamos ser possível contribuir para uma reflexão ampla no que tange às práticas de saúde mental no País e, em particular, no Município de Fortaleza.

Ao buscar retratar quem são, onde e como estão vivendo, quais as suas expectativas, seus desejos, enfim, seus planos de vida, deparamos pessoas entre 50 e 61 anos de idade, com história de adoecimento de, no mínimo, 14 anos, com tempo de altahospitalar variando entre oito meses e dois anos. O tempo mínimo de institucionalização é de 14 anos com um caso de 41 anos de passagem e morada em hospital psiquiátrico, todos com diagnóstico de esquizofrenia e identificados pelas equipes de saúde metal com “crônicos”, e de condições difíceis de passarem por um processo de reabilitação. As famílias de três dos beneficiários concordam com a equipe e relatam não poder cuidar de seus parentes. Já outros dois beneficiários demonstraram vontade de mudar de vida e morar em casa própria.

Quanto à análise dos dados, este estudo revelou a ausência de relatórios de avaliação sobre o acompanhamento específico que deve ser realizados pela equipe de referência e encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde. Na verdade, isto demonstra a ausência do próprio projeto terapêutico de reabilitação psicossocial. Nos serviços, os beneficiários se juntam ao restante dos usuários e são atendidos por meio de atividades rotineiras, pré-estabelecidas e moldadas para o “bom” funcionamento do serviço, como também para o cumprimento da carga horária dos profissionais.

Com este estudo, pudemos perceber que as práticas realizadas nos serviços de saúde mental, mesmo sendo em serviços extra-hospitalares que têm como orientação as diretrizes da reforma psiquiátrica, não há um projeto de reabilitação psicossocial para os beneficiários do Programa. Na verdade, há uma divisão de saberes e práticas que se organizam de forma a engessar o tratamento destinado a estes beneficiários nos serviços de Saúde Mental. As práticas destas equipes não ultrapassam os espaços internos dos serviços, limitando-se a atendimentos individuais, em grupo e farmacológica. O contato com as famílias se dá de maneira esporádica e não se faz uma discussão com os familiares acerca da proposta maior do Programa: a reabilitação e a volta para casa.

A importância dada a este Programa no Município ainda é muito incipiente, poucos profissionais têm o conhecimento de seus objetivos, e, quando nos falamos sobre o Programa, é recorrente reduzi-lo ao pagamento do auxílio reabilitação psicossocial. Observamos também que nem mesmo os relatórios trimestrais de acompanhamento são elaborados e encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde, como recomenda o Programa. Esse distanciamento pode ser compreendido por vários fatores: serviços superlotados com demanda cada vez maior para uma equipe mínima; dissociação entre tratamento psiquiátrico e a contextualização socioeconômica, cultural e política do usuário e suas famílias; e identificação do quadro clínico do usuário como crônico e compreendido pela equipe como difícil de ser reabilitado.

Apesar dos esforços da equipe de saúde em garantir direitos aos usuários, a experiência inicial do Programa evidenciou certa incoerência entre a proposta de reabilitação social e sua execução, pois não há trabalho específico para esse fim.

Dois dos beneficiários que têm referência familiar utilizam o benefício para pagar sua estada em um equipamento residencial terapêutico, onde permanecem com o mesmo quadro de institucionalização, pois passam o dia no hospital-dia e retornam para residência terapêutica, onde não realizam atividade reabilitadora, pois, na verdade, é um local que serve de abrigo para passarem a noite.

Mesmo com relação aos usuários que foram para casa de parentes, estes demonstram enorme vontade de ter espaço próprio para morar, e, apesar de agradecerem pelo acolhimento, não se sentem à vontade nos locais onde estão morando; na verdade, trata-se “da casa dos outros”.

Outro fator observado é que a gerência do benefício é feita por terceiros, ou pelas famílias, ou pela equipe dos serviços, o que sinaliza um limite para os beneficiários que são excluídos dos processos de decisão. Equipe terapêutica e familiares são unânimes em dizer: “é difícil deixar o dinheiro na mão deles porque vão gastar com besteiras, já os mais cronificados nem sabem da existência do benefício”; ou seja, as equipes de saúde não ampliaram o olhar sobre os beneficiários para além de suas incapacidades, sendo excluídos dos processos de tomada de decisão. Concluímos isso pela observação de alguns fatos: a reivindicação pela casa própria que nunca foi ouvida pela equipe; a permanência em grupos terapêuticos com objetivos dissociados dos interesses dos usuários; a suspensão do benefício por questões burocráticas; e a continuidade do quadro psíquico identificado como crônico.

O Município aderir ao Programa, é fato que por si só, não demonstra um avanço quanto à desinstitucionalização, nem a consolidação da reforma psiquiátrica, pois há ainda uma grande demanda de usuários que, para terem acesso a esse Programa, para tanto necessitam ter garantias como, pelo menos, a implantação de residências terapêuticas para que possam sair do hospital. E, mesmo assim, é preciso que gestores e trabalhadores do campo da Saúde Mental deste município realizem um projeto de reabilitação psicossocial, até o momento inexistente.

Quanto ao significado do Programa para os beneficiários, em seus relatos, o Programa também é reduzido ao pagamento do auxílio reabilitação psicossocial, compreendido como ajuda para alimentação, para pagar permanência em residência

terapêutica, para contribuir com o sustento da família; contudo, não podemos deixar de perceber que o dinheiro ampliou o poder de troca de um dos beneficiários e abriu novas possibilidades de relacionamento na vida social de um deles. Quanto aos outros quatro, por outro lado, alguns limites foram expostos, relacionados ao fato de apresentarem comprometimentos de suas condições físicas e psicossociais, decorrentes da institucionalização, o que os tornou vulneráveis, implicando cuidados intensivos e tutela por parte da equipe de saúde e dos familiares.

É inegável a importância do Programa “De Volta para Casa” no contexto da desinstitucionalização, pois, apesar das limitações mencionadas, é uma oportunidade para pessoas saírem dos hospitais psiquiátricos, romperem com a carreira estigmatizante de paciente, além de poderem oferecer oportunidades de convivência social. Para isso é necessário que as equipes debatam e compreendam o real objetivo deste Programa para que não o continuem reduzindo a uma ajuda assistencialista, bem como realizem projetos reabilitadores levando em consideração as especificidades de cada beneficiário, bem como suas necessidades e desejos, buscando restituir aos beneficiários o exercício de sua vontade legítima, conectada à realidade coletiva de sua rede social, sua família, sua comunidade, ou seja, um conduto que leve à reabilitação psicossocial.

Dessa forma, chegamos à conclusão de que o impacto deste Programa na vida de seus beneficiários revela-se na condição de terem se tornado ex-moradores de hospitais psiquiátricos, o que já é um grande passo no caminho da reabilitação, porém verificamos que muitas das práticas destinadas ao atendimento daqueles nos serviços extra-hospitalares podem estar contribuindo para uma nova forma de institucionalização psiquiátrica, em que as pessoas permanecem nos serviços sem saber para que estão ali, ou seja, de forma sutil pode está sendo criado um “novo” asilo. O objetivo maior do Programa, a reabilitação psicossocial, ainda não está sendo executada como prioritário nos serviços de Saúde Mental, uma vez que, para isso, é necessário que se faça a análise crítica das situações concretas de funcionamento destes serviços aliados à sociedade, à Psiquiatria e à organização institucional.

Para que o Programa “De Volta para Casa” alcance seus objetivos, é necessário também pensar a Política de Saúde Mental articulada a outras políticas

públicas, como as de educação, assistência social, cultura, dentre outras, pois a reabilitação não trata de modelar comportamentos das pessoas baseados em terapias individuais ou grupais, mas está inserida na rede complexa das questões sociais vivenciadas por uma determinada sociedade. Desta forma, acreditamos que o desafio prático posto à equipe terapêutica consiste em realizar algumas mudanças nas suas estratégias de ação, de forma que as pessoas possam repensar as relações estabelecidas e as potencialidades dos beneficiários, o que pode permitir a emancipação deles em seu habitar.

Esperamos que os resultados obtidos nesta investigação proporcionem uma reflexão, por parte da sociedade civil, de estudiosos e do Poder Público, acerca da política pública de saúde mental direcionada às pessoas que tiveram suas vidas marcadas pela institucionalização psiquiátrica, e que os relatos dos agentes envolvidos na implantação e inserção do Programa de Volta Para Casa, em Fortaleza, abram novas possibilidades de compreensão e efetivação do Programa neste município e no Brasil.

REFERÊNCIAS

ACIOLY, Y. A. *Reforma Psiquiátrica: com a palavra, os usuários*. Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade da Universidade Estadual do Ceará. Mimeo. Fortaleza, 2006.

AMARANTE, P.D (Org). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMARANTE, P. D. (Org). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

_____. 1996. *O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro.

ASSIS, J. M. M. de. *O Alienista*. 3.ed. São Paulo: FTD, 1999.

BARROS, D. D. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Lemos Editorial, 1994.

BASAGLIA, F. 1985. *A Instituição Negada*. Relato de um Hospital Psiquiátrico. Edições Graal. Rio de Janeiro.

BISNETO, J.A. *Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática*. São Paulo: Cortez, 2007.

BONETTI, D. A.; SILVA, M. V.; SALES, M. A.; GONELLI, V.M.M. (org.). *Serviço social e ética: convite a uma nova práxis*. 3ª. ed. São Paulo: 2000.

BOURDIEU, P. *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação Geral de Documentação e Informação. *Legislação de*

Saúde Mental 1990-2001. 2 ed. Revista e atualizada – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília 11 a 15 de dezembro de 2001*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde?Ministério da Saúde, 213p, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual do Programa “De Volta para Casa”*. Brasília, 2003.

_____. I. Ministério da Saúde. *Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02*. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____, Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000. Dispõe sobre a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. In: *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5. ed. Brasília, 2004a.

_____. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em saúde mental. In: *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p.

_____. *Legislação em Saúde Mental*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde (MS); Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). *Relatório sobre a saúde no mundo*

2001/*Saúde Mental*: Nova Conceção, Nova Esperança. Brasília: MS; OMS e OPAS, 2001.

_____. Ministério da Saúde (MS). *Relatório final da II conferência nacional de saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

Cadernos IPUB nº 2 / Instituto de Psiquiatria da UFRJ. *Organização do trabalho e Saúde Mental*. 4. ed. Rio de Janeiro: 1999.

Cadernos IPUB nº 3 / Instituto de Psiquiatria da UFRJ. *Por uma assistência psiquiátrica em transformação*. 4 ed. Rio de Janeiro: 1999.

CAMPOS, G. W. S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

CANDAU, Vera Maria Ferrão (Org.) *Somos tod@s iguais? Escola, discriminação e educação em direitos humanos*. 1.ed. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2003. 174 p.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1978.

CARNEIRO, C. *Trabalho de mulheres: construindo e reconstruindo identidades*. Franca: UNESP/FHDSS, 1998.

CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. *A Ordem Psiquiátrica: A Idade do Ouro do Alienismo*. Rio de Janeiro: Ed. Graal 1978.

CODO, W.; SAMPAIO, J.J.C e HITOMI, A.H. *Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

COSTA, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. 4 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

_____. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 4.ed. Rio de Janeiro: Editora Xenon, 1984.

DELGADO, P.G.G. *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro:Te-Corá, 1992.

_____. *Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil*(com um apêndice sobre a questão dos cronicados). In: TUNDIS, S. A. e COSTA, N.D. (orgs). *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão do ano de 2006 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza: saúde, qualidade de vida e ética do cuidado*. Fortaleza:SMS, 2007.

FOUCAULT, M. *História da Loucura*. 6.ed. São Paulo: Perspectiva, 1999(a).

_____. *Vigiar e Punir: história da violência nas prisões*. 15.ed. Rio de Janeiro:Vozes, 1996.

_____. *O Poder Psiquiátrico*. 1.ed. São Paulo:Martins Fontes, 2006.

_____. *Microfísica do Poder*. 14.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999(b).

_____. *O Nascimento da Clínica*. 4.ed. Forense Universitária. Rio de Janeiro.

_____. *Problematização do Sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Tradução de Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Manoel Barros da Mota(org.). 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FURTADO, J. P. Responsabilização e tratamento de pacientes cronicados da unidade de reabilitação de moradores do CAPS Estação. In: HARARA, A; VALENTINI, W.(Org.) *A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano*. SP: HUCITEC, 2001.

GALEANO, Eduardo. *O livro dos abraços*. 7 ed. Trad. De Eric Nepomuceno. Porto Alegre: L&PM, 2000.

GEERTZ, C. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

_____. *O Saber Local*. 7.ed. Petrópolis: RJ: Vozes, 2004.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4.ed. São Paulo: LTC, 1998.

_____. *Manicômios, prisões e conventos*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

GOLDBERG, J.I. Reabilitação como processo: o Centro de Atenção Psicossocial. In: PITTA, A(org). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2001.

GUIMARÃES, M.B.L. *Intuição e arte de curar: pensamentos e ação na clínica médica*. Série Estudos em saúde coletiva, n.203. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2000.

HOLANDA, S.B de. *Raízes do Brasil*. 26.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

LIMA, S.C., CARNEIRO, C. & LANDIM, L.P. *Possibilidades e Limites da Reforma Psiquiátrica no setor privado*. Fortaleza: UECE, 2001 (Mímeo).

LIMA, S.C. *Loucura, Desinstitucionalização e Família: análise sobre os cuidados destinados ao portador de transtorno mental*. Fortaleza: UECE, 2002 (Mímeo)

MACHADO, R. *Ciência e Saber: A Trajetória da Arqueologia de Michel Foucault*. 2.ed. Edições Graal. Rio de Janeiro, 1988.

MÂNGIA, E. F; ROSA, C. A. Desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos. *Revista de Terapia Ocupacional*. São Paulo, v.13, n.2, p. 71-77, maio/ago., 2002.

MARTINELLI, M. L. *O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social: um instigante desafio*. 2ª. Ed. PUCSP – NEPI. Maio, 1994.

MELMAM, J. *Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras Editora, 2001.

OLIVEIRA, F. B. de. *Construindo Saberes e Práticas em Saúde Mental*. João Pessoa: UFPB/ Editora Universitária, 2002.

OLIVEIRA, R.C. *O Trabalho do Antropólogo*. Brasília: Paralelo15. SP: Ed. UNESP, 1998.

PEREIRA,V.P. & BORESTERN, M.S. *Iluminando as vivências de mulheres portadoras de transtornos psíquicos e moradoras de uma residência terapêutica*. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 13, n.4, 2004.

PITTA, A(org). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2001.

RESENDE, H. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A. e COSTA, N.D. (orgs). *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

ROSA, L.C.S. As condições da família brasileira de baixa renda no provimento de cuidados com o portador de transtorno mental. In: VASCONCELOS, E.M. (org). *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 2001

ROTELLI, F. e AMARANTE, P. Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA Jr, B. e AMARANTE, P. (org). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

ROTELLI, F., LEONARDIS. O. de & MAURI, D. *Desinstitucionalização*. 2.ed, São Paulo: Hucitec, 2001.

SAMPAIO, J.J,C ; RUIZ, E. M. *Políticas sociais e de saúde mental: resgate da cidadania*. Humanidades e Ciências Sociais, Fortaleza,, v. 1, n. 2, p. 25-31, 1999.

SAMPAIO, J.J.C. *Epidemiologia da Imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SAMPAIO, J.J.C. – *Hospital Psiquiátrico Público no Brasil: A sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, 200p., 1996.

SAMPAIO, J.J.C. . Saúde Mental. In: ROUQUAYROL, MARIA ZELIA. (Org.). *Epidemiologia & Saúde*. 4.ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica Ltda., 1994.

SAMPAIO, J.J.C. e BARROSO, C.M.C. Centros de Atenção psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no Ceará. In *Saúde & Loucura: saúde mental e saúde da família*, nº 7. São Paulo: Hucitec, 1999.

SARACENO. B. *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial a cidadania possível*. 2.ed. Belo Horizonte/ Rio de Janeiro: TeCorá editora/ Instituto Franco Baságlia,2001.

SUCUPIRA, A.C.S.L. *Relações médico-paciente nas instituições de saúde brasileiras*. São Paulo, USP, 1981. (Mimeo)

TENÓRIO, F. *A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos*.Rio de Janeiro: IPUB-UFRJ, 1999.

VASCONCELOS, E. M. *Contribuição à Avaliação da Estratégia de Integração do Panorama de Saúde Mental no SUS no Brasil Recente*. In *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 41(6): 283-286. Rio de Janeiro, 1992.

_____. *Avaliação de Serviços no Contexto da Desinstitucionalização psiquiátrica: revisão de metodologias e estratégias de pesquisa*. in *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 44(4): 189-197. Rio de Janeiro, 1995.

_____. Dispositivos Residenciais em saúde mental, um campo aberto para os trabalhadores sociais: revisão de estratégias, tipologia e principais desafios políticos, teóricos e práticos. In: VASCONCELOS, E.M. (org). *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 2001.

APÊDICES

APÊNDICE 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada O PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA EM FORTALEZA: O QUE MUDOU NA VIDA DE SEUS BENEFICIÁRIOS. Com a mesma pretendemos analisar o impacto do Programa de Volta Para Casa sob a ótica dos atores envolvidos, os beneficiários, suas famílias e a equipe de saúde mental. Assim, gostaríamos de contar com a sua participação.

Informamos que você pode desistir de participar da mesma no momento em que decidir, sem que isso lhe acarrete qualquer constrangimento e que seu nome e/ou de pessoas que você venha a citar não serão revelados no texto a ser elaborado por esse estudo, bem como nenhuma outra forma de identificação.

Se necessário, poderá entrar em contato com a responsável pela pesquisa (Sandra Costa Lima) através do seguinte contato telefônico: 9615.5883

Sandra Costa Lima

.....

Eu, _____, portador do RG _____ abaixo qualificado, fui devidamente esclarecido sobre a pesquisa acima citada. Declaro, que após ter entendido o que me foi explicado detalhadamente, pela pesquisadora, e ciente de que em qualquer momento posso pedir novos esclarecimentos, bem como retirar o meu consentimento. Estou ciente que por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não terei direito a nenhuma remuneração e/ou indenização. Diante do exposto, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa.

Fortaleza, ___/___/____. _____

Assinatura do entrevistado.

APÊNDICE - 2

Questionário para construção do Perfil sócio-econômico e psicológico-psiquiátrico dos beneficiários do Programa De Volta Para Casa.

1. Idade:

- 1.1 Menos de 15 anos
- 1.2. 15-20 anos
- 1.3. 20-30 anos
- 1.4. 31-40 anos
- 1.5. 41-50 anos
- 1.6. 51-60 anos
- 1.7. 61-70 anos
- 1.8. 71 anos ou mais.
- 1.9. Sem informações

2. Sexo:

- 2.1. Masculino
- 2.2. Feminino
- 2.3. Sem informações

3. Etnia

- 3.1. Branco
- 3.2. Pardo
- 3.3. Negro
- 3.4. Sem informações

4. Naturalidade

- 4.1. Ceará (capital)
- 4.2. Ceará (Interior)
- 4.3. Região Norte do país
- 4.4. Região Nordeste do país (exceto Ceará).
- 4.5. Região Centro – Oeste do país.
- 4.6. Região Sul do país
- 4.7. Região Sudeste do país
- 4.8. Sem informação.

5. Religião:

- 5.1. Católica
- 5.2. Protestante (Assembléia de Deus, Testemunha de Jeová, Batista, etc.)
- 5.3. Judaica
- 5.4. Umbandista
- 5.5. Outro: Especificar
- 5.6. Sem informações

6. Escolaridade:

- 6.1. Sem alfabetização.
- 6.2. Ensino Fundamental
- 6.3. Ensino Médio
- 6.4. Ensino Superior
- 6.5. Pós – Graduação
- 6.6. Sem informação

7. Situação Trabalhista:

- 7.1. Formal (CLT)
- 7.2. Formal (Servidor Público)
- 7.3. Informal
- 7.4. Outros (Especificar)
- 7.5. Sem informações

8. Ocupação:

- 8.1. Trabalhadores de profissões científicas, técnicas, artísticas e trabalhadores assemelhados.
- 8.2. Membros dos Poderes Legislativo, Executivo, Judiciário, funcionários públicos superiores, diretores de empresas e trabalhadores assemelhados.
- 8.3. Trabalhadores de serviços administrativos e trabalhadores assemelhados.
- 8.4. Trabalhadores de comércio e assemelhados.
- 8.5. Trabalhadores de serviços de turismo, hospitalidade, serventia, higiene e beleza, segurança e trabalhadores assemelhados.
- 8.6. Trabalhadores agropecuários, florestais, da pesca e assemelhados.
- 8.7. Trabalhadores da produção industrial, operadores de máquinas, condutores de veículos e assemelhados.
- 8.8. Desempregados
- 8.9. Aposentados
- 8.10. Pensionista
- 8.11. Sem informação

9. Renda Familiar:

- 9.1. Sem renda
- 9.2. Menos de 1(um) salário mínimo.
- 9.3. 1(um) salário mínimo
- 9.4. 2(dois) a 5(cinco) salários mínimo.
- 9.5. Mais de 5(cinco) salários mínimo
- 9.6. Sem informação

10. Provedor da família:

- 10.1. Pai
- 10.2. Mãe
- 10.3. Próprio usuário do CAPS.
- 10.4. Irmãos
- 10.5. Sem informação:
- 10.6. Outro: Especificar: _____

Atendimento Psiquiátrico.

11. Idade quando teve início o transtorno mental.

- 11.1. Até 5 anos.
- 11.2. 5 – 10 anos.
- 11.3. 11 – 15 anos.
- 11.4. 16 – 20 anos.
- 11.5. 21 – 25 anos.
- 11.6. 26 – 30 anos.
- 11.7. 31 – 35 anos.
- 11.8. 36 – 40 anos.
- 11.9. Mais de 40 anos.
- 11.10. Sem Informação

12. Período em tratamento psiquiátrico.

- 12.1. Menos de 1(um) ano.
- 12.2. 1 – 3 anos.
- 12.3. 4 – 7 anos.
- 12.4. 8 – 10 anos.
- 12.5. 10 – 15 anos.
- 12.6. 16 – 20 anos.
- 12.7. Mais de 20 anos.
- 12.8. Sem informação

13. Formas de atendimento.

- 13.1 Consultas ambulatoriais
- 13.2 Internações Psiquiátricas
- 13.3 atendimentos no CAPS
- 13.4 Atendimento em Hospital Dia
- 13.5 Sem informação.

14. Número de Internações Psiquiátricas

- 14.1. Uma
- 14.2. 2 (duas) à 5 (cinco)
- 14.2. 6 (seis) à 10 (dez)
- 14.3 Mais de 10 (dez)
- 14.4. Sem informação

15. Diagnóstico atual de acordo com a Classificação Internacional das Doenças – CID-10.

- 15.1. F00 – F09 (Transtorno Mentais Orgânicos, incluindo sintomático)
- 15.2. F10 – F19 (Transtorno Mentais e de comportamento devido ao uso de substância psicoativa).
- 15.3. F20 – F29 (Esquizofrenia, Transtornos esquizotípico e delirantes)
- 15.4. F30 – F39 (Transtorno do Humor – afetivo).
- 15.5. F40 – F48 (Transtornos Neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes)
- 15.6. F50 – F59 (Síndromes comportamentais associadas a distúrbios fisiológicos e a fatores físicos)
- 15.7. F60 – F69 (Transtorno da personalidade e de comportamentos em adultos).

15.8. F70 – F79 (Retardo Mental)

15.9. F80 – F89 (Transtorno do desenvolvimento psicológico)

15.10. F90 – F98 (Transtornos emocionais e de comportamento com início habitualmente ocorrendo na infância ou adolescência)

15.11. F99 – Transtorno Mental não especificado.

15.12. Sem informação.

16. Data de inserção no PVC?

Dia/Mês/Ano: _____

APÊNDICE - 3

Instrumental para Entrevista junto aos beneficiários do PVC e suas famílias.

Questões norteadoras:

1. Você poderia nos falar o que entende sobre o Programa de Volta Para Casa?
2. Como você teve acesso a esse programa?
3. O que significa participar desse programa?
4. Poderia descrever como é o seu dia-a-dia?
5. Que tipo de acompanhamento psiquiátrico realiza? Poderia nos falar como é o seu tratamento nos serviços em que é atendido?
6. Algo mudou em sua vida após sua inserção neste programa?
7. O que você gosta de fazer?
8. Quais são seus sonhos, desejos? O que você acha que é preciso fazer para concretizá-los?
9. Deseja falar algo mais?

APÊNDICE 4

Instrumental de Entrevista para os Gestores e trabalhadores da Política de Saúde Mental .

1. Há quanto tempo trabalha na área da saúde mental? Como foi sua inserção nesta área?
2. Qual a sua carga Horária semanal destinada ao trabalho no serviço de saúde mental?
3. Exerce a profissão em outro local? () Sim () Não. Se Sim, especificar onde, há quanto tempo, carga horária e remuneração.
4. Realizou(a) cursos de capacitação em saúde mental. () Sim () Não. Se Sim, especifique, qual o curso, instituição responsável e carga horária
5. Atualmente faz parte de algum movimento social? () Sim () Não. Qual(is)? Há quanto tempo?
6. Poderia nos falar como ocorreu a implantação do PVC em Fortaleza?
7. Relate qual a sua compreensão sobre o Programa De Volta Para Casa.
8. Qual a demanda do município para este programa?
9. Quais as facilidades e dificuldades para inserção das pessoas neste programa?
10. Poderia relatar como está o desenvolvimento deste programa em Fortaleza?
11. Poderia nos falar como se dá o acompanhamento realizado aos beneficiários deste programa?
12. Como você compreende o impacto deste programa na vida dos beneficiários?

ANEXOS

ANEXO – 1

Manual do Programa “De Volta Para Casa”

© Ministério da Saúde - 2003

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Coordenação Geral de Saúde Mental
Telefone/FAX: 61- 315 2313
Endereço eletrônico:
devoltaparacasa@saude.gov.br e saudemental@saude.gov.br

Brasil. Ministério da Saúde. Manual do
Programa “De Volta Para Casa”. Brasília,
dezembro de 2003.

INTRODUÇÃO

O Programa “De Volta Para Casa”, criado pelo Ministério da Saúde, é um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, segundo critérios definidos na Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial.

Esta estratégia vem ao encontro de recomendações da OPAS e OMS para a área de saúde mental com vistas a reverter gradativamente um modelo de atenção centrado na referência à internação em hospitais especializados por um modelo de atenção de base comunitária, consolidado em serviços territoriais e de atenção diária.

Estima-se em cerca de 15.000 usuários do SUS, a população que deve ser beneficiária do auxílio financeiro de que trata este programa, sendo favorecida sua reinserção no meio social mais amplo, desde que atendidos os requisitos necessários para recebimento deste auxílio.

Este Programa atende ao disposto na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, a qual, mais especificamente em seu artigo 5º, determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida”.

O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

Os documentos que regulamentam o Programa de Volta para Casa são:

a) Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.

b) Portaria nº 2077/GM, de 31 de outubro de 2003.

O benefício consiste no pagamento mensal de auxílio-pecuniário, no valor de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) ao beneficiário ou seu representante legal, se for o caso, com duração de 01 (um) ano. Poderá ser renovado, a partir da avaliação de equipe municipal e de parecer da Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa” (CAP-SES e CAP-MS), e tem como objetivo apoiar e acompanhar o beneficiário no seu processo de reabilitação psicossocial.

São responsabilidades dos gestores do SUS com o Programa “De Volta Para Casa”:

I- No âmbito municipal:

- ser responsável pela atenção integral em saúde e assegurar a continuidade de cuidados em saúde mental, em programas extra-hospitalares, para os beneficiários do programa;
- selecionar, avaliar, preencher e encaminhar ao Ministério da Saúde informações cadastrais necessárias para inclusão dos beneficiários no Programa;
- acompanhar os beneficiários inseridos no programa.

II- No âmbito estadual:

- acompanhar as ações dos municípios vinculados ao programa;
- confirmar o município como apto a se inserir no programa;
- analisar os recursos provenientes das solicitações indeferidas pelos municípios;
- ter papel articulador entre os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e o município, quanto da indicação de pessoas daquelas instituições, em condições de serem beneficiadas pelo programa.

III- No âmbito federal:

- cadastrar os beneficiários dos municípios habilitados no programa por portaria;
- organizar e consolidar os cadastros dos beneficiários e dos municípios inseridos no programa;

- zelar pelo monitoramento e avaliação do programa;
- definir critérios de prioridade de inclusão de beneficiários por municípios;
- julgar os recursos provenientes do âmbito municipal ou estadual;
- processar mensalmente folha de pagamento dos beneficiários do programa;
- constituir Comissão Gestora do Programa de Volta para Casa.

1- BENEFICIÁRIOS

Podem ser beneficiários do Programa “De Volta Para Casa” as pessoas acometidas de transtornos mentais egressas de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH-SUS, por um período ininterrupto igual ou superior a dois anos, quando a situação clínica e social não justifique a permanência em ambiente hospitalar e indique a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social. Pessoas residentes em moradias caracterizadas como serviços residenciais terapêuticos ou egressas de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com a decisão judicial (Juízo de Execução Penal), também podem ser beneficiários do auxílio.

Não poderão ser considerados períodos de internação os de permanência em orfanatos ou outras instituições para menores, asilos, albergues ou outras instituições de amparo social, ou internações em hospitais psiquiátricos que não tenham sido custeadas pelo SUS. Períodos de alta por transferência para outros serviços, em razão de intercorrências clínicas ou cirúrgicas, não serão considerados interrupções de internação.

2- LEVANTAMENTO DE CLIENTELA DE BENEFICIÁRIOS EM POTENCIAL

O Ministério da Saúde, com apoio dos estados e municípios, preparou banco de dados nacional com informações referentes à clientela em potencial para o programa (pessoas internadas por período igual ou superior a dois anos e moradores de serviços residenciais terapêuticos) a partir de Levantamento Preliminar à publicação da portaria que regulamenta o programa, durante o período de agosto a outubro de 2003.

Os municípios e estados deverão mapear no seu território o universo de beneficiários, considerando os requisitos de que trata o Art 1º da referida portaria, através do preenchimento de relatórios com relação oficial de possíveis beneficiários encaminhados pelas unidades prestadoras de saúde, Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e moradores de serviços residenciais terapêuticos.

Estas informações deverão ser encaminhadas pela Secretaria Municipal de Saúde para a Secretaria Estadual de Saúde/Coordenação de Saúde Mental e a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, para fins de comprovação de requisitos necessários à inclusão no programa e conferência destas informações com banco de dados nacional. Estas informações não conferem a garantia do recebimento do auxílio, pois este só se confirmará quando da concretização do processo de inclusão determinado em portaria.

3- ADESÃO MUNICIPAL AO PROGRAMA

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

O Termo de Adesão, observadas as formalidades legais e de direito e resolvidas as obrigações de parte a parte, poderá ser rescindido por iniciativa do Ministério da Saúde, na qualidade de representante da União na gestão do Programa “De Volta Para Casa”, em face de infração por parte do Município de quaisquer normas de organização, funcionamento, acompanhamento e avaliação do Programa.

Para o município habilitado e estado que possua município(s) incluído(s) no Programa será disponibilizado acesso, em página específica do Programa na rede, às seguintes informações: formulário de inclusão de beneficiários; relatórios específicos para acompanhamento da implantação do Programa no seu município e estado; documentos, leis, portarias e informações gerais sobre o Programa.

4- INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS NO PROGRAMA

O município deverá preencher formulário de inclusão de solicitante no Programa, cujas informações estão constantes no Anexo V da Portaria nº 2077/GM, e enviá-lo ao Ministério da Saúde, quando:

- da solicitação de inclusão no Programa por parte do beneficiário, ou seu representante legal, Anexo II, da referida portaria;
- a avaliação de equipe de saúde local confirmar os requisitos exigidos na Lei nº 10.708, para inclusão no Programa (constante no anexo deste manual, proposta de Instrumento de Avaliação do Beneficiário);
- da habilitação do município pelo Ministério da Saúde no Programa.

Caso o beneficiário necessite de representante legal, deverá ser enviado também cadastro específico com informações referentes ao mesmo.

É absolutamente necessário que a pessoa incluída no programa esteja, como está referido no Art. 3º da Lei nº 10.708, em alta hospitalar, morando em residência terapêutica (que se constitui como moradia ou casa inserida na comunidade), com suas famílias de origem, famílias substitutas ou outras formas alternativas de moradia e de convívio social. Assim como estar necessariamente referenciado, para tratamento e acompanhamento extra-hospitalar, em uma das unidades da secretaria municipal de saúde.

5- ATENÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO

O município habilitado designará equipe de saúde específica de apoio direto aos beneficiários, para garantir-lhe a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional. Da equipe deverá fazer parte pelo menos um profissional da área de saúde mental do município com formação de nível superior.

Esta equipe deverá ter suas ações baseadas em proposta de reabilitação psicossocial assistida no programa de saúde mental municipal. Caberá a este programa definir a estratégia de acompanhamento dos beneficiários e de avaliação regular do processo de reintegração social destes.

Ressalta-se a importância de que esta equipe defina a lógica do acompanhamento de profissionais de referência para os beneficiários, durante sua permanência no programa, os quais não substituirão os profissionais da área de saúde da unidade de referência do beneficiário, quanto aos cuidados e intervenções

clínicas específicas. Indica-se, em média, um profissional de referência para cada 15 beneficiários acompanhados.

Dentre as atribuições dos técnicos envolvidos no programa no âmbito local, destacamos algumas ações específicas: estarem aptos a garantir o atendimento ao beneficiário em situações de crises, por solicitação do beneficiário, por solicitação de familiares ou do representante legal; visitar todos os beneficiários sob sua responsabilidade, assim como seus familiares (quando for o caso); mobilizar outros recursos assistenciais, sempre que achar necessário; incentivar atividades coletivas de ressocialização – trabalho, cultura e lazer; sensibilizar e orientar pessoas e grupos, incluídos na rede social do usuário, objetivando integrá-lo de forma satisfatória ao convívio social; defender o exercício pleno dos direitos civis e políticos do usuário, incluída a discussão permanente dos limites da tutela, para isso acionando a assistência jurídica adequada; avaliar a provisão do apoio direto ao beneficiário pelo representante legal, se houver; submeter ao gestor municipal relatório sobre o acompanhamento de cada beneficiário

Recomenda-se que a equipe de saúde que acompanhará estes beneficiários emita relatórios trimestrais do acompanhamento destes, para monitoramento local da implantação do programa e seu desempenho e alcance de objetivos.

6- PAGAMENTO DO AUXÍLIO

O benefício consistirá em pagamento mensal de auxílio diretamente ao beneficiário, salvo na hipótese de incapacidade deste de exercer pessoalmente atos da vida civil, quando o benefício será entregue ao representante legal determinado pelo poder judiciário.

6.1 – FORMA DE PAGAMENTO

Após realização de cadastramento de beneficiários no Programa habilitação do município, o Ministério da Saúde, através do DATASUS, irá enviar arquivo com dados cadastrais para instituição financeira que deverá proceder à geração de Número de Identificação Social (NIS) dos que não possuem NIS.

Uma vez devolvido arquivo com listagem de beneficiários com NIS, será informado ao gestor local a referida lista, para que o beneficiário ou seu representante legal (acompanhado do beneficiário, em caso de recebimento do

auxílio pelo representante legal), se for o caso, procedam à abertura de conta corrente dos mesmos em agência da Caixa Econômica Federal de sua preferência. Os que não possuírem conta corrente são orientados a abrir conta caracterizada pela operação 023.

Em seguida à abertura das contas, o gestor local deverá informar ao Ministério da Saúde, em prazo a ser estabelecido previamente, os seguintes dados: número da agência bancária, tipo de operação e número da conta corrente acompanhado do nome de cada beneficiário.

A instituição financeira efetuará os pagamentos mensais em cada conta corrente, em data seguindo cronograma a ser divulgado, seja por meio de agências ou por intermédio de correspondentes bancários.

6.2- O BENEFÍCIO E SUA UTILIZAÇÃO PELO REPRESENTANTE LEGAL

O representante legal do beneficiário do programa terá sua indicação e desempenho acompanhados pela equipe de saúde do município, e deverá firmar termo de compromisso de fielmente zelar pelos direitos e deveres do beneficiário no âmbito do referido Programa.

Se for identificado caso de inadequado e ilícito uso, por parte do representante legal, do benefício recebido, deverão ser tomadas medidas cabíveis no âmbito municipal, em primeira instância, para intervenção e responsabilização quanto aos atos infligidos. Se necessário, recorre-se à instância do estado e Ministério da Saúde para análise, parecer e providências julgadas cabíveis.

7- RENOVAÇÃO

O beneficiário terá direito à renovação do benefício, após 1(um) de recebimento do mesmo, caso ainda o necessite para seu processo de reabilitação psicossocial, de acordo com avaliação de equipe de saúde local que o acompanha.

A equipe de referência do município deverá enviar ao Ministério da Saúde, 60 (sessenta) dias antes do término da vigência do benefício, solicitação de renovação do benefício, acompanhado de relatório de avaliação, via ofício, que justifique a necessidade de renovação do benefício.

O Ministério da Saúde avaliará e validará a concessão da renovação, responsabilizando-se por informar sobre a continuidade à instituição financeira.

8- CONTROLE E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

8.1- MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Ministério da Saúde constituiu uma Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa”, definida em Portaria nº 2278/GM, de 31 de outubro de 2003. Constatada alguma irregularidade caberá ao Ministério da Saúde, através da referida Comissão, tipificar a natureza das irregularidades e determinar medidas cabíveis a cada ato irregular identificado tais como: notificar poder executivo municipal e estadual (de referência do município notificado); determinar suspensão dos pagamentos decorrentes de ato irregular praticado, cabendo análise específica de casos, para tentar evitar prejuízo ou perda de direitos do beneficiário, quando de irregularidades cometidas por representante legal ou pelo município.

8.2- ESTADO

Acompanhar a implementação do programa nos municípios habilitados de seu estado, por meio do acesso a relatórios sobre beneficiários incluídos no programa por município. Também poderá assessorar os municípios na orientação quanto ao cadastramento de beneficiários, proporcionando avaliações e discussões coletivas quanto à implantação e implementação do programa nos municípios, para facilitar a troca de experiências, como também quando da solicitação de apoio específico por parte de municípios.

No âmbito estadual deverá ser constituída Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa” (CAP – SES), que terá as funções de emitir parecer sobre exclusão do Programa e renovação do benefício, bem como outras ações necessárias ao acompanhamento do Programa.

8.3- MUNICÍPIO

O município habilitado assegurará estratégia de acompanhamento dos beneficiários por equipe de saúde local, e promoverá avaliações do processo de implantação do Programa. Para tal enviará ao Ministério da Saúde relatório anual, e relatório específico sobre esta implantação.

9- CONTATOS DO PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA

Endereço eletrônico: devoltaparacasa@saude.gov.br e <http://pvc.datasus.gov.br>

Telefone: 61- 315 2313 ou 315 2684

Fone-Fax: 61- 315 3403

Endereço:

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental/DAPE/SAS,

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 6º andar, sala 606, Brasília – DF .

CEP: 70 058 900

Coordenador do Programa de Saúde Mental:

Pedro Gabriel Godinho Delgado

ANEXO II

**Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos**

LEI N° 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003.

Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, nos termos desta Lei.

Parágrafo único. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado "De Volta Para Casa", sob coordenação do Ministério da Saúde.

Art. 2º O benefício consistirá em pagamento mensal de auxílio pecuniário, destinado aos pacientes egressos de internações, segundo critérios definidos por esta Lei.

§ 1º É fixado o valor do benefício de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), podendo ser reajustado pelo Poder Executivo de acordo com a disponibilidade orçamentária.

§ 2º Os valores serão pagos diretamente aos beneficiários, mediante convênio com instituição financeira oficial, salvo na hipótese de incapacidade de exercer pessoalmente os atos da vida civil, quando serão pagos ao representante legal do paciente.

§ 3º O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente.

Art. 3º São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta Lei que:

I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos;

II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro;

III - haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa;

IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

§ 1º O tempo de permanência em Serviços Residenciais Terapêuticos será considerado para a exigência temporal do inciso I deste artigo.

§ 2º Para fins do inciso I, não poderão ser considerados períodos de internação ou de permanência em orfanatos ou outras instituições para menores, asilos, albergues ou outras instituições de amparo social, ou internações em hospitais psiquiátricos que não tenham sido custeados pelo Sistema Único de Saúde - SUS ou órgãos que o antecederam e que hoje o compõem.

§ 3º Egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, procedendo-se, nesses casos, em conformidade com a decisão judicial.

Art. 4º O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será suspenso:

I - quando o beneficiário for reinternado em hospital psiquiátrico;

II - quando alcançados os objetivos de reintegração social e autonomia do paciente.

Art. 5º O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será interrompido, em caso de óbito, no mês seguinte ao do falecimento do beneficiado.

Art. 6º Os recursos para implantação do auxílio-reabilitação psicossocial são os referidos no Plano Plurianual 2000-2003, sob a rubrica "incentivo-bônus", ação 0591 do Programa Saúde Mental nº 0018.

§ 1º A continuidade do programa será assegurada no orçamento do Ministério da Saúde.

§ 2º O aumento de despesa obrigatória de caráter continuado resultante da criação deste benefício será compensado dentro do volume de recursos mínimos destinados às ações e serviços públicos de saúde, conforme disposto no art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

Art. 7º O controle social e a fiscalização da execução do programa serão realizados pelas instâncias do SUS.

Art. 8º O Poder Executivo regulamentará o disposto nesta Lei.

Art. 9º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 31 de julho de 2003; 182º da Independência e 115º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Humberto Sérgio Costa Lima
Ricardo José Ribeiro Berzoini

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 1º.8.2003

ANEXO III

GABINETE DO MINISTRO PORTARIA Nº 2.077, DE 31 DE OUTUBRO DE 2003

Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8º.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, com base no que determina o artigo 5º da Lei nº 10.216 de 16 de abril de 2001; e

Considerando a necessidade de regulamentar a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, inseridos no Programa "De Volta Para Casa"; e

Considerando a necessidade de garantir os benefícios da reintegração social à pessoa portadora de transtorno mental submetida à internação de longa permanência, ou moradora de serviço residencial terapêutico, conforme recomendado no Capítulo V do Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental,

R E S O L V E:

Art. 1º São considerados egressos e possíveis beneficiários para efeito da Lei nº 10.708, todas as pessoas portadoras de transtorno mental que estejam comprovadamente internadas em hospital psiquiátrico por período ininterrupto igual ou superior a dois anos, as quais deverão estar incluídas no Cadastro de Beneficiários Potenciais do Programa "De Volta Para Casa".

Parágrafo único. Este critério aplica-se também às situações previstas nos § 1º e § 3º, do artigo 3º, da Lei nº 10.708/2003.

Art. 2º São documentos e procedimentos necessários para inclusão no Cadastro de Beneficiários Potenciais do Programa "De Volta Para Casa":

I - relação de beneficiários potenciais colhidas pelo gestor local nas unidades prestadoras, num prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data da publicação desta Portaria;

II - relatório da área de controle e avaliação atestando a conferência dos dados constantes na relação do Inciso I; e

III - relação de possíveis beneficiários encaminhados pelos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, num prazo de 30 (trinta) dias, para Secretaria Estadual de Saúde a contar da data de publicação desta portaria.

§ 1º As relações referidas nos incisos I e III deverão conter as seguintes informações: nome e CNPJ da instituição, nome do paciente, data de nascimento, RG ou certidão de nascimento (se houver), CPF (se houver), diagnóstico, data de início da internação.

§ 2º As relações acima referidas deverão ser encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde/Coordenação de Saúde Mental para conhecimento e registro, e à Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, para análise e validação pela Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa” (CAP-MS), de que trata o Artigo 11 desta Portaria.

Art. 3º Da habilitação dos Municípios, tendo em vista atender ao inciso IV do art. 3º, da Lei nº 10.708/2003, são pré-condições cumulativas:

I - o Município ofertar ações de saúde que atendam às necessidades dos beneficiários, conforme certificação pela Comissão Estadual pela comissão de acompanhamento (CAP-SES), de que trata o Artigo 11 desta Portaria;

II - os Municípios terem aderido formalmente ao Programa, por meio de envio de Termo de Adesão (Anexo I); e

III - formalização da habilitação pelo Ministério da Saúde por meio de portaria.

Art. 4º Serão considerados Municípios prioritários para habilitação no Programa aqueles que possuem ações desenvolvidas, ou em desenvolvimento, de reintegração social para pessoas acometidas por transtorno mental, que tenham moradores em serviços residenciais terapêuticos, e equipe de saúde estruturada para apoiar esta ação e que cumpram as seguintes condições:

I - apresentam alta concentração de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos que atendem aos requisitos de temporalidade do tratamento;

II - tenham hospitais em processo de descredenciamento do SUS; e

III - que estejam destinados a acolher pacientes de programas de desinstitucionalização egressos de hospitais localizados em outros Municípios.

Art. 5º A solicitação de inclusão no Programa “De Volta Para Casa”, preenchida e assinada pelo paciente (Anexo II) ou seu representante legal, quando necessário (Anexo III) é documento indispensável para iniciar o processo, e será dirigido à Secretaria Municipal de Saúde, de Município habilitado;

Parágrafo único. O fluxo da solicitação à Secretaria Municipal de Saúde obedecerá à seguinte seqüência:

I - avaliação da solicitação por parte de uma equipe de saúde designada pelo gestor municipal conforme Instrução Normativa (Anexo IV) e utilizando como base roteiro específico para avaliação proposto em manual do Programa “De Volta Para Casa” a ser expedido pela Secretaria de Atenção à Saúde;

II - se o parecer for favorável, será preenchido Formulário de Inclusão do Solicitante (Anexo V), contendo informações necessárias e obrigatórias que deverá ser enviado ao Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde (CAP-MS); e

III - se a solicitação de inclusão não for aprovada, é facultado ao solicitante recurso junto à Secretaria Estadual de Saúde e, em última instância, ao Ministério da Saúde.

Art. 6º São requisitos necessários para a solicitação de inclusão do beneficiário no Programa “De Volta Para Casa”:

I - a habilitação do Município responsável pela atenção continuada;

II - o beneficiário deverá possuir a documentação exigida: Documento de Identidade /Registro Geral ou Certidão de Nascimento; e

III - Formulário de Inclusão no Programa preenchido pelo Município.

Parágrafo único. O Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Saúde Mental, da Secretaria de Atenção à Saúde, deste Ministério, poderá solicitar informações complementares, para validação da inclusão, de acordo com o caso.

Art. 7º Para efeito de pagamento, de acordo com artigo 2º da Lei nº 10.708/2003:

§ 1º O recebimento do benefício pelo paciente se dará após a sua saída da instituição hospitalar e de sua inserção no Programa “De Volta Para Casa” no âmbito local;

§ 2º Quando for o caso, se o beneficiário do Programa necessitar de representante legal, este deverá firmar termo de compromisso de fielmente zelar pelos direitos e deveres do beneficiário no âmbito do referido Programa (Anexo VI);

§ 3º Para os beneficiários contemplados nos § 1º e § 3º, do art 3º, da Lei nº 10.708/2003, os repasses serão efetuados quando aprovados os processos de inclusão; e

§ 4º A operacionalização do pagamento será descrita em manual do Programa “De Volta Para Casa” a ser expedido pela Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS;

Art. 8º A saída do paciente da instituição hospitalar implicará a exclusão do leito do cadastro SIH/SUS e transferência dos recursos correspondentes para ações extra-hospitalares de Saúde Mental por meio de mecanismos a ser regulamentado pela Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS.

Art. 9º A suspensão do benefício, nos termos do artigo 4º, da Lei nº 10.708/2003, ocorrerá:

§ 1º A qualquer momento, por solicitação do beneficiário ou seu representante legal;

§ 2º Quando ocorrer reinternação do beneficiário em hospital psiquiátrico, por período igual ou superior a 30 (trinta) dias ao ano;

§ 3º Quando o beneficiário, de acordo com relatório trimestral de avaliação individual, realizado pela coordenação local, não reunir condições de permanecer inserido no Programa, conforme inciso II, do artigo 4º, da supracitada Lei;

§ 4º Quando a coordenação local do Programa identificar que o representante legal não cumpre com as exigências contidas no termo de compromisso, enquanto não seja definido um novo representante legal;

§ 5º Quando o gestor local descumprir com os compromissos firmados no Termo de Adesão municipal ao Programa;

§ 6º Quando o paradeiro do beneficiário for desconhecido por mais de 40 (quarenta dias).

§ 7º Nos casos previstos nos § 2º e § 3º, é facultado recurso, pelo beneficiário ou seu representante legal, à Secretaria Estadual de Saúde e, em última instância, ao Ministério da Saúde;

§ 8º Nos casos previstos no § 4º, é facultado recurso do Município ao Ministério da Saúde; e

§ 9º Cabe à Secretaria Municipal de Saúde a notificação imediata à Secretaria de Estado da Saúde (CAP-SES), dos casos de reinternação dos beneficiários em hospital psiquiátrico ou Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Art. 10. Para a renovação do benefício será necessário:

§ 1º Apresentação de relatório do gestor local ao Ministério da Saúde, contendo parecer da equipe de saúde que indicará necessidade de permanência do beneficiário no Programa, com antecedência de 60 dias do término de um ano do recebimento do auxílio; e

§ 2º Parecer favorável da Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa” (CAP-SES).

Art. 11. Cabe ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Saúde Mental, da Secretaria de Atenção à Saúde, deste Ministério, ouvida a Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa”:

- I - conceder o auxílio-reabilitação psicossocial;
- II - decidir sobre inclusão e exclusão de beneficiário no Programa;
- III - decidir sobre o pedido de renovação e homologá-lo ou não;
- IV - gerar informação à instituição financeira quanto à renovação por mais 1 (um) ano;
- V - garantir recurso orçamentário para este fim; e
- VI - decidir sobre habilitação de Município no Programa “De Volta Para Casa”.

Art. 12. O acompanhamento do auxílio-reabilitação psicossocial será efetuado através de Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa” (CAP-MS), constituída pelo Ministério da Saúde, por meio de Portaria, que terá as seguintes atribuições:

- I - emitir parecer sobre a habilitação de Municípios;
- II - emitir parecer sobre inclusão e exclusão de beneficiário no Programa;
- III - emitir parecer sobre renovação do auxílio-reabilitação psicossocial ao beneficiário;
- IV - elaborar e pactuar as normas aplicáveis ao programa e submetê-las ao Ministério da Saúde;
- V - ratificar o levantamento nacional de clientela de beneficiários em potencial do Programa “De Volta Para Casa”; e
- VI - acompanhar e assessorar a implantação e avaliação do Programa.

Parágrafo único. No âmbito Estadual deverá ser constituída Comissão Estadual de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa” (CAP-SES) que terá as funções de emitir parecer sobre exclusão do Programa e renovação do benefício, bem como outras ações necessárias ao acompanhamento do Programa.

Art. 13. Casos omissos serão decididos pela Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Saúde Mental, ouvida a Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa”.

Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

HUMBERTO COSTA

<!ID798180-2>

ANEXO IV

TERMO DE ADESÃO MUNICIPAL AO PROGRAMA “DE VOLTA PARA CASA”

MUNICÍPIO: _____	UF: _____
ENDEREÇO: _____	CEP: _____
NOME DO PREFEITO: _____	
NOME DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE: _____	
RG: _____	

A Prefeitura Municipal de _____ solicita adesão ao Programa “De Volta Para Casa”, que se destina à assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, egressos de longa internação em hospitais ou unidades psiquiátricas, sendo o auxílio parte integrante de um programa de ressocialização de pessoas com transtorno mental e excluídas do convívio social, conforme definido em Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003 e em Portaria GM/Nº 2077/GM, de 31 de outubro de 2003.

Ao aderir ao Programa, esta Prefeitura Municipal, por intermédio de sua Secretaria de Saúde, assume os seguintes compromissos:

- ser responsável pela atenção integral em saúde e assegurar a continuidade de cuidados em saúde mental, em programas extra-hospitalares, para os beneficiários do Programa;
- selecionar, avaliar, preencher e encaminhar ficha cadastral e demais documentações exigidas dos beneficiários a serem incluídos no Programa;
- realizar o acompanhamento dos beneficiários inseridos no programa;
- avaliar o desempenho e implantação do programa em nível municipal; e
- submeter ao Conselho Municipal de Saúde informações sobre o desenvolvimento contínuo das ações realizadas pelo Município quanto à implementação e resultados do programa e quanto aos beneficiários atendidos.

O(A) Coordenador(a) Responsável pelo Programa “De Volta para Casa” neste Município será:
NOME COMPLETO: _____
RG: _____
Assinatura do(a) Coordenador(a) do Programa: _____

Local e Data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Secretário Municipal de Saúde

Assinatura do Prefeito Municipal

ANEXO V

SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO -REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Eu, _____, solicito, como direito a mim facultado no inciso 1º, do artigo 3º, da Portaria GM Nº 2077/GM de 31 de outubro de 2003, a inclusão para recebimento do auxílio-reabilitação psicossocial criado pela Lei Nº 10.708, de 31 de julho de 2003.

Local e Data: _____, ____ de _____ de _____

Assinatura/Impressão digital do Beneficiário Solicitante

HOSPITAL (com CNPJ) OU SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO DE ORIGEM DO SOLICITANTE:

ANEXO VI

SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO -REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

PELO REPRESENTANTE LEGAL

Eu, _____, representante legal de _____, como direito facultado no inciso 1º do artigo 3º, da Portaria GM Nº 2077/GM de 31 de outubro de 2003, e atendendo às condições legais para tanto, solicito a inclusão da pessoa, à qual represento, para ser beneficiária do recebimento do auxílio-reabilitação psicossocial, criado pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.

Local e Data: _____, ____ de _____ de _____ .

Assinatura/Impressão digital do Representante Legal Solicitante

Assinatura/Impressão digital do Beneficiário Solicitante

HOSPITAL (com CNPJ) OU SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO DE ORIGEM DO SOLICITANTE:

ANEXO VII

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____, na qualidade de representante legal de _____, beneficiário do “De Volta Para Casa”, comprometo-me a receber o benefício criado pela Lei Nº 10.708, de 31 de julho de 2003, e a:

- zelar fielmente pelos direitos e deveres do beneficiário no âmbito do referido Programa;
- incumbir-me do dever de representar os interesses de um paciente em qualquer matéria especificada, ou de direitos específicos em seu nome, nos termos dos princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtornos Mentais (ONU, 1991); e
- Prestar todas as informações que me forem solicitadas pela equipe de Saúde Mental responsável pelo acompanhamento do beneficiário.

Local e Data: _____, ____ de _____ de _____

Assinatura/Impressão digital do Solicitante

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)