



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas - FACE

Departamento de Gestão de Políticas Públicas - GPP

JEFERSON HENRIQUE CASTRO DA COSTA

**DE VOLTA PARA CASA? UMA ANÁLISE CRÍTICA DA LEI
10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003**

Brasília – DF

2023

JEFERSON HENRIQUE CASTRO DA COSTA

**DE VOLTA PARA CASA? UMA ANÁLISE CRÍTICA DA LEI
10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003**

Monografia apresentada ao Departamento de
Gestão de Políticas Públicas como requisito
parcial à obtenção do título de Bacharel em
Gestão de Políticas Públicas.

Professora Orientadora: Dra. Janaina Lopes
Pereira Peres

Brasília – DF

2023

JEFERSON HENRIQUE CASTRO DA COSTA

**DE VOLTA PARA CASA? UMA ANÁLISE CRÍTICA DA LEI
10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003**

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão do Curso de
Gestão de Políticas Públicas do aluno

Jeferson Henrique Castro da Costa

Doutora Janaina Lopes Pereira Peres
Professora-Orientadora (presidente da banca)
(GPP-UnB)

Doutora Ana Paula Antunes Martins
Professora-Avaliadora
(GPP-UnB)

Brasília, 06 de fevereiro de 2023

“Escrevo os medos, as paixões, os segredos. Descortino os silêncios da minha alma, faço sangrar a minha angústia, revelo todos os caminhos da minha realidade interior e exterior, os despojos da criatura humana, subverto todo o lugar comum, não aceito e não vivo uma vida de incapacidade e passividade (...) caminho num labirinto mental de emoções inatingíveis, transgriro com voracidade o estigma da loucura, ultrajo a morbidez do silêncio, não me calo diante a hipocrisia, sou poeta do caos, sou poeta maldito, por isso eu grito O SILÊNCIO DOS OPRIMIDOS.”

(O silêncio dos Oprimidos- Altair Pinheiro) ¹

¹ Poema Recitado no primeiro episódio da Websérie “Retratos da Reforma Psiquiátrica Brasileira”, produzida pelo Núcleo de Saúde Mental, Álcool e outras drogas (Nusmad) da FioCruz Brasil.

AGRADECIMENTOS

Em algum momento da passagem do Ensino Médio para a graduação me apaixonei por ler epígrafes e agradecimentos de trabalhos acadêmicos. Lia umas dez epígrafes e me encantava. Me chamava atenção especialmente a sessão de agradecimentos. A maior parte delas tinha algo em comum: a dificuldade dos autores em agradecer pessoas, dificuldade essa motivada pelo receio de deixar alguém muito importante de fora. Era-me muito difícil entender isso. “Como assim é difícil agradecer às pessoas?” É só escrever o nome de todo mundo e pronto, pensava eu. Me pego rindo, pois me encontro nessa dificuldade.

Começo a agradecer pelo óbvio (para mim). Ao eterno Deus, sua graça e sua misericórdia superabundaram durante a minha vida, a minha graduação e especialmente durante a escrita desse trabalho.

A minha mãe, meu exemplo, meu espelho. Mulher forte e corajosa, gentil e firme. Por sua firmeza no agir e nas palavras, por vezes, pessoas movidas pela lógica manicomial, retrógrada e indecente, alcunharam-na de “louca”, ao estilo de Simão Bacamarte. O desejo dessa pesquisa nasce também daí. Nenhuma palavra vai conseguir nomear a gratidão que eu sinto pelo encorajamento em todos os momentos da minha vida. Espero algum dia retribuí-lo. O carinho, o amor, a paciência, o acolhimento que experimentei durante a vida ressoam na minha memória constantemente.

Ao meu pai, meu primeiro exemplo de dedicação, especialmente ao saber e conhecer, o homem sobre o qual eu faço a maior e, modéstia à parte, a melhor propaganda. Meu grande amigo, companheiro e professor. Igualmente, nenhuma palavra é suficiente.

À Jeje, minha irmã, pelos conselhos, acolhimento, parceria e amor.

Aos meus avós pelo cuidado, amor, afeto, paciência e exemplo.

Às minhas irmãs de outras mães, Jade e Lu, pelo acolhimento sem limites e julgamentos, pelo encorajamento constante, pelos ouvidos e braços sempre estendidos a mim.

Às minhas professoras e aos meus professores pelo esmero no ensino, pela qualidade no processo de transmitir o conhecimento, pela resistência e perseverança. Obrigado por ainda acreditarem na educação, em tempos de sucateamento e ataques constantes. Em especial, agradeço à Professora Janaina, por acreditar nessa pesquisa, pelos comentários pertinentes e afetuosos, pela paciência e dedicação, por me mostrar a criticidade e a reflexividade ainda na disciplina de Tópicos 4.

Aos meus colegas de Universidade e de campo (o campo de públicas), obrigado por insistirem e acreditarem na profissionalização da gestão pública, na formulação de políticas

públicas eficazes, efetivas e eficientes, mas sobre tudo, políticas feitas para o público, para a coletividade.

Ao meu desejo, que embora seja intrínseco a mim, ao impulsionar meu agir e me causar inquietação por conhecer e responder, me leva além, assim como me levou no caminho dessa pesquisa.

Dedico, em especial, esse trabalho- como símbolo de concretização da finalização de um curso superior, ao meu tio, meu amigo, meu encorajador. Alguém que um dia, ainda no Ensino Fundamental me desafiou a ir além do básico nos estudos, me oferecendo palavras de incentivo e um exemplo que nunca se apagará da minha memória. Ao Ti Gersin, que certamente estaria orgulhoso do “chaveirinho” dele, não fosse sua morte causada por um vírus para o qual já existia vacina, mas que encorajado por um agente público irresponsável, vil e desumano, ele escolheu não se beneficiar, no momento certo, disso.

Por fim, parafraseio as palavras de Juliana Garcia Pacheco, em sua tese de doutorado “Representações sociais da loucura e práticas sociais: o desafio cotidiano da desinstitucionalização.” (UnB, 2011): *Aos usuários das políticas públicas construídas sob o chão da Reforma Psiquiátrica, dedico a minha esperança e a minha emoção ao vê-los no mundo, provando que ele também é de vocês.*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO	11
1.2 CONSTRUINDO UM OLHAR ANALÍTICO.....	13
1.3 OBJETIVOS	14
1.4 JUSTIFICATIVA	14
1.5 MEU LUGAR DE PESQUISADOR.....	15
2. REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	16
2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA	16
2.2 PROBLEMAS PÚBLICOS: RECONHECIMENTO E RESPOSTAS	18
2.3 ESTUDOS CRÍTICOS EM POLÍTICAS PÚBLICAS	20
2.4 A FORMULAÇÃO E OS ESTUDOS CRÍTICOS EM POLÍTICAS PÚBLICAS	20
3. METODOLOGIA.....	21
3.1 A PESQUISA	21
3.2 TÉCNICAS E MATERIAIS	22
4. RESULTADOS	23
4.1 O SURGIMENTO DOS MANICÔMIOS E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	24
4.2 CRIAÇÃO E DISCUSSÃO DO PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA.....	26
4.2.1 A EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS: OS ARGUMENTOS E VALORES DO GOVERNO	27
4.2.2 A DISCUSSÃO NA CÂMARA DOS DEPUTADOS: OS ARGUMENTOS DOS DEPUTADOS	27
4.2.3 A DISCUSSÃO NO SENADO FEDERAL: OS ARGUMENTOS DOS SENADORES	29
4.3 OS VALORES POR TRÁS DOS ARGUMENTOS.....	34
4.4 ANÁLISE DA LEI N ° 10.708 DE 31 DE JULHO DE 2003	36
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

RESUMO

A principal transformação no tratamento de pessoas loucas ficou conhecida como Reforma Psiquiátrica e representou uma mudança de paradigma no tratamento dessas pessoas. Essa, contudo, deixou uma lacuna na assistência dos pacientes: para onde eles iriam quando desinstitucionalizados, como previa a lei? De volta para casa? Nesse sentido, foi instituído o Programa de Volta para Casa (PVC) em 2003, através da Lei 10.708 que previa um auxílio-reabilitação para pacientes egressos de internações por mais de dois anos. A presente pesquisa buscou descrever e analisar criticamente a emergência da Reforma Psiquiátrica como marco orientador da formulação de políticas públicas de assistência à saúde mental, usando como método a pesquisa bibliográfica. Além disso, mapeou-se os argumentos e os valores dos principais atores na discussão do PVC, usando como material de pesquisa as falas dos Deputados Federais e Senadores que discutiram a proposta e os valores que emergem da própria lei, lançando mão desta como material de pesquisa. Conclui-se que os valores da desinstitucionalização, reintegração social e familiar, tratamento digno, resgate da cidadania, autonomia financeira emergem dos argumentos dos atores e do texto normativo. Exclusão, complexidade da política e do problema público e a necessidade de uma ação transversal e multiatorial também foram encontradas como resultados da análise.

Palavras- Chaves: Reforma Psiquiátrica; Programa de Volta para Casa (PVC); instrumento de Políticas Públicas; Estudos críticos em políticas públicas; saúde mental.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Métodos e Técnicas de Pesquisa	22
Tabela 2- Falas e argumentos do Senador Relator da proposta	32
Tabela 3- Falas e argumentos dos Senadores.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CCJR- Comissão de Constituição e Justiça e Revisão

CD- Câmara dos Deputados

LGBTQ+- Lésbicas, Gays, Transgêneros, Transsexuais, Queers e outras identidades.

SUS- Sistema Único de Saúde

PL- Projeto de Lei

PLC- Projeto de Lei da Câmara

PMDB- Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PT- Partido dos Trabalhadores

1. INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

A Loucura tem sido encarada de diferentes formas ao longo da história. Pacheco (2009), ao estudar as representações sociais da loucura, mostra como a percepção da sociedade sobre as pessoas loucas se transformou desde a Grécia Antiga (Século XI a.C.) até os tempos atuais. Ideias acerca das “pessoas loucas” passaram por interpretações diversas, variando desde da percepção dessas pessoas como possuidoras de um dom divino até a visão dessas como castigadas pelo divino.

De forma análoga, o tratamento de pessoas loucas também mudou no transcorrer da história. Destaca-se, entre essas mudanças no tratamento, a passagem do modelo através do qual as pessoas com transtornos mentais são assistidas: do modelo hospitalocêntrico ou institucionalista ao modelo de reabilitação psicossocial, no qual o direito à vida em sociedade foi reconhecido e ampliado para essas pessoas, em um movimento internacional conhecido como Reforma Psiquiátrica.

Os debates em torno de uma reforma no modelo de assistência à saúde mental são antigos, mas ganharam força, no Brasil, a partir do final dos anos 1980, quando as Políticas de Assistência à saúde mental voltaram a ser debatidas, em vista da emergência das lutas sociais por melhores condições de participação social, que marcaram o fim da Ditadura civil-militar e o processo de redemocratização. Isso - somado à promulgação da Constituição de 1988, à institucionalização do SUS e ao surgimento dos Centros de Assistência Psicossociais (CAPS) - deu corpo à discussão sobre a necessidade de uma reforma nas políticas voltadas para pessoas com problemas mentais. Além disso, é importante recuperar a Declaração de Caracas, que pedia a reestruturação da assistência psiquiátrica nos países da América Latina, colaborando com o surgimento desse debate.²

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica materializou-se por meio da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que redirecionou o modelo de assistência em saúde mental e garantiu uma série de mudanças na forma como pessoas com problemas psiquiátricos são tratadas, garantindo a

²<https://pp.nexojornal.com.br/linha-do-tempo/2021/A-evolu%C3%A7%C3%A3o-das-pol%C3%ADticas-em-sa%C3%BAde-mental-no-Brasil>

elas uma série de direitos, dentre os quais destacam-se o tratamento digno e respeitoso e a proteção contra abusos. Esse dispositivo deixa claro o direito dessas pessoas ao livre acesso aos meios de comunicação e às informações necessárias para o sucesso do tratamento.

Além disso, estabelece que o acompanhamento dessas pessoas deveria ser feito, preferencialmente, em serviços comunitários com a presença da família ou de pessoas com quem o paciente mantém convívio. Nesse sentido, a internação hospitalar passou a ser o último recurso, que só deve ser usado quando os outros se mostrarem ineficientes. (BRASIL, 2001)

Essa resposta, em forma de instrumento de política pública, teve como pano de fundo um problema constatado pela imprensa e pela população: o caso dos hospitais colônias, em especial o caso do Hospital Colônia de Barbacena. Arbex (2013) chama as violações ocorridas nesses espaços de Holocausto Brasileiro, no seu livro-reportagem que conta as histórias de pacientes que passaram pelo hospital colônia de Barbacena -MG. A constatação de violações ocorridas nos hospitais colônias, particularmente, e de modo geral no manejo de tratamento de pessoas loucas, mostra a sensibilização de parte da população com essa situação. A partir disso, percebe-se a constituição de um problema público, que para Cefaï (2009) não está somente no agir, mas no padecer e compadecer.

Contudo, evidencia-se uma lacuna para que essa reinserção seja efetivada: para onde iriam os desintitucionalizados? De volta para casa? E quando a casa não é um local de acolhimento para essas pessoas? O programa de volta para casa (PVC), proposto pelo Governo Federal em 2003, apresenta-se como uma caminho possível para preencher essa lacuna, possibilitando a autonomia do paciente em relação inclusive à sua família.

Diante desses apontamentos da construção de uma problemática, o presente trabalho tem como objetivo analisar criticamente o processo que levou ao reconhecimento da situação anterior à Reforma Psiquiátrica como um problema público, entendido aqui a partir do pragmatismo, como uma forma de afetação da realidade cotidiana. Especificamente, busca-se analisar o processo de discussão e elaboração do Programa De Volta para Casa (PVC), fruto dessa reforma, como uma alternativa para a solução do problema percebido como de pública relevância, partindo do pressuposto que esse instrumento faz parte de um fluxo de políticas públicas.

O referido programa tem como finalidade promover a ressocialização de pacientes egressos de internações psiquiátricas, como estabelecido pela Lei 10.216/2001, através do

principal instrumento, o auxílio financeiro instituído pela lei nº 10.708/2003. Atualmente o valor do auxílio é de R\$ 500,00, e tem como pré-requisito a internação em instituições psiquiátricas por no mínimo dois anos.

À vista disso, investiga-se quais os valores que emergem a partir dos argumentos dos atores envolvidos no processo de elaboração e discussão, do Programa de Volta para Casa.

Essa análise crítica tem como meio o olhar crítico dos “estudos críticos em políticas públicas” (*Critical Policy Studies*).

1.2 CONSTRUINDO UM OLHAR ANALÍTICO

A análise do Programa de Volta Para Casa se deu a partir das lentes dos estudos críticos em Políticas Públicas. Esse campo de estudos baseia-se na ideia de que a análise das políticas públicas não consiste apenas em analisar os *inputs* e *outputs* dessas, mas que deve se estender, também, aos interesses, aos valores e aos pressupostos normativos e argumentativos por trás do processo de políticas públicas, que são entendidas não como algo estático mais como um fluxo. (FISCHER *et al*, 2015; BOULLOSA, PERES e BESSA, 2021)

Portanto, o campo de estudos críticos em políticas públicas – conhecido internacionalmente como *Critical Policy Studies* – desafia a racionalidade do processo de formulação de políticas públicas e confere centralidade à linguagem, usando os argumentos e valores emergentes desse - e nesse - processo como material de pesquisa. (BOULLOSA, PERES e BESSA, 2021)

No âmbito do pragmatismo crítico, o pesquisador também assume outros papéis e responsabilidades. Ele passa a ser compreendido menos como pesquisador-onisciente e especialista e mais como sujeito-pesquisador, que interpreta os dados a partir de suas paixões, crenças, pressupostos epistemológicos, posicionalidades teórico-metodológicas e políticas. Nesta pesquisa, eu, sujeito-pesquisador, me posiciono epistemologicamente no campo pós-positivista de análise de políticas públicas e, em termos tecnopolíticos, situo-me no Campo de Públicas, que é definido como

um campo multidisciplinar de ensino, pesquisa e fazeres tecnopolíticos, no âmbito das Ciências Sociais Aplicadas e das Ciências Humanas, que se volta para assuntos, temas, problemas e questões de interesse público, de bem-estar coletivo e de políticas públicas inclusivas, em uma renovada perspectiva republicana ao encarar as ações governamentais, dos movimentos da sociedade civil organizada e das interações entre governo e sociedade, na busca do desenvolvimento socioeconômico

sustentável, em contexto de aprofundamento da democracia.” (Pires *et al*, 2014, p.112)

Assim, a presente análise crítica do Programa de Volta Para Casa, entendido aqui como um instrumento de política pública, tem como bases e fundamentos não só os valores republicanos e democráticos, mas também valores inclusivos e críticos.

1.3 OBJETIVOS

Essa pesquisa objetiva analisar, criticamente, o PVC, enquanto instrumento de política pública, a partir dos textos constitutivos do processo de sua formulação, tendo em vista que a assistência e o tratamento de pessoas com problemas mentais são problemas públicos complexos e multidimensionais e que exigem uma resposta multiatorial, discutida em arenas públicas.

A opção, portanto, foi desenhar uma investigação direcionada, no contexto do processo de formulação da política em âmbito nacional, aos valores por trás da criação do PVC. Valores que emergem dos documentos e discursos produzidos durante a discussão e as deliberações acerca do Programa de Volta para Casa, desde sua apresentação como projeto de lei em maio/2003 até a publicação da lei em julho/2003.

Especificamente, essa pesquisa busca:

- i. Descrever e refletir criticamente sobre a emergência da Reforma Psiquiátrica como marco orientador da formulação de políticas públicas de assistência à saúde mental.
- ii. descrever e analisar criticamente o processo de discussão do Programa de Volta para Casa (PVC), mapeando os argumentos dos atores envolvidos na discussão e os valores por trás desses argumentos.
- iii. analisar a Lei n 10.708/2003, que institui o auxílio-reabilitação integrante do PVC, a partir das contribuições dos estudos críticos em políticas públicas e dos achados nos objetivos i e ii.

1.4 JUSTIFICATIVA

Essa pesquisa surge em contexto político e econômico do avanço do neoliberalismo que busca reformular e desfazer inúmeros programas sociais, entre eles os programas de

assistência à saúde mental, como foi o foco em 2020, com a proposta ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) da revogação de inúmeras portarias ligadas a esse tipo de assistência, entre elas as portaria que dão suporte ao Programa de Volta para Casa.³

Além disso, o aumento no número de pessoas com a saúde mental prejudicada por causa da pandemia do novo coronavírus (COVID-19) leva-nos ao questionamento do estado atual da atenção à saúde mental, no campo das políticas públicas.

Ademais, essa pesquisa visa contribuir com o avanço e consolidação dos estudos críticos em políticas públicas. Portanto, essa pesquisa insere-se ainda na finalidade da pesquisa social proposta por Ragin (2007), de fazer progresso em uma teoria.

1.5 MEU LUGAR DE PESQUISADOR

O Curso de Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília me transformou em um ser inquietante. Espera-se dos profissionais formados por esse curso uma busca para analisar e, em alguma medida, propor alternativas a problemas de pública relevância na sociedade.

A partir das inquietações suscitadas por esses problemas, o meu interesse em um problema social específico, bastante reconhecido em obras literárias e cinematográficas, cresceu substancialmente, problema esse de ordem da loucura e do seu espaço no contexto social.

As questões quanto ao lugar dos loucos no território e no processo de exercício da cidadania foram me inquietando, ao longo dos períodos finais do Bacharelado em GPP.

Paralelamente a isso, comecei um percurso, longo e sem fim definido, nos estudos da teoria psicanalítica, em especial a teoria lacaniana, que em muito subsidiaram a realização dessa pesquisa, ainda que de forma indireta, a partir do reconhecimento do meu desejo e do papel da linguagem em nomear (ou não) as coisas.

O contato com a professora Janaina na disciplina de Tópicos 4 - Desenvolvimento Territorial e com sua perspectiva crítica, aliado à experiência anterior com a Professora

³ <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/04/06/apos-20-anos-reforma-psiquiatrica-ainda-divide-opinioes>

Rosana Boulosa na disciplina de Organização da Administração Pública Federal, deixou claro o caminho teórico que eu queria percorrer: a perspectiva crítica.

Ao longo do contato com as obras bibliográficas às quais tive acesso para realização dessa pesquisa, a paixão pela Reforma Psiquiátrica se confirmou, e por sua origem como movimento social, seus resultados como uma Política Pública Federal de enormes alcances e de reverberações que talvez não possam ser nomeadas.

O retrocesso e o desmonte intencionado nas Políticas públicas de assistência à saúde mental por parte de um Governo Federal neoliberal sedimentou o caminho para inquietação e para a percepção de que essa demanda me afetava.

A partir do contato com a literatura do pragmatismo, entendi que essa inquietação é de suma importância na construção, ou percepção, de problemas públicos; é um gatilho para a investigação. A inquietação se direcionou em entender como formaram-se as arenas públicas, além disso como as controvérsias que ali estavam expostas surgiram e, sobretudo, os valores daqueles que ocuparam - e ocupam - essas arenas de discussão de políticas de assistência à saúde mental.

2. REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA

A Loucura tem sido encarada de diferentes formas ao longo da história. Na Grécia antiga, a loucura foi encarada de três formas diferentes, como fruto da intervenção dos deuses, como produto de conflitos ligados às paixões do homem e, por fim, como doença. Na idade média, por sua vez, ela foi tratada como expressão demoníaca, e a terapêutica indicada para os loucos, na maior parte das vezes, era o exorcismo. No Renascimento, passado o domínio da igreja sobre a ciência e a sociedade, a loucura passa a ser concebida de diversas formas. Todas elas percebem e vislumbram a loucura como um fim em si mesma. Nessa época, a loucura é recebida de forma hospitaleira pela sociedade, o que não significa essencialmente uma aceitação plena. (Pacheco, 2009)

Entretanto, Foucault (1972) *apud* Pacheco (2009) mostra que, com a ascensão do racionalismo, ainda no contexto do Renascimento, a loucura passou a ser encarada como um mal que necessita de enclausuramento. Surgem, nesse contexto, instituições voltadas para o

controle e o apartamento dos sujeitos loucos, isolando-os do convívio social, com o argumento de que eles representavam um perigo à sociedade e que, portanto, deveriam ser aprisionados e controlados.

A Reforma Psiquiátrica surge das discussões acerca da desinstitucionalização de pacientes com transtornos mentais, em que se questionava a existência da instituição manicomial, que representava a prática de isolamento e encarceramento de pessoas além da negação de sua posição de sujeito e cidadão, de sua dimensão social. Essa discussão fomentou movimentos que resultaram na mudança de paradigma da assistência às pessoas acometidas por transtornos mentais.

Yasui (2010) destaca o papel dos movimentos sociais para o surgimento e consolidação da Reforma Psiquiátrica. O autor descreve o papel desses movimentos, principalmente nos anos 70 e 80, na luta por uma mudança na atenção à saúde como um todo. Desse cenário surgem os movimentos pela Reforma Sanitária e Psiquiátrica.

Esses movimentos tiveram como subsídio a redemocratização ocorrida entre os anos 70 e 80, que resultaram na instituição do Sistema único de Saúde (SUS) e da saúde como dever do Estado, na Constituição Federal de 1988. Yasui (2010) destaca que, além desses fatos, a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental e a Institucionalização do Centro de Atenção Psicossocial (Caps) Professor Luiz da Rocha Cerqueira contribuíram para o protagonismo da Reforma Psiquiátrica. Além disso, as discussões no cenário internacional sobre o modelo assistencial à saúde mental também contribuíram para o protagonismo dessa Reforma. (PACHECO, 2011)

No Brasil, a expressão máxima dessa mudança de paradigma foi a edição da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, editada durante o governo de Fernando Henrique Cardoso e conquistada através da mobilização de movimentos articulados em torno dessa causa. O Movimento da Luta Antimanicomial foi o principal ator responsável pela discussão da referida reforma.

Yasui (2010) destaca que essa reforma não consiste apenas na reformulação dos serviços de saúde ofertados à população, mas trata de questionar seus valores subjacentes, o paradigma fundado no saber e na racionalidade psiquiátrica que categoriza e enclausura o sujeito e que origina a lógica manicomial. Essa racionalidade psiquiátrica é entendida pelo autor como um processo histórico social que reforça o poder do médico sobre o paciente e institui o que o Yasui chama de ‘mandato social de custódia e exclusão’.

O mesmo autor lembra que é necessário discutir as bases e o cenário atual da Reforma, tendo em vista uma ruptura ocorrida no movimento pela luta antimanicomial. Em que pese o movimento ter sido pioneiro em questionar o modelo da saúde mental como mercadoria, os avanços conquistados após muitos anos de lutas podem ser afetados pela desmobilização desse grupo.

2.2 PROBLEMAS PÚBLICOS: RECONHECIMENTO E RESPOSTAS

Gusfield (1981), ao explorar a pluralidade de realidades possíveis, ressalta que nem toda situação que é considerada dolorosa pelas pessoas torna-se uma questão pública que exige uma resposta-ação pelos agentes e órgãos públicos. Dessa forma, há um processo de construção em torno de uma questão para que ela seja considerada de pública relevância e para que, desse modo, requeira uma intervenção estatal ou institucional para solucionar um determinado problema.

Nesse diapasão, Gusfield estabelece uma diferença importante entre problemas sociais (*social problems*) e problemas públicos (*public problems*). Os problemas sociais nem sempre são objetos de conflitos e controvérsias nas arenas públicas e nem sempre requerem uma ação do poder público, ao contrário do que acontece com os problemas públicos, que são objetos de controvérsias e conflitos nas arenas públicas.

O autor defende ainda que o reconhecimento de uma questão como de pública relevância envolve características inerentes a sociedade, de forma que uma questão pode ser encarada como um problema público em uma determinada cultura e em outra não, assim como em um determinado espaço de tempo e em outro não.

Além disso, essa mesma discussão também pode ser percebida no que diz respeito ao instituto da responsabilização. O reconhecimento de uma demanda pública implica na imputação de responsabilidades. Significa dizer qual é o ator responsável por solucionar aquela demanda, quem é responsável por propor alternativas, que também serão objeto de discussão, disputas e controvérsias.

Isso tudo revela que a percepção de problemas, a proposição de alternativas e as deliberações acerca da implementação dessas alternativas são permeadas de fatores subjetivos, que envolvem valores dos formuladores e tomadores de decisão, e são processos

multiatoriais, que envolvem (ou deveriam envolver) diferentes grupos, instituições e arranjos de poder.

Cefai (2017), baseado na obra do filósofo John Dewey, defende que quando uma situação é percebida como ameaçadora para as pessoas, os bens públicos, ou outros seres e para a Terra como um todo, isso gera uma inquietação que leva essas pessoas a se organizarem para investigar, debater e experimentar. A partir disso, busca-se a definição de um problema, investigam-se suas causas, as soluções possíveis e os responsáveis por resolver essa situação problemática. Essa investigação, lembram os autores supracitados, tem uma dimensão normativa,

trata-se simultaneamente de imputar responsabilidades, denunciar negligências ou infrações, eventualmente designar vítimas e culpados, em suma, fazer julgamentos de ordem estética, moral, legal ou política a fim de reparar os danos ou punir os erros (GUSFIELD, 1981 *apud* CEFAI, 2017).

Nesse sentido, o pragmatismo defende que o processo de emergência de um problema público surge a partir de um distúrbio na vida cotidiana, ou no habitat - razão pela qual essa escola de pensamento usa a expressão “ecologia da experiência pública”. Esse distúrbio é da ordem do afeto e da sensibilidade. Nessa fase, portanto, os participantes começam a se questionar o que afeta, como afeta e quem afeta. A partir desses questionamentos, esse distúrbio percebido é debatido em torno de um campo de experiência coletiva, o qual surge da noção de que alguma coisa afeta outras coisas ou pessoas, direta ou indiretamente. Essa coletividade começa a mobilizar recursos, dispositivos simbólicos e a procurar responsáveis por resolver tal demanda. (CEFAI, 2017)

Cabe ressaltar, ainda, que um problema público sempre tem uma dimensão técnica e uma dimensão política e que ele surge a partir de uma ‘cultura pública’, uma teia de percepções, valores e respostas construídas anteriormente (historicamente). Isso significa dizer que um não surge no vazio completo, mas é sempre “pré-formatado por precedentes” (CEFAI, 2015, p. 93), nasce sempre situado e seu tratamento precisa, também, levar em conta esse contexto.

Esse processo envolve uma extrapolação do limite individual, ou privado, implica em perceber um problema que afeta uma coletividade. Desse modo, se unem em torno de uma experiência pública, aqueles que são ou não afetados por uma demanda. Essa união forma um corpo de ação que busca publicizar os problemas, envolvendo agentes e instituições públicas, na medida de suas responsabilidades. (Cefai, 2015)

2.3 ESTUDOS CRÍTICOS EM POLÍTICAS PÚBLICAS

O presente trabalho de pesquisa analisou o “Programa de Volta para Casa” a partir do olhar propiciado pela Escola dos Estudos Críticos em Políticas Públicas, que assume, entre outros materiais de pesquisa, a linguagem (verbal e não verbal) e as práticas comunicativas, sobretudo os argumentos que emergem dessas práticas.

Essa escola emerge da crítica ao cientificismo e à tradição racional-empiricista nas políticas públicas, motivo pelo qual pode ser considerada uma escola de pensamento pós-positivista. Assume uma posição de criticidade à obsessão das escolas positivistas que prezam pela neutralidade e racionalidade dos instrumentos. (Boullosa, 2021)

Os Estudos Críticos em Políticas Públicas oferecem como aporte teórico a análise metodológica de argumentos como insumos para a análise de políticas públicas. Dentre os trabalhos recente que se apoiam no olhar dos estudos críticos em Políticas Públicas, no âmbito do Departamento de Gestão de Políticas Públicas (GPP) da Universidade de Brasília (UnB), destaca-se por exemplo o trabalho de Campagnoli (2021), que realizou uma avaliação axiológica da coletiva feminista Roda das Minas (GPP/ UnB), para identificar os valores gerados nesse espaço.

2.4 A FORMULAÇÃO E OS ESTUDOS CRÍTICOS EM POLÍTICAS PÚBLICAS

Capella (2018) defende que a formulação de políticas públicas envolve a definição de uma agenda e a definição de alternativas de solução para um problema público. A autora caracteriza o processo de definição da agenda como um direcionamento da atenção em torno de questões ou problemas específicos, enquanto que o processo de definição de alternativas se apresenta como a exploração e o desenho de um plano possível para a ação.

Boullosa et al (2021) em uma narração sobre o percurso da Escola dos Estudos Críticos em Políticas Públicas cita Majone (1989), para quem os argumentos são a peça fundamental das políticas públicas. Portanto, a argumentação permeia o processo de formulação.

A Presente pesquisa usou como matéria de análise os argumentos dos atores envolvidos no processo de discussão do projeto de Lei que institui o PVC. Esse processo de

discussão é entendido aqui como integrantes do processo de formulação da política pública, em uma visão além do tradicional Ciclo de Políticas Públicas e da própria noção de políticas públicas como algo estático, como um produto. Ao contrário disso, assume-se aqui a política pública como um fluxo, sendo assim, estão inseridos intrinsecamente nela os valores, os argumentos, as discussões, os instrumentos e os resultados.

3. METODOLOGIA

3.1 A PESQUISA

A presente pesquisa buscou compreender quais são os valores que emergem do PVC, a partir do entendimento de que essa política pública é fruto de um processo maior de mudança de paradigma na assistência de pessoas com transtornos psiquiátricos, conhecida como Reforma Psiquiátrica. Embora essa Reforma tenha sido materializada no Brasil por meio de um normativo, a Lei nº 10.216/2001, essa mudança teve como ponto inicial a constituição de um movimento social que envolveu diversos grupos, com diferentes valores e percepções, mas que se articulam em torno de um ponto comum: percebem o estado da assistência à saúde mental como um problema de pública relevância e que necessita de uma resposta pública.

A partir da percepção desses grupos, que se articularam em torno de um problema ‘comum’, para questionar, debater, cobrar e sobretudo argumentar, empreende-se a busca por esses argumentos.

Dessa forma, faz-se necessário entender o percurso até a formalização da Reforma Psiquiátrica como parte do fluxo das políticas públicas. Para tanto, foi feita a revisão de literatura, por meio de publicações sobre a Reforma, com o objetivo de descrever sua emergência como um marco orientador da formulação de instrumentos de políticas públicas de assistência à saúde mental. A localização das principais obras foi feita através de pesquisa nas plataformas indexadoras de artigos acadêmicos, de forma a identificar nessa busca os autores mais citados, cujas principais obras serviram como materiais de pesquisa.

A partir disso e da noção de que um dos instrumentos do fluxo das políticas públicas voltadas à saúde mental é o PVC, buscou-se descrever e analisar criticamente o processo de discussão acerca do Programa de Volta para Casa, a partir dos materiais disponíveis, sobretudo, das discussões legislativas em torno da aprovação da Lei nº 10.708/2003, que institui o principal mecanismo do programa, que é o auxílio reabilitação psicossocial. Esses materiais foram consultados, principalmente, no sítio eletrônico da Câmara dos Deputados,

que oferece uma ficha de tramitação detalhada, com todos os documentos que foram produzidos durante a discussão do projeto de lei que originou a legislação anteriormente citada.

Portanto, investigou-se, a partir do prisma dos Estudos Críticos em Políticas Públicas, os valores que emergem do normativo que estabeleceu o instrumento acima mencionado, a partir da argumentação entre múltiplos atores.

3.2 TÉCNICAS E MATERIAIS

Essa pesquisa, para atingir os objetivos propostos, lança mão da técnica de pesquisa bibliográfica e revisão de literatura, associada à interpretação crítica de argumentos de políticas públicas.

Como material, foram utilizados os documentos produzidos nas discussões legislativa do PL que resultou no PVC para identificar, descrever e analisar os argumentos dos principais atores envolvidos nessa arena pública de discussão, a saber, os membros do poder legislativo e os integrantes do Governo Federal.

Esses documentos foram a exposição de motivos enviada pelo Governo Federal com a proposição da lei, dos quais foram extraídos argumentos do governo, a partir desses argumentos identificou-se os valores que são usados para a produção desses argumentos. Além disso, foram utilizados, também, as notas taquigráficas da sessão deliberativa da Câmara dos Deputados e a Ata da Sessão do Senado Federal em que foi discutido o projeto de lei, em substituição aos relatórios das comissões em que a matéria deveria ter sido discutida. Desse material foram extraídos os argumentos dos legisladores.

Por fim, a própria Lei que institui o auxílio-reabilitação foi utilizada como material de pesquisa para identificar os valores.

Sintetiza-se na tabela abaixo os materiais e técnicas utilizados para cumprir cada um dos objetivos propostos na pesquisa.

TABELA 1- MATERIAIS E TÉCNICAS DE PESQUISA

<i>OBJETIVO</i>	<i>MATERIAL</i>	<i>TÉCNICA</i>
descrever a emergência da Reforma Psiquiátrica como marco orientador da formulação de políticas públicas de assistência à saúde mental.	Literatura sobre o tema	Revisão de Literatura
descrever e analisar criticamente o processo de discussão do Programa de Volta para Casa (PVC)	Exposição de Motivos Ata das sessões do Congresso Nacional e Notas taquigráficas.	Identificação e apresentação dos argumentos Análise crítica em busca dos valores por trás dos argumentos.
analisar o PVC a partir das contribuições dos estudos críticos em políticas públicas.	Lei 10.708, de 31 de julho de 2003	Interpretação crítica dos argumentos, reflexão acerca dos valores que tais argumentos representam e análise crítica do disposto na Lei.

Fonte: Elaborada pelo autor

4. RESULTADOS

Nesta sessão são apresentados os resultados da pesquisa bibliográfica, que permitiu descrever e refletir criticamente sobre a emergência da Reforma Psiquiátrica como marco orientador da formulação de políticas públicas de assistência à saúde mental. Além disso, descreve-se e analisa-se criticamente o processo de discussão do Programa de Volta para Casa (PVC), mapeando a partir dos documentos oficiais produzidos na discussão do projeto de lei, os argumentos dos atores envolvidos na discussão. Por fim, a Lei n 10.708/2002, que institui o auxílio-reabilitação integrante do PVC, é analisada a partir das contribuições dos estudos críticos em políticas públicas.

4.1 O SURGIMENTO DOS MANICÔMIOS E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Em 1656, surge em Paris o Hospital Geral, fruto de um projeto de reorganização comandado pelo absolutismo francês que tinha como objetivo recolher a um local de controle os pobres, doentes, loucos que se apresentassem por vontade própria ou aqueles que para lá iam pela autoridade real ou judiciária. Tratava-se não de uma instituição médica, mas de uma entidade administrativa que, ao lado dos demais poderes constituídos, decidia, julgava e executava, nas pessoas dos médicos que ali comandavam essa instituição. Foi Instituída como instância da ordem monárquica e como um projeto da burguesia que se organizava na França nessa época. (FOUCAULT, 2012)

Com isso, iniciava-se o período de enclausuramento dos mendigos, desempregados, doentes e loucos que não mais cabiam na ordem social e econômica advinda da reorganização dos modos de produção que ocorrera na Europa. É nesse cenário que surgem os manicômios e a psiquiatria como disciplina. (DESVIAT, 2015)

É essa mesma psiquiatria que, a partir da ideia da soberania da razão, vai legitimar a prisão de não somente loucos, mas pobres, mulheres rebeldes, pessoas LGBTQ+, negros, trabalhadores revoltados com as condições de trabalho e muitos outros que não cabiam no ideal de pureza, prática que, no Brasil, instituiu o que Arbex (2013) chamou de “holocausto brasileiro”, em referência aos abusos a que eram submetidas essas pessoas nos hospitais colônias do Brasil.

O marco inaugural da psiquiatria no Brasil, para Yasui (2010), é a criação do Hospício de Alienados Pedro II. Essa criação teve como pano de fundo a atuação de médicos que estavam preocupados em solucionar o problema dos loucos internados no Hospital Santa Casa indevidamente, ou largados pelas ruas da cidade. Lançaram, assim, o lema “aos loucos, o hospício”, que resulta no ato da maioria do imperador de 18 de julho de 1841, o qual criava o Hospício de Alienados Pedro II no Rio de Janeiro.

Além desse primeiro hospício, em 1898, foi inaugurado o Hospício de Juqueri, na província de São Paulo, fruto também da pressão política, já que a província vinha passando por um amplo processo de urbanização e industrialização e que, com isso, não mais comportava os loucos que lotavam as cadeias de São Paulo. Assim como a criação do Hospício de Alienados Pedro II, esse espaço foi criado para enquadrar os desviantes da normalidade, os indisciplinados, encarados como uma pedra no caminho do progresso prometido pela burguesia.

Desse modo, consolidou-se, entre as décadas de 1920 e 1930, o cenário que já vinha se desenhando desde a inauguração do Hospício dos Alienados Pedro II. Durante boa parte do século XX, a estrutura e a lógica manicomial tornaram-se o paradigma central no tratamento dos doentes mentais. Situação que só começou a ser revertida após o final da segunda guerra mundial.

Desviat (2015) assinala que embora as críticas ao asilo tenham vindo pouco depois da própria instituição desses, somente após a Segunda Guerra Mundial é que a comunidade profissional e cultural chegou à conclusão de que os hospícios deveriam ser abolidos. O autor coloca como pontos que favoreceram a passagem para esse cenário de luta pelo fim dos manicômios, o surgimento dos medicamentos psicotrópicos, da psiquiatria institucional como meio de tratamento e a consolidação da psicanálise como alternativa terapêutica.

No Brasil, a mudança desse paradigma foi possível graças à inquietação de movimentos da sociedade civil organizada, que reuniram usuários, suas famílias, trabalhadores da saúde mental, militantes pela Reforma Sanitária e da luta antimanicomial e outros atores (YASUI, 2010) que, no contexto da redemocratização uniram-se para pressionar, questionar, argumentar e cobrar, da mesma forma como propõe Cefai (2019) em suas reflexões sobre a construção de problemas públicos a partir de uma lógica pragmatista.

O surgimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na segunda metade dos anos 70, representa um processo político implicado ética e ideologicamente que resulta em uma mudança de paradigma com a publicação da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Nesse processo os trabalhadores de saúde mental que vivenciavam a situação de violência contra os doentes mentais, os próprios internados em hospitais psiquiátricos e os familiares reuniram-se junto ao movimento pela Reforma Sanitária, que vinha ganhando protagonismo na luta por uma atenção à saúde mais democrática e acessível, para fundar um movimento que questionava práticas hegemônicas na assistência à saúde mental. (YASUI, 2010)

4.2 CRIAÇÃO E DISCUSSÃO DO PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA

A Lei que instituiu a reforma psiquiátrica garantiu que o tratamento de pessoas com distúrbios mentais fosse feito preferencialmente em seio comunitário ou familiar, e em último caso, deveria ser realizada a internação. Esse normativo garantia também uma série de direitos ao paciente, que a partir de então se tornava protagonista no tratamento, sendo ouvido e acolhido, com o principal fim de reinserção na sociedade.

Contudo, a reinserção na sociedade desses pacientes constituía outro problema público: a dependência dessas pessoas do local de internação para sobrevivência. Isso, aliada à previsão na própria Lei. 10.216/2001 de uma política planejada de reinserção social, levou o então Ministro de Estado da Saúde, Humberto Costa⁴, a propor em 29 de maio de 2003 um Projeto de Lei que previa a instituição de um Auxílio-Reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. (BRASIL, 2003).

Esse auxílio era criado “para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas” (BRASIL, 2003, p.1). Tratava-se de um auxílio pago em pecúnia diretamente aos usuários por meio de convênio com as instituições oficiais, ou aos representantes legais do paciente, em caso de incapacidade desses. À época fixou-se o valor de R\$ 240,00.

Como requisitos para receber o referido auxílio, o projeto de lei estipulava que o paciente deveria ter passado por internação psiquiátrica por dois anos ou mais. Além disso, o paciente deveria estar em condições clínicas que justificassem a permanência fora de um hospital e condições sociais que mostrassem, tecnicamente, a necessidade do auxílio financeiro. Era necessário, ainda, o consentimento do paciente ou do responsável legal, e de forma inovadora, fazia-se necessário a garantia por parte do Estado da assistência à saúde mental ao beneficiário na rede de saúde local ou nacional.

No tempo de permanência não eram considerados os períodos de internação em orfanatos ou instituições para menores, asilos, albergues ou outras instituições de amparo

⁴ Humberto Costa foi Ministro de Estado da Saúde durante o Governo Lula de 2003 a 2005

social, nem internações em hospitais psiquiátricos que sejam custeados pelo Sistema Único de Saúde - SUS ou órgãos que o antecederam e que hoje o compõem.

O pagamento do auxílio era suspenso nas hipóteses de re-internação em hospital psiquiátrico ou quando atingidos os objetivos de reintegração e autonomia do paciente.

4.2.1 A EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS: OS ARGUMENTOS E VALORES DO GOVERNO

Subscrita pelo Ministro da Saúde, Humberto Costa, a Exposição de motivos para a apresentação do projeto traz como objetivo final do projeto de lei a ressocialização de pacientes que haviam sido internados em hospitais psiquiátrico por mais de dois anos.

Com isso, o ministro cita que existia, à época do projeto, uma população de cerca de 20.000 pessoas que eram consideradas cativas da internação psiquiátrica. Isso significava que mesmo que o tratamento desses pacientes tivesse sido finalizado, clinicamente, eles não tinham possibilidades de deixar o hospital e se reintegrar familiar e socialmente, por causa da perda dos vínculos familiares e sociais ou das dificuldades socioeconômicas de suas famílias de origem. Problema esse que seria alvo do instrumento de política pública proposto no PL. (BRASIL, 2003)

Além disso, o ministro ressalta que o auxílio é parte de uma política responsável e humana de desinstitucionalização e que esse instrumento foi adotado por diversos países que se destacaram na substituição da psiquiatria asilar.

O Projeto de Lei previa, ainda, a responsabilidade do SUS no acompanhamento dos beneficiados na rede de atenção à saúde mental desse sistema e a integração aos serviços residenciais terapêuticos, aos centros de atenção psicossocial e a iniciativas de inserção social e familiar, com fundamento na Lei que instituiu a Reforma Psiquiátrica.

4.2.2 A DISCUSSÃO NA CÂMARA DOS DEPUTADOS: OS ARGUMENTOS DOS DEPUTADOS

Após a apresentação do PL 1.152/2003, o Deputado Paulo Delgado requereu a tramitação do projeto em regime de urgência, o que foi aprovado pelo plenário da casa em 11 de junho de 2003. Nessa mesma data, a Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (CD) despachou no sentido de apensar o PL 1.151/2003 ao Projeto de Lei 161/2003.

O PL 161/2003 dispunha que os portadores de doenças mentais também teriam direitos aos benefícios previstos na Lei Orgânica de Assistência à Saúde. A diferença nos assuntos tratados pelo PL 161 e PL 1.152 levou os deputados Paulo Delgado e Ângela Guadagnim a protocolarem um requerimento de desapensação, que foi acolhido pela mesa diretora da Câmara em 04/07/2004.

Em 09 de julho de 2003 ocorreu a sessão ordinária da CD na qual foi discutida a matéria do Projeto de Lei 1.152/2003.

Embora o PL 1152 tenha sido encaminhado às Comissões de Seguridade Social e Família, Finanças e Tributação e de Constituição e Justiça, os pareceres foram proferidos na própria sessão deliberativa do projeto, em regime de substituição.

O Deputado Paulo Delgado (PT-MG) foi o responsável por emitir parecer em substituição à Comissão de Seguridade Social e Família, conforme descrito nas notas taquigráficas daquela sessão. Nesse parecer, o deputado ressalta o alcance social e terapêutico da medida. Além disso, ele argumenta a relevância de discutir a matéria de forma urgente, citando o caso da lei 10.216/2001:

“Sob todos os aspectos, a Exposição de Motivos do Sr. Ministro deixa bastante claro o alcance social e terapêutico da medida. Quem acompanhou a tramitação da Lei nº 10.216, de 2001, sabe que ficou longo tempo no Congresso Nacional — mais de 12 anos.” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2003)

Por fim, o Deputado argumenta que a matéria é “sob todos os aspectos, meritório e defensável do ponto de vista orçamentário, técnico e terapêutico.” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2003b, p. 667)

O parecer em substituição à Comissão de Finanças e Tributação foi proferido pelo Deputado Benedito Dias do Partido Progressista do Amapá que concluiu pela adequação financeira e orçamentária do projeto, recomendando a aprovação.

O Deputado Luiz Sérgio (PT-RJ) emitiu parecer em substituição à CCJR. Nesse documento, o parlamentar cita a experiência do caso do Programa Municipal, no âmbito do município de Angra dos Reis, “De volta para casa”, instituído por esse relator. Ele cita como resultado da implantação desse instrumento o retorno de pessoas que há muito tempo estavam internadas em casas psiquiátricas ao município de origem.

No parecer do Deputado, ele cita:

Naquela época, senti-me feliz com a implantação do projeto. Hoje, na condição de Deputado Federal, sinto-me mais ainda, por ver que o Governo Lula aproveitou as boas experiências administrativas do Partido dos Trabalhadores, que alcunhou o modo petista de governar. (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2003b, p. 670)

Na discussão da matéria, falou ainda o Deputado Luiz Couto (PT-PB), que ressaltou a importância do projeto para reintegrar os pacientes psiquiátricos à sociedade e que esses pacientes, quando deixam os hospitais psiquiátricos, não são bem recebidos pela família. Os demais deputados retiraram a inscrição para falar.

4.2.3 A DISCUSSÃO NO SENADO FEDERAL: OS ARGUMENTOS DOS SENADORES

O projeto de lei aprovado na CD chegou ao Senado Federal sob a forma do Projeto de Lei da Câmara (PLC) 51/2003, tramitado em regime de urgência. A esse projeto foram adicionadas duas propostas de emenda, ambas de autoria do Senador Almeida Lima.

A Primeira Emenda apresentada pelo senador previa que seria nomeado, por um Juiz, um representante legal para receber o benefício, nos casos de incapacidade e de “controvérsias quanto à capacidade do beneficiário/representante legal” (SENADO FEDERAL, 2003, p. 19610).

A segunda emenda previa que o Ministério Público iria acompanhar o recebimento do benefício. Como justificativa para as duas matérias, o proponente cita a necessidade de agilidade, já que o julgamento do discernimento e aptidão do beneficiário ou de seu representante legal é um processo burocrático e lento. (*idem*, 2003, p. 19610)

O PLC 51/2003 foi relatado em plenário pelo Senador Mão Santa do PMDB do Rio de Janeiro, médico cirurgião.

Em seu parecer, disponível na ata constante no Diário do Senado Federal de julho de 2003, o Senador chama atenção para os seguintes pontos:

- O conceito de saúde da OMS não faz referência apenas à ausência de enfermidade ou doença e sim ao mais completo bem-estar físico, social e mental.
- Há esforço do Governo Federal em aprimorar o bem-estar mental e em diferenciar os problemas emocionais temporários dos casos de patologia crônica.
- Deve-se levar em consideração o fato de, na cultura brasileira, ser comum que os acometidos de problemas relacionados à saúde mental serem encaminhados, primeiramente, a centros ou cultos religiosos ou buscarem ajuda de práticas de feitiçaria ou espiritismo, o que, de acordo com o Senador, não oferece a cura desejada.
- Apenas em uma segunda fase, o Senador considera que a família, na cultura brasileira, busca o médico especialista, o psiquiatra. Com isso, dois cursos são possíveis de acontecer: pode o doente se curar ou a doença se prolongar. Contudo, considera importante que o doente permaneça em seu local e mantenha relação com sua família.
- O prolongamento das enfermidades psíquicas pode implicar em outros riscos, levando o paciente a se tornar um problema dentro da família, uma complicação na vida normal dos demais familiares;
- Com esse prolongamento, a nossa cultura leva a um terceiro caminho: a família se cansa de dar o apoio necessário, e o doente, constrangido, foge de casa, passando a morar nas ruas.
- Em outra situação, a família o encaminha a um hospital psiquiátrico, aquele que a nossa sociedade chama de manicômio.
- Os esforços do Governo Federal na criação dos CAPS e dos Serviços Residenciais Terapêuticos.
- O trabalho empreendido para fechar os manicômios existentes e os demais progressos trazidos pela aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica.

- O alto número de pacientes dependentes dos manicômios;
- O alto número de pessoas adictas que procuram os hospitais psiquiátricos ou os CAPS
- O possível número de beneficiários do programa;

Com esses argumentos, o relator Sen. Mão Santa emitiu parecer favorável ao projeto de lei, rejeitando as emendas propostas com a justificativa de urgência de tramitação da proposta. A partir da fala do Senador relator encontrada na ata da sessão foi possível extrair os argumentos desse parlamentar. Esses argumentos foram sintetizados na forma de tabela para facilitar a análise.

Tabela 2- Falas e Argumentos do Senador Relator da Proposta.

<i>FALA</i>	<i>ARGUMENTO</i>
O conceito de saúde da OMS não faz referência apenas à ausência de enfermidade ou doença e sim ao mais completo bem-estar físico, social e mental.	Ampliação do conceito de saúde para contemplar o bem-estar mental e social;
Há esforço do Governo Federal em aprimorar o bem-estar mental e em diferenciar os problemas emocionais temporários dos casos de patologia crônica.	Necessidade de estabelecer diferenças entre patologias agudas e crônicas/permanentes
Deve-se levar em consideração o fato de, na cultura brasileira, ser comum que os acometidos de problemas relacionados à saúde mental serem encaminhados, primeiramente, a centros ou cultos religiosos ou buscarem ajuda de práticas de feitiçaria ou espiritismo, o que, de acordo com o Senador, não oferece a cura desejada.	A crença da população brasileira é maior nas experiências religiosas/espirituais do que nas práticas científicas;
Apenas em uma segunda fase, o Senador considera que a família, na cultura brasileira, busca o médico especialista, o psiquiatra. Com isso, dois cursos são possíveis de acontecer: pode o doente se curar ou a doença se prolongar. Contudo, considera importante que o doente permaneça em seu local e mantenha relação com sua família.	O adiamento da procura ao médico leva ao prolongamento do sofrimento;
O prolongamento das enfermidades psíquicas pode implicar em outros riscos, levando o paciente a se tornar um problema dentro da família, uma complicação na vida normal dos demais familiares;	O doente mental se torna um FARDÃO para a família;
Com esse prolongamento, a nossa cultura leva a um terceiro caminho: a família se cansa de dar o apoio necessário, e o doente, constringido, foge de casa, passando a morar nas ruas.	Um problema de saúde não tratado pode se tornar um problema urbano (de segurança pública, de moradia, de insegurança alimentar, pobreza, etc)
Em outra situação, a família o encaminha a um hospital psiquiátrico, aquele que a nossa sociedade chama de manicômio.	Desresponsabilização da família e do Estado e transferência de responsabilidade para um "manicômio" (em que o paciente é isolado)

Fonte: elaboração do autor, com dados do Diário do Senado Federal.

Aberta a discussão da matéria, discursaram os senadores, com os respectivos argumentos:

- **Hélio Costa (PMDB- MG):** ressaltou os avanços da Reforma Psiquiátrica, mas assinalou que essa deixou uma lacuna ao não prever mecanismos de amparo aos pacientes que foram e serão objetos de desospitalizações conforme previsto na Lei. Essa lacuna é corrigida pelo PLC 51/2003, que possibilita o retorno dos pacientes a um ambiente familiar, ressaltou o Senador.
- **Flávio Arns (PT- PR):** defendeu que o valor repassado fosse aumentado, haja vista que o dispêndio com esse benefício significa um gasto a menos com os hospitais psiquiátricos. Esse parlamentar também ressaltou a necessidade de outros instrumentos para além do auxílio financeiro, como uma rede de apoio à família dos pacientes, a disponibilização de medicamentos, a ampliação da rede de atenção à saúde mental para além da instituição do auxílio financeiro.
- **Heloísa Helena (PT-AL):** Destacou o papel das entidades que colaboraram com a luta antimanicomial e a falta de divulgação na mídia da matéria. Além disso, a senadora levantou a dificuldade dos familiares em reatarm laços com os pacientes psiquiátricos que estão muitas vezes envolvidos à tentativa de suicídio, agressões domésticas, etc.
- **Tião Viana (PT-AC):** O parlamentar alcunhou o projeto de lei como uma experiência inovadora para os portadores de deficiência mental (sic). O senador pontou também a falta de discussão da matéria na mídia e a experiência do proponente do PL, Ministro Humberto Costa como médico psiquiatra, e destacou o otimismo com o número de beneficiados possíveis do programa.
- **Aloizio Mercadante (PT-SP)** o Senador defendeu que o projeto reduz os custos, aumenta a eficiência e humaniza o tratamento, além de romper com o modelo atrasado de hospitalização.

Da mesma forma, sistematizou-se abaixo, na forma da tabela 3, as falas dos senadores e os argumentos levantados nessas discussões.

Tabela 3- Falas e Argumentos dos Senadores

<i>SENADOR</i>	<i>FALA</i>	<i>ARGUMENTO</i>
Hélio Costa (PMDB- MG)	ressaltou os avanços da Reforma Psiquiátrica, mas assinalou que essa Lei deixou uma lacuna ao não prever mecanismos de amparo aos pacientes que foram e serão objetos de desospitalizações conforme previsto na Lei. Essa lacuna é corrigida pelo PLC 51/2003, que possibilita o retorno dos pacientes a um ambiente familiar, ressaltou o Senador.	-o tratamento desse problema público deve mobilizar outros instrumentos, além do fechamento de manicômios que possibilitem a ampliação da rede de assistência.
Flávio Arns (PT- PR)	defendeu que o valor repassado fosse aumentado, haja vista que o dispêndio com esse benefício significa um gasto a menos com os hospitais psiquiátricos. Esse parlamentar também ressaltou a necessidade de outros instrumentos para além do auxílio financeiro, como uma rede de apoio à família dos pacientes, a disponibilização de medicamentos, a ampliação da rede de atenção à saúde mental para além da instituição do auxílio financeiro.	gasto eficiente dos recursos público; o repasse do benefício pecuniário é importante, mas não é suficiente, a política precisa ser transversal e não meramente econômica, ativando múltiplos dispositivos.
Heloísa Helena (PT-AL):	Destacou o papel das entidades que colaboraram com a luta antimanicomial e a falta de divulgação na mídia da matéria. Além disso, a senadora levantou a dificuldade dos familiares em reataram laços com os pacientes psiquiátricos que estão muitas vezes envolvidos à tentativa de suicídio, agressões domésticas, etc.	reconhecimento do papel de atores não estatais; esse problema público deve ser tratado de forma multiatorial, envolvendo outras entidades; necessidade do debate ser divulgado na mídia; a controvérsia do papel da família no tratamento do paciente;

Tião Viana (PT-AC):	O parlamentar alcunhou o projeto de lei como uma experiência inovadora para os portadores de deficiência mental (sic). O senador pontou também a falta de discussão da matéria na mídia e a experiência do proponente do PL, Ministro Humberto Costa como médico psiquiatra, e destacou o otimismo com o número de beneficiados possíveis do programa.	necessidade de ampliação do debate; os pressupostos e valores do Ministro que propôs a matéria; a fala do parlamentar demonstra a necessidade de desestigmatizar os problemas psiquiátricos;
Aloizio Mercadante (PT-SP)	o Senador defendeu que o projeto reduz os custos, aumenta a eficiência e humaniza o tratamento, além de romper com o modelo atrasado de hospitalização.	eficiência econômica; inovação em políticas públicas; humanização;

Fonte: Elaboração do autor, com dados do Diário do Senado Federal.

4.3 OS VALORES POR TRÁS DOS ARGUMENTOS

Os argumentos apresentados pelo Ministro Humberto Costa, na exposição de motivos, trazem consigo, entre outros, os valores de desinstitucionalização, reinserção familiar, reinserção social e de tratamento humanizado, valores semelhantes aos da luta antimanicomial. O fato desse ministro já ter atuado como médico psiquiatra na rede pública mobiliza os pressupostos e valores do próprio ator na dinâmica da proposição da política pública.

Os argumentos apresentados pelos deputados, na tramitação do projeto naquela casa, demonstram a preocupação também com a reinserção na sociedade e o norteamento dos valores antimanicomiais, do retorno à casa e à origem, no caso do Deputado Luiz Sérgio.

Dentre esses argumentos, o Deputado Luiz Couto cita os casos em que os pacientes egressos da internação em hospitais psiquiátricos não são bem recebidos pela família. Nesse sentido, pode-se inferir a importância do valor da autonomia do paciente em relação à própria família, isso significa dizer, em uma análise crítica, que o auxílio possibilita o beneficiário estar de volta à sociedade, à SUA casa, o que não necessariamente significa o retorno à família. Esse ponto também evidencia a controvérsia entre o amparo familiar, proporcionado pelo benefício e a própria dinâmica da família que, por vezes, não tem condições emocionais de receber o paciente de volta à casa.

Esse ponto precisa ser colocado em debate com os demais valores de reintegração e apoio familiar, haja vista que, como ressaltado na fala da Senadora Heloísa Helena, a própria relação dos pacientes com a família pode ter se desgastada como consequência da doença psíquica. Desse modo, não haveria um retorno à casa de origem, mas sim um retorno apenas a uma “casa” no sentido subjetivo, ou a outra casa, que pertence à própria pessoa, revelando o valor da autonomia, como citado anteriormente.

Na discussão do plenário do Senado Federal, percebe-se os mesmos valores de desinstitucionalização, autonomia do paciente, integração social.

O discurso do Senador Flavio Arns ressalta a necessidade de instrumentos de políticas públicas integrados e transversais o que requer do poder público algo além do auxílio financeiro aos beneficiários do programa, sendo necessário também ampliar a rede de assistência à saúde, com a conscientização, escuta e amparo dos familiares e amigos dos pacientes.

A fala do Senador Tião Viana revela um ponto importante, a experiência do Ministro da Saúde, Humberto Costa, como médico psiquiatra. Esse ponto dialoga com a noção trazida pelos estudos críticos em políticas públicas de que as políticas públicas são feitas também de valores, pressupostos e crenças de quem as formula e as implementa.

Portanto, conclui-se que os valores de “integração social”, “tratamento digno”, “autonomia” e “desospitalização” emergem de diversas falas e discursos de Senadores e Deputados, como apresentado acima e proferidos durante a discussão do Projeto de Lei, que resultou na publicação - na forma como proposta - da Lei 10.708, de 31 de julho de 2003.

Por outro lado, as falas e discursos também denotam conflitos e contradições, indicam que tais valores são de difícil operacionalização (correndo o risco de permanecerem apenas no nível do discurso) e revelam a complexidade não apenas desse problema público, mas do caminho que ainda precisamos percorrer, socialmente, para a desestigmatização desses pacientes e de suas famílias, com o intuito de conferir-lhes um tratamento adequado e digno, para além do auxílio financeiro.

4.4 ANÁLISE DA LEI N ° 10.708 DE 31 DE JULHO DE 2003

Após a discussão e aprovação da matéria no Congresso Nacional, o Projeto de Lei 1152/2003 foi sancionado e a Lei 10.708 foi publicada em 31 de julho de 2003. Essa publicação efetiva a criação do auxílio-reabilitação psicossocial dentro do Programa de volta para casa, destinado à assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas.

O valor do benefício, à época, era de R\$ 240,00. Atualmente, o valor é de R\$ 500,00 e é pago por meio das instituições conveniadas ao paciente ou representante legal, assim como propunha o PL encaminhado pelo Ministro Humberto Costa.

A duração do pagamento é de um ano, que pode ser estendida por mais um ano até o cumprimento dos objetivos de ressocialização do paciente.

Os requisitos cumulativos para a inclusão de paciente psiquiátrico como beneficiário do programa são:

“ 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 expreso 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.” (BRASIL, 2003)

Na contagem de tempo como requisito ao ingresso no programa não são consideradas as internações em instituições para menores, como os orfanatos, asilos, albergues ou outras instituições de amparo social. Além disso, internações em hospitais psiquiátricos que não foram custeadas pelo Sistema Único de Saúde - SUS ou órgãos que o antecederam e que hoje o compõem também não eram consideradas.

Percebe-se que o texto da Lei é o encaminhado pelo Ministro quando propôs a matéria ao Congresso Nacional.

Como valor que emerge da própria lei, identifica-se a preocupação da integração social do paciente a uma rede de cuidados em saúde mental, como demonstra o inciso IV do artigo 3º do normativo. Isso indica uma preocupação em promover um cuidado integral do paciente, e oferece instrumentos de controle das equipes de saúde dessa rede, que acompanhará o paciente.

Contudo, embora seja um fator de economia de recursos, o requisito da duração do tratamento em dois anos demonstra um valor negativo de exclusão de outros pacientes, que embora tenham sido submetidos à internação psiquiátrica, não o foram por tempo suficiente para recebimento do auxílio.

Essa mesma exclusão aparece na vedação de extensão dos benefícios aos internados em hospitais psiquiátricos que, embora sejam frutos da mesma lógica de exclusão que criaram os hospitais psiquiátricos públicos, por não serem financiados com os recursos de um sistema UNIVERSAL de saúde, não são abrangidos pela legislação. Outrossim, essa vedação alcança um ponto ainda mais sensível, a exclusão de pacientes internados em Comunidades

Terapêuticas, locais que se destinam formalmente à assistência psiquiátrica comunitária, mas que funcionam como instrumentos de controle e repressão de forma semelhantes aos manicômios que foram encerrados pela Reforma Psiquiátrica.

Pesquisas anteriores a essa, analisaram o PVC a partir de outros aspectos, não por meio dos argumentos elaborados por autoridades estatais, mas por meio de entrevistas individuais e coletivas com os beneficiários do Programa, buscando reconstruir suas narrativas de vida (Guerrero et al., 2019; BESSONI et al., 2019)

Guerrero et al (2019) empreenderam uma pesquisa multimetodos que envolveu o contato direto com os beneficiários do programa, através de entrevistas individuais e coletivas e observação participante. Os autores concluíram que o PVC proporcionou ganhos individuais importantes aos beneficiários, contribuindo com a inserção social, de forma que esse instrumento se revela como um dispositivo na construção de cidadania e de aumento do poder contratual no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Nessa mesma toada, Bessoni et al (2019, p. 1) concluíram a partir da análise de narrativas dos beneficiários que o Programa de Volta para Casa, associado à moradia, possibilitou o aumento do poder contratual nos pacientes em processo de desinstitucionalização, com impactos no cuidado de si, no estabelecimento de relações afetivas, efetivando a circulação na cidade, o consumo de bens e serviços e, conseqüentemente, maior capacidade de expressão, comunicação e posicionamento crítico. Foi possível observar novas esferas de negociação engendradas pelo recebimento do dinheiro.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica representou uma mudança de paradigma no tratamento de pessoas loucas, devolvendo a dignidade e o livre exercício da cidadania a esse grupo de pessoas, além de prevê a reinserção na sociedade desses sujeitos. Contudo, as falas dos atores legislativos mostram uma lacuna para que essa reinserção seja efetivada: para onde iriam os desintitucionalizados? De volta para casa? E quando a casa não é um local de acolhimento para essas pessoas?

O programa de volta para casa apresenta-se como uma caminho possível para preencher essa lacuna.

O PL 1152/2003, enquanto instrumento de política pública e como encontrado na pesquisa bibliográfica, surge da inquietação de um grupo de pessoas que resolvem questionar o modelo vigente, argumentar sobre possíveis caminhos para transformá-lo e, através da pressão ao poder público, reconstruir um ‘problema público’ e agir. Essa percepção leva a um caminho: a assistência de pessoas com transtornos psiquiátricos representava não apenas um problema privado (de indivíduos ou de famílias), mas sim um problema de pública relevância, com rebatimentos coletivos e sociais, inclusive para além da esfera da saúde. Com esses argumentos, esse problema foi levado para uma arena pública de reflexão e de decisão.

No Brasil, no cenário do instrumento de política pública aqui analisado, esse problema passou a ser mais discutido publicamente, no âmbito do Congresso Nacional, por iniciativa de um Ministro que também era médico psiquiatra, com valores e pressupostos advindos não só de sua atuação nessa profissão, mas também da sua experiência da gestão pública.

Durante a discussão, foi possível encontrar valores positivos, muito dos quais dialogam com os próprios valores do movimento antimanicomial, que exerceu a pressão para a emergência da Reforma Psiquiátrica e do PVC.

Os valores negativos encontrados nos argumentos dos atores envolvidos na discussão no legislativo se concentram na racionalidade econômica da política, isto é, na noção de eficiência econômica muito citada pelos Parlamentares e na simplista noção de que o dinheiro resolve um problema de autonomia.

Além disso, a preocupação externada por alguns dos senadores quanto o acolhimento da família revela um valor negativo do próprio instrumento: a possível sobrecarga da família, é preciso compreender que muitas famílias não estão preparadas emocionalmente pra lidar com a assistência à pacientes psiquiátricos, que como demonstrado anteriormente, é um problema público, não privado.

Isso implica também questionar o “casa” presente no nome do Programa Público, já que a casa, pensada como o local de habitação da família pode não ser um local de acolhimento para o beneficiário do programa.

Dentre as falas dos senadores foi possível perceber ainda dois valores negativos: o estigma da deficiência mental, que remete ao valor negativo do capacitismo, o que revela a necessidade de ampliar a discussão sobre doenças mentais e deficiências mentais e a diferença

entre elas que exigem manejos diferentes. Além disso, está presente o valor da intolerância religiosa em uma fala do Senador relator da proposta. É necessário reconhecer a importância das experiências religiosas no apoio de pacientes com transtornos psiquiátricos.

A principal limitação dessa pesquisa é o que impediu que fossem analisados outros valores: a inexistência de material que mostrassem argumentos contrários a matéria proposta. Isso, por outro lado, revela-se um achado, a ausência de controvérsia na arena pública de discussão, o que pode ter como causa uma articulação anterior para a aprovação da proposta.

Outra limitação é a de analisar os valores dos próprios beneficiários do programa, devido à escassez de tempo- e o conflito ético que exigiria aprovação do Comitê de Ética em pesquisa. Esse limite, porém, foi preenchido com as obras de Guerrero *et al* (2019) e Bessoni *et al* (2019).

Com essa pesquisa, desenha-se um caminho possível para analisar se os argumentos e valores emergentes no contexto de discussão do projeto de lei que institui o PVC e do normativo que o efetiva dialogam com os valores percebidos pelos próprios usuários. Além disso, pesquisas objetivando analisar a articulação por trás da aprovação desse projeto de lei revela-se de todo interessante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARBEX, Daniela. **HOLOCAUSTO BRASILEIRO: Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil.** São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARRETO, Jubel. **O Umbigo da Reforma Psiquiátrica: Cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental.** Juiz de Fora: Editora UFJF, 2005.

BESSONI, Enrique et al. Narrativas e sentidos do Programa de Volta para Casa: voltamos, e daí?. **Saúde e Sociedade**, v. 28, p. 40-53, 2019.

BRASIL. Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. 2001

BRASI. Lei n º 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília: 2003.

BOULLOSA, Rosana de Freitas; PERES, Janaina Lopes Pereira; BESSA, Luiz Fernando Macedo. **Por dentro do campo: uma narração reflexiva dos estudos críticos em políticas públicas.** **Organizações & Sociedade**, v. 28, p. 317-342, 2021.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei 1.152. **Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.** Brasília, 2003a.

_____. Notas Taquigráficas da sessão: 009.1.52.E. Brasília, 2003b.

CAMPAGNOLI, Leticia Zamarion. Coletiva “Roda das Minas” como experiência pública: uma avaliação axiológica das rodas de conversa feministas. 2021.

CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt. **Formulação de políticas públicas.** Brasília: ENAP, 2018.

Creswell, John, W. e J. David Creswell. *Projeto de Pesquisa: Métodos Qualitativo, Quantitativo e Misto.* Grupo A, 2021.

DE SOUZA COELHO, Fernando et al. Dossiê-Campo de Públicas no Brasil: definição, movimento constitutivo e desafios atuais. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 6, n. 3, p. 110-126, 2014.

DESVIAT, Manuel; RIBEIRO, Vera. **A reforma psiquiátrica**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2015.

FACUNDO, Jessica Aparecida Militão. Cidade Argumentada. 2019. 93 f., il. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Gestão de Políticas Públicas)—Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

FISCHER, Frank et al. Introduction to critical policy studies. In: **Handbook of critical policy studies**. Edward Elgar Publishing, 2015. p. 1-24.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura: na idade clássica**. 9ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2012.

GUERRERO, André Vinicius Pires et al. O programa de Volta para Casa na vida cotidiana dos seus beneficiários. *Saúde e Sociedade*. v. 28, p. 11-20, 2019.

LIMA, Helder de Pádua et al. Avanços e desafios do Programa de Volta para Casa como estratégia de desinstitucionalização: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 89-100, 2022.

PACHECO, Júlia de Albuquerque. **O hospital de custódia e tratamento psiquiátrico: revisão dos estudos brasileiros**. 2011. 50 f. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

PACHECO, Juliana Garcia. **Reforma psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência**. Curitiba: Juruá, 2009.

QUARTIERO, Maria Fernanda; BARRANCOS, Luciana. **A evolução das políticas em saúde mental no Brasil**. 2021. Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br/linha-do-tempo/2021/A-evolu%C3%A7%C3%A3o-das-pol%C3%ADticas-em-sa%C3%BAde-mental-no-Brasil>. Acesso em: 09 mar. 2022.

RAGIN, Charles C. **La construcción de la investigación social: Introducción a Los Métodos Y a Su Diversidad**. Siglo del hombre editores, 2007.

YASUI, Silvio. **RUPTURAS E ENCONTROS: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.