



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**  
**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**  
**ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>. MSC. PATRÍCIA PINHEIRO**

**CONTRIBUIÇÕES DO PROGRAMA VIDA EM CASA PARA A  
CONSOLIDAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO DISTRITO FEDERAL**

**CAROLINA FERRAZ LIMA**

**BRASÍLIA**

**2009**

**CAROLINA FERRAZ LIMA**

**CONTRIBUIÇÕES DO PROGRAMA VIDA EM CASA PARA A  
CONSOLIDAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO DISTRITO FEDERAL**

Monografia apresentada ao Departamento de serviço social da  
Universidade de Brasília como parte dos requisitos para a  
obtenção do grau de Assistente Social, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>.  
Msc. Patrícia Pinheiro.

**Brasília – DF, junho de 2009**

**CONTRIBUIÇÕES DO PROGRAMA VIDA EM CASA PARA A  
CONSOLIDAÇÃO DA REFORMA NO DISTRITO FEDERAL**

**Por**

**Carolina Ferraz Lima**

Monografia apresentada ao Departamento de serviço social da  
Universidade de Brasília como parte dos requisitos para a  
obtenção do grau de Assistente Social, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>.  
Msc. Patrícia Pinheiro

09 de julho de 2009.

**Banca Examinadora**

---

**Prof<sup>a</sup>. Msc. Patrícia Pinheiro**

---

**Prof<sup>o</sup>. Mário Ângelo Silva**

---

**Jamila Zgiet Rodrigues Santos**

## **Agradecimentos**

Agradeço à equipe do PVC pela colaboração, atenção e compreensão, em especial ao Mário por, gentilmente, ter se disponibilizado a me acompanhar nas entrevistas com as famílias, e à Anunciação, por quem nutro uma admiração muito grande pelo seu exemplo de força e determinação. Agradeço também às familiares pela receptividade e gentileza por me concederem as entrevistas.

Agradeço aos meus irmãos, Naty e Guga, pela parceria tão bela que muito me fortalece e que transcende qualquer obrigatoriedade dos laços sanguíneos. Agradeço a minha tia Raimunda pelas palavras de conforto que me ajudaram a enfrentar os obstáculos que se apresentaram de forma tão dolorosa durante a construção desta pesquisa e pela sua amizade.

Agradeço à minha amiga-irmã Camila, um porto-seguro na minha vida e com quem dividi o interesse pelo tema saúde mental. Agradeço à Dayane pela amizade fortalecida durante esse semestre que, em todos os dias que o compôs, testou nossa coragem e perseverança. Agradeço à senhorita Juliana, sua amizade foi um dos maiores e mais bonitos presentes que a vida pôde me oferecer esse ano. Agradeço a Fabi pela amizade e pelo exemplo de coragem. Agradeço ao Pedro pelos aforismos nietzchianos e por ter me apresentado ao senhor “Vinícius”. Agradeço à Anna por ter me proporcionado momentos tão gostosos e divertidos, que tornaram mais leve esse momento tão complicado, e com quem divido o amor pelo Noel.

Agradeço a todos aqueles que me acompanharam e me apoiaram durante esse tempo de formação acadêmica, em que me permitiram transitar por várias áreas, vários caminhos e possibilidades de conhecimento e tive a oportunidade de conhecer pessoas que muito me acrescentaram, indicando livros interessantes, proporcionando conversas descontraídas e/ou discussões calorosas e construtivas, dividindo momentos de racional sanidade e de deliciosas loucuras. Com os quais pude fazer trocas criativas e importantes para o meu crescimento.

## Resumo

O Programa Vida em Casa é o único serviço de saúde mental do Distrito Federal que oferece atendimento aos usuários dentro do ambiente familiar, por meio de uma equipe multiprofissional que trabalha de forma a garantir-lhes o acesso ao tratamento medicamentoso, aos seus direitos e a promover e valorizar a participação familiar nos processos de tratamento. Atuando dessa forma, o programa possibilita uma assistência desinstitucionalizada e promove a reinserção social de pessoas acometidas por transtornos mentais, trabalhando segundo as propostas da reforma psiquiátrica instituída, em 2001, pela lei nº. 10.216. Diante de uma rede pública de saúde mental marcada pela precariedade de ações que visem efetivar a reforma psiquiátrica na região, o PVC vem se destacando pelo tipo de trabalho que desenvolve e pelos resultados obtidos. Para melhor compreender essa atuação diferenciada, esta pesquisa pretendeu investigar as contribuições do PVC para a consolidação da reforma psiquiátrica no DF a partir da análise das avaliações, impressões e expectativas de profissionais e familiares dos usuários vinculados ao programa. Para tanto, foram aplicadas entrevistas semi-estruturadas com ambos os grupos, e as informações obtidas foram analisadas e confrontadas. O que trouxe como resultado principal o fato de que o PVC gera impactos positivos nas vidas dos usuários e de suas famílias pela forma como atua, contudo seu potencial de ação encontra-se comprometido pela escassez de recursos materiais e humanos.

**Palavras-chave:** saúde mental; reforma psiquiátrica; participação familiar; Programa Vida em Casa; desinstitucionalização; reinserção social.

## **Lista de Siglas**

BPC – Benefício de Prestação  
CAPS- Centro de Atenção Psicossocial  
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CNSM – Congresso Nacional de Saúde Mental  
CNTSM – Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental  
CPPII - Centro Psiquiátrico Pedro II  
CRAS – Centro de Referência em Assistência Social  
DINSAM – Divisão Nacional da Saúde Mental  
GESAM-DF – Gerência de Saúde Mental do Distrito Federal  
HPAP – Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico  
HSVP – Hospital São Vicente de Paula  
ISM – Instituto de Saúde Mental  
MTSM – Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental  
PNSM – Política Nacional de Saúde Mental  
PSF – Programa Saúde da Família  
PVC – Programa Vida em Casa  
REME - Renovação Médica  
SEDEST – Secretaria de Desenvolvimento Social e Trabalho  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UNB – Universidade de Brasília  
UNICEUB – Centro Universitário de Brasília  
UNIP – Universidade Paulista

## Sumário

<b>Introdução</b> .....	8
Metodologia de Pesquisa.....	11
<b>Capítulo I</b>	
1. Reforma psiquiátrica.....	13
1.1 Breve histórico da reforma psiquiátrica.....	13
1.1.1 <i>As reformas</i> .....	16
1.2 A reforma no Brasil.....	21
1.2.1 <i>Lei 10.216: a lei da reforma psiquiátrica</i> .....	25
1.2.2 <i>Políticas da reforma Psiquiátrica</i> .....	27
1.3 Reforma no Distrito Federal.....	28
<b>Capítulo II</b>	
2. Programa Vida em Casa: um instrumento de fortalecimento da reforma no Distrito Federal.....	31
2.1 A família e o adoecimento psíquico.....	31
2.2 O Programa Vida em Casa.....	35
2.2.1 <i>Surgimento do PVC</i> .....	35
2.2.2 <i>Objetivos</i> .....	36
2.2.3 <i>Recursos</i> .....	37
2.2.4 <i>Clientela/Usuários</i> .....	38
2.2.5 <i>Ações e atividades do programa</i> .....	38
<b>CAPÍTULO III</b>	
3. Pesquisa de Campo.....	41
3.1 Visão dos profissionais.....	41
3.2 Visão das familiares.....	47
3.3 Discutindo os Resultados.....	51
<b>Considerações Finais</b> .....	54
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	56
<b>Anexos</b>	

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretende investigar a contribuição do “Programa Vida em Casa” (PVC), de saúde mental, desenvolvido no Distrito Federal, para a implementação da reforma psiquiátrica no Distrito Federal, buscando evidenciar seus alcances e limitações.

A atual política nacional de saúde mental, apoiada na lei 10.216/01 - a qual redireciona o modelo assistencial de saúde mental - vem promovendo ações e políticas que consolidem a implantação da reforma psiquiátrica no país. A política nacional de saúde mental tem por objetivos a redução progressiva de leitos psiquiátricos, a qualificação, expansão e fortalecimento das redes extra-hospitalar - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) - a inclusão de ações da saúde mental na atenção básica, a implementação do programa “De Volta Para Casa”, a manutenção de um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica, a promoção de direitos dos usuários e dos familiares e a avaliação contínua de todos os hospitais psiquiátricos. Buscando, dessa forma, desconstruir o modelo hospitalocêntrico – durante anos hegemônico na atenção à saúde mental brasileira- e fortalecer a rede extra-hospitalar de base comunitária<sup>1</sup>.

Contudo, a implementação da reforma psiquiátrica no Brasil se dá de forma desigual nas diferentes regiões e capitais do país. Segundo dados do Ministério da Saúde, o Distrito Federal é, hoje, a segunda capital com a pior cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do país – ficando à frente, apenas, do estado do Amazonas -, os quais são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental<sup>2</sup>, pois devem ser substitutivos ao hospital psiquiátrico, regulando a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental, promovendo a inserção social das pessoas com transtornos mentais, prestando atenção diária ao pacientes e dando suporte à atenção à saúde mental na rede básica .

O sistema público de saúde mental do DF conta com apenas sete CAPS, 24 leitos de psiquiatria no Hospital de Base e 120 leitos no Hospital São Vicente de Paulo

---

<sup>1</sup> Política Nacional de Saúde Mental.

<sup>2</sup> Manual CAPS.



(HSVP), para atender uma população de mais de 2.455.903 de habitantes<sup>3</sup>, o que evidencia a incapacidade da rede de saúde mental local em atender a demanda dessa população.

Além de serem insuficientes os serviços da rede de saúde mental do DF, esses ainda sofrem com a escassez de recursos e outras sérias dificuldades de desenvolvimento de ações qualificadas e efetivas, o que contribui massivamente para o engessamento da consolidação da reforma psiquiátrica na região.

É dentro desse contexto de dificuldades e tentativas de consolidação da reforma psiquiátrica no DF que atua o PVC. No sistema público de saúde mental local, o PVC se apresenta como um programa diferenciado, de destaque, pois é o único a assistir os usuários dentro do convívio familiar e social, dentro de suas próprias casas, fortalecendo e se articulando com as redes sociais e de saúde mental. Atuando dessa forma, o programa põe em prática ações previstas pela lei 10.216/01, tais como a desinstitucionalização e a reinserção social dos usuários da rede, configurando-se como um instrumento de implementação da reforma psiquiátrica local.

Funcionando nas dependências do HSVP, o PVC passa, hoje, por sérias dificuldades de atuação. Criado há mais de cinco anos com o intuito de acolher os pacientes egressos da Clínica Planalto, desativada em 2003, no início assistia a cem usuários residentes em algumas cidades satélites, hoje esse número chega a quase quatrocentas pessoas. O programa enfrenta a escassez de recursos financeiros, humanos, instrumentais – tais como carros para levá-los até as casas dos usuários – além dos entraves burocráticos existentes nos processos de alcance da garantia dos direitos dos usuários assistidos.

Mesmo com todas as condições precárias de atuação, o PVC é, hoje, uma alternativa de ação diferenciada que se destaca no Distrito Federal como um instrumento de fortalecimento da implantação da reforma psiquiátrica. E para tanto, é de fundamental importância tomar conhecimento dos alcances do programa e apontar suas limitações. O que será feito, neste trabalho, através da análise das informações obtidas com profissionais que atuam no programa e de alguns familiares de usuários vinculados.

---

<sup>3</sup> Dado do IBGE, contagem da população 2007.

O tema deste trabalho é: **a saúde mental e a reforma psiquiátrica no DF**. E a pergunta de pesquisa é: **de que forma o Programa Vida em Casa contribui para consolidação da reforma psiquiátrica no DF?**

A metodologia utilizada é a pesquisa qualitativa baseada na revisão bibliográfica de obras que abordam a saúde mental, a reforma psiquiátrica e a participação da família no processo de tratamento das pessoas acometidas por transtornos mentais - abordar a importância da atuação familiar neste trabalho se faz necessário porque o programa que é alvo de estudo da pesquisa trabalha com a promoção do convívio familiar dos usuários da rede de saúde mental através da inclusão da família no processo de tratamento desses; na análise das legislações brasileiras de saúde mental; e na aplicação de entrevistas semi-estruturadas com familiares de usuários e profissionais do PVC.

As entrevistas foram realizadas com o intuito de captar a concepção, as impressões e expectativas desses atores sobre o programa, para, ao final, confrontar e associar os resultados obtidos pelos diferentes grupos. Foi dada prioridade a profissionais e familiares de usuários mais antigos. A amostragem também foi determinada pela acessibilidade dos entrevistados.

O trabalho está dividido em três capítulos: o primeiro apresenta um breve histórico da reforma psiquiátrica, tratando das mudanças das representações da loucura durante uma parte da história do ocidente, até os dias atuais, e da forma como essas mudanças influenciaram e foram influenciadas pelas formas de tratamento da loucura e da doença mental, partindo, em seguida, para a história da reforma no Brasil, chegando então à contextualização da reforma no Distrito Federal; o segundo traz reflexões teóricas sobre o papel e a importância da participação familiar no tratamento das pessoas acometidas por transtornos mentais, e, em seguida, a história e os trabalhos desenvolvidos no PVC; no terceiro capítulo, então, são apresentados os resultados da pesquisa de campo, das entrevistas com os profissionais e com os familiares dos usuários.

A hipótese que conduziu esta pesquisa é a de o PVC está em sintonia com os princípios e pressupostos da reforma psiquiátrica. As dificuldades observadas referem-se, principalmente, à ausência de recursos humanos e de infra-estrutura, e a abrangência restrita de acesso.

Os resultados obtidos através da pesquisa confirmam a hipótese e a ampliam em função de agregar as opiniões dos atores envolvidos. Pode-se adiantar aqui algumas considerações tais como: a interdisciplinaridade do trabalho executado pela equipe,

apoiada na sintonia de interesses e percepções dos profissionais, contribui para o fortalecimento e a efetivação das ações do PVC; atuando de forma a promover a manutenção dos seus usuários dentro do convívio familiar o programa divide com as famílias os cuidados despendidos aos entes adoecidos, diminuindo a sobrecarga familiar, e evita reinternações; a atuação pautada nas propostas da reforma psiquiátrica possibilita a realização de um trabalho humanizado, que valoriza e incentiva a participação da família no processo de tratamento dos usuários; apesar de gerar impactos positivos na realidade dos usuários e seus familiares, suas ações encontram-se comprometidas pela escassez de recursos humanos e materiais.

### **Metodologia de Pesquisa**

No intuito de responder a pergunta *de que forma o PVC contribui para a consolidação da reforma psiquiátrica no DF*, foi utilizada a análise das avaliações, impressões e opiniões de profissionais e familiares de usuários do Programa. Tratou-se de um estudo qualitativo a partir de uma análise interpretativa da visão de profissionais e familiares sobre a atuação e a realidade do PVC.

Foi feita uma pesquisa qualitativa apoiada na aplicação de entrevistas semi-estruturadas. A opção se justifica pelo fato da pesquisa qualitativa partir do fundamento de que a relação entre o mundo e o sujeito é dinâmica, de que a interdependência entre sujeito e objeto é viva e que o vínculo entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito é indissociável. Caracterizando-se pela análise dos significados que os indivíduos atribuem às suas ações e pela compreensão das relações entre as ações particulares e o contexto social no qual elas se desenvolvem (CHIZZOTTI, 2000).

Entre as técnicas de coleta de dados<sup>4</sup> utilizadas em pesquisa qualitativa, a entrevista semi-estruturada, segundo Triviños (1987), é um dos instrumentos mais decisivos para estudar os processos e produtos nos quais está interessado o pesquisador qualitativo, por ser ela uma técnica que ressalta a implicação do investigador e da pessoa que fornece as informações. Ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, ela oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a

---

<sup>4</sup>Segundo Chizzotti, os dados “são 'fenômenos' que não se restringem às percepções sensíveis e aparentes, mas se manifestam em uma complexidade de oposições, de revelações e de ocultamentos” (CHIZZOTTI, 2000, p.84).

liberdade e a espontaneidade necessárias e que enriquecem a investigação. Sendo entendida como uma entrevista

[...] que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, e que, em seguida oferece amplo campo de interrogativas, frutos de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante (TRIVIÑOS, 1987, p.146).

A escolha pelos profissionais é devida ao fato de serem eles os sujeitos que executam e efetivam o trabalho do programa. E a dos familiares se justifica pelo tipo de trabalho realizado pelo PVC, de atendimento dentro do convívio familiar, e pela sua proposta de assistir e se articular com as famílias, que, assim, são atingidos diretamente pelas ações desenvolvidas ao mesmo tempo em que determinam essas ações por meio de suas demandas. Ambos se configuram como atores fundamentais para a manutenção e os rumos do programa. Escutar esses dois grupos torna-se imprescindível para a compreensão da realidade do PVC.

O critério utilizado na escolha dos profissionais foi o de tempo de trabalho, dando prioridade aos mais antigos. E aos familiares foram aplicados os critérios de tempo de vínculo dos usuários com o programa e de frequência de visitas da equipe, foram escolhidos aqueles cujos entes recebem visitas periódicas para aplicação medicamentosa.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturais com cinco profissionais do programa e com quatro familiares. As perguntas das entrevistas foram elaboradas de maneira a viabilizar a obtenção de informações que proporcionassem a revelação de interpretações, impressões, sentimentos, experiências e expectativas desses sujeitos em relação ao programa. Contudo, é importante salientar que as entrevistas foram utilizadas muito mais como um direcionamento básico das conversas estabelecidas, do que como um roteiro rígido e inflexível de abordagem dos entrevistados. Questionamentos não contemplados pela entrevista surgiram na medida em que as informações eram fornecidas – o que, na realidade, é previsível em entrevistas semi-estruturadas.

Ao final, os resultados foram discutidos e confrontados de forma a evidenciar relações harmônicas e desarmônicas das visões dos entrevistados de cada grupo. Os resultados obtidos com os familiares são abordados de forma a validar, ou não, os resultados com os profissionais. Possibilitando uma avaliação do programa não somente por uma análise interpretativa das informações obtidas pelos dois grupos, mas também pelas consonâncias e dissonâncias de suas falas.

# CAPÍTULO I

## 1. Reforma Psiquiátrica

Este capítulo pretende situar historicamente a construção dos processos sociais, culturais, científicos e legais que desencadearam as propostas atuais de reformulação da atenção à saúde mental, de reforma da assistência psiquiátrica. E, também, apresentar, de maneira sucinta a realidade da reforma psiquiátrica no Brasil e no DF.

O conceito de “Reforma Psiquiátrica”, aqui adotado, é o apresentado por Amarante: “*processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria*” (AMARANTE, 1998, p.87).

### 1.1 Breve histórico da reforma psiquiátrica

Realizar um panorama histórico da reforma psiquiátrica demanda, obrigatoriamente, a retomada da história da loucura, das suas representações sociais e de suas formas de tratamento. Contudo, essa retomada histórica terá como ponto de partida justamente o momento de transição da Idade Média para a Idade Moderna, quando o olhar sobre a loucura é modificado e seu tratamento marcado pelo surgimento de uma medicina, de uma ciência mental. Outro ponto importante é enfatizar que a história aqui descrita se restringirá àquela que nos atinge, a história da loucura no Ocidente.

Para tanto, a descrição se baseará, principalmente, mas não exclusivamente, nos estudos de Michael Foucault, o qual, reconhecidamente, se dedicou à construção crítica dessa história em sua obra *História da Loucura na Idade Clássica*.

Durante a Idade Média, predominava uma visão trágica da loucura. Essa se encontrava inserida no universo da diferença e associada à idéia de alteridade pura. Ela era considerada uma forma de erro, de ilusão (FOUCAULT, 1984), a figura do louco como marginal se fazia pela desrazão e não pela ótica da patologia (AMARANTE, 1998).

O lugar primeiro de tratamento era a natureza, era ela quem acabaria com o erro, quem revelaria a verdade ao louco. Os médicos receitavam repouso, viagem, passeio,

retilo. Era possível conviver com a loucura, essa somente era apartada do convívio social quando representava perigo à sociedade. Segundo Foucault,

Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades esborçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos a grupos de mercadores e peregrinos. Esse costume era freqüente particularmente na Alemanha (FOUCAULT, 1995, p. 9).

Os hospitais, durante a época clássica, ainda não se configuravam como instrumentos terapêuticos, como lugares destinados à cura - o que só veio acontecer no final do século XVIII – e a medicina era praticada em ambientes privados, não era ainda uma prática hospitalar,

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por essas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. [...] E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo – religioso ou leigo – que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação (FOUCAULT, 1984, p.101-102).

Os hospitais gerais e as Santas Casas de Misericórdia eram espaços de recolhimento de todo tipo de marginal: leprosos, ladrões, prostitutas, loucos, vagabundos. Havia sim o enclausuramento dessas pessoas que, de alguma forma, incomodavam a ordem vigente e uma lógica excludente dessas instituições, contudo, elas ainda não apresentavam uma “natureza patológica”, de medicalização.

Hospital e medicina passam a caminhar de mãos entrelaçadas justamente quando o saber médico é modificado - reflexo das transformações políticas, econômicas e sociais do século XVIII. O primado da razão, trazido pelo Iluminismo, criou condições de emergência de um saber - e, portanto, um poder – e de uma instituição médicos (AMARANTE, 1998). A medicalização do hospital se deve a introdução de mecanismos disciplinares nesse espaço - os quais são utilizados para fins de controle do universo das doenças - e também às transformações do saber médico, que passa a se pautar na preocupação com os critérios médico-científicos.

A doença transforma-se em um objeto a ser observado, descrito, investigado e dominado, a fim de alcançar a verdade a seu respeito, a partir de métodos científicos, e, dessa forma, a sua cura. Era no espaço hospitalar que as doenças deviam ser observadas, diagnosticadas e curadas. A partir daí, passa a caber ao médico, e somente a ele, tomar conhecimento dessa verdade, deter esse saber. Essa nova forma de saber confere à figura do médico poder incontestável e exclusivo de falar e tratar das doenças e, portanto, a responsabilidade de organização do hospital. As relações hierárquicas são modificadas, o médico, agora, encontra-se acima de todos os outros profissionais, no topo dessas relações intra-institucionais.

Dentro desse contexto, surgem a psiquiatria e o hospital psiquiátrico. A loucura ganha status de doença mental – as doenças orgânicas são diferenciadas das doenças da mente - que deve ser observada, diagnosticada e curada dentro de um ambiente específico e especializado, e os loucos devem ser, nesses locais, isolados. É no hospital psiquiátrico que a verdade da doença mental deve ser descoberta.

A partir do século XIX intensifica-se a prática de internamento, e é justamente no momento em que a loucura passa a ser percebida “*menos com relação ao erro do que com relação à conduta regular e normal*” (FOUCAULT, 1984, p.121). Segundo Amarante (1998), a institucionalização da loucura pela medicina é inaugurada quando o louco passa a ser caracterizado como uma figura de risco e de perigo a sociedade, somando isso ao fato da emergência de uma medicina mental. O hospital psiquiátrico é, agora, lugar de diagnóstico e classificação,

retângulo botânico onde as espécies de doenças são divididas em compartimentos cuja disposição lembra uma vasta horta. Mas também espaço fechado para um confronto, lugar de uma disputa, campo institucional onde se trata de vitória e submissão. O grande médico de asilo [...] é ao mesmo tempo aquele que pode dizer a verdade da doença pelo saber que dela tem e aquele que pode produzir a doença em sua verdade e submete-la, na realidade, pelo poder que sua vontade exerce sobre o próprio doente (Foucault, 1984, p.122)

A psiquiatria do século XIX, assim como as outras áreas da medicina e das ciências, assume um matiz positivista. Limitando-se a observação e descrição dos distúrbios nervosos com o fim de alcançar o conhecimento objetivo do homem e do louco.

Na busca por esse conhecimento objetivo do louco, da verdade da doença mental, a psiquiatria pautou suas práticas na classificação das doenças mentais, no

investimento em medicação e em técnicas de tratamento de caráter punitivo. Nos asilos psiquiátricos predominavam práticas de violência e crueldade. Entre os procedimentos terapêuticos estavam o isolamento, os banhos de ducha, o interrogatório particular e público, pregações morais, trabalho obrigatório e mesmo relações de servidão entre médicos e internos – mais tarde, na década de 1930, o uso abusivo e irresponsável do eletrochoque vem completar esse quadro terapêutico.

A modernidade lançou um olhar crítico à loucura, organizou um lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco. Desenvolveu uma medicina mental, criando um campo de saber teórico e prático, ao transformar a loucura em um objeto de conhecimento.

A difusão desse modelo clássico da psiquiatria foi tão intensa que nos dias atuais ainda é possível se deparar com esse tipo de prática. O que, segundo Amarante, sugere *“a confirmação de que sua validação social está muito mais nos efeitos de exclusão que opera, do que na possibilidade de atualizar-se como um modelo pretensamente explicativo no campo da experimentação e tratamento das enfermidades mentais”* (AMARANTE, 1998, p.83).

### *1.1.1 As reformas*

Esse modelo clássico de psiquiatria começa a ser alvo de críticas, que apontam para sua reformulação, no início do século XX, mais exatamente no período do pós-guerra. Justamente num momento em que o mundo acaba de vivenciar, pela segunda vez, uma guerra de enorme proporção, marcada pelo massivo investimento bélico e pelo seu caráter violento (de conseqüências devastadoras), a experiência dos regimes nazifacistas e de se deparar com o poder avassalador da bomba atômica. E como respostas a essas experiências violentas e impactantes, as grandes potências mundiais resolvem pisar o pé no freio, com o intuito de evitar mais desastres, e criam, em 1945, a Organização das Nações Unidas (ONU), a qual, para tanto, proclama, em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (LESBAUPIN, 1984).

É nesse contexto histórico de reação internacional às violações de direitos humanos, que os olhares se voltam para a situação caótica, deprimente e adoecida do sistema manicomial. Partindo de dentro dos próprios hospitais psiquiátricos, dos profissionais da área, reformas começam a ser pensadas a partir do questionamento do papel e da natureza da instituição hospitalar e do saber psiquiátrico.



Entre as propostas de reformas elaboradas e desenvolvidas ao longo do século passado, estão as experiências - de grande importância e impacto para o desenvolvimento e construção de mudanças estruturais no olhar e no tratamento dos transtornos psíquicos no Ocidente - das comunidades terapêuticas, da psiquiatria de setor, das antipsiquiatrias e da tradição basagliana.

As comunidades terapêuticas fizeram parte de um movimento de reforma que se restringia ao ambiente asilar. As práticas realizadas dentro do hospital psiquiátrico foram postas em questão, e o hospital diagnosticado como uma instituição que se encontrava adoecida e, assim, incapaz de realizar práticas eficazes.

Datado de 1959, o conceito de comunidade terapêutica foi elaborado por Maxwell Jones para caracterizar

um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar (AMARANTE, 1998, p.28).

Inspirada em trabalhos anteriores, a experiência de Maxwell Jones em um hospital psiquiátrico da Inglaterra procurava, através da idéia de comunidade terapêutica, desarticular a estrutura segregadora e cronificadora do hospital psiquiátrico e, dessa forma, enfatizar a importância de todos os integrantes dessa comunidade atuarem, trabalharem coletivamente pelos seus fins terapêuticos. O usuário devia ser agente ativo de sua própria terapia, e, além dele e dos técnicos, seus familiares e a comunidade também ganharam funções terapêuticas, passaram a ser responsabilizados pelo seu tratamento.

O trabalho desenvolvido na comunidade terapêutica se pautava na organização dos internos em grupos de discussão, em grupos operativos e de atividades. Também eram realizadas reuniões diárias e assembleias gerais que tinham como objetivos promover a participação democrática na administração do hospital e na gerência da terapêutica e dinamizar o hospital e as vidas de todos da comunidade (AMARANTE, 1998).

Apesar de trazer propostas inovadoras no tratamento dos transtornos mentais, como a importância da participação dos técnicos, dos usuários, dos familiares e da comunidade para o alcance da finalidade terapêutica da instituição, a comunidade terapêutica se reduziu à reformulação do espaço asilar. Não propôs soluções para o

problema da exclusão dos internos, o ambiente hospitalar ainda era considerado espaço único destinado ao tratamento.

A psiquiatria de setor, surgida na França do pós-guerra, trouxe à tona a discussão sobre a função segregadora do hospital psiquiátrico, apresentando-se como um movimento de reforma que contestou o ambiente asilar como um espaço primeiro de tratamento das pessoas acometidas por transtornos mentais. Denunciava a estrutura hospitalar como alienante, segregadora e excludente. Encarava o doente como sujeito de uma relação patológica social e apontava a necessidade de levar a psiquiatria para a população, tratando o paciente dentro do seu meio social (AMARANTE, 1998).

A proposta era que internação fosse apenas uma etapa, a prioridade era o tratamento dentro da comunidade do paciente. Cada divisão hospitalar passaria a corresponder a uma área geográfica e social da comunidade que seria assistida pela mesma equipe médica do hospital.

A onerosidade da psiquiatria asilar aos cofres públicos, a inadequação da instituição asilar para responder as novas questões patológicas e a crise dos valores hegemônicos no campo da saúde mental levaram a França, no início da década de 1960, a adotar a psiquiatria de setor como política oficial (AMARANTE, 1998). Os territórios foram divididos em setores geográficos contendo uma parcela da população com até setenta mil habitantes, os quais contavam com uma equipe médica multiprofissional – composta por profissionais da psiquiatria, psicologia, enfermagem e serviço social - e com outras instituições de apoio que assegurassem o tratamento, a prevenção e o atendimento posterior ao tratamento e mesmo a uma internação.

A experiência não alcançou os resultados esperados. O que se deveu a vários fatores: resistência de grupos intelectuais que a via como uma extensão política e ideológica da psiquiatria; setores conservadores que alegavam ser perigoso deixar os “loucos” nas ruas; e os custos da implantação dos serviços de apoio.

Embora contestasse a psiquiatria asilar, a psiquiatria de setor não abolia a instituição psiquiátrica como uma instância de tratamento, ela conciliava os serviços externos com o hospital psiquiátrico e também não trouxe discussões que questionassem o saber médico. Essa discussão só foi levantada pela antipsiquiatria.

A antipsiquiatria surgiu na Inglaterra durante a década de 1960 e se caracterizou pela desconstrução do saber médico sobre a loucura. O tratamento da loucura como sinônimo de doença mental era uma construção a ser superada. O poder e o valor do saber médico na compreensão e no tratamento das doenças mentais são desconstruídos,

a exclusividade do discurso médico para falar sobre a loucura é derrubada e a figura do médico realocada dentro dos ambientes de tratamento, rompendo com a hierarquia do modelo assistencial vigente.

Como exemplo de uma prática da antipsiquiatria, pode-se destacar a experiência ocorrida entre os anos de 1962 e 1966 no Hospital Psiquiátrico de Shenley, na Inglaterra, onde foi criada uma unidade psiquiátrica independente. Era um novo tipo de comunidade terapêutica que trabalhava com pessoas jovens diagnosticadas com esquizofrênicas e que ainda não tinham passado por nenhum outro tipo de tratamento. Configurava-se como um espaço de convivência, onde se promoviam discussões que proporcionassem reflexões a respeito dos comportamentos dos profissionais da área da saúde mental em relação aos pacientes, com o intuito de romper com a hierarquia e a disciplina hospitalares e de diminuir a resistência dos pacientes às mudanças em relação a função das instituições asilares especializadas e o saber psiquiátrico (AMARANTE, 1998).

Para finalizar essa trajetória dos movimentos de reformulação da psiquiatria, dos modelos teóricos e assistências de tratamento das pessoas acometidas por transtornos mentais no ocidente, mais especificamente na Europa, é importante abordar a experiência da tradição basagliana na Itália, a qual influenciou fortemente o movimento de reforma psiquiátrica brasileira.

A tradição basagliana tem início com as experiências do médico psiquiatra Franco Basaglia, durante a década de 1960, e continuidade com o movimento de Psiquiatria Democrática Italiana. Em 1961, Franco Basaglia assumiu a direção do Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia e se deparou, pela primeira vez, com a realidade impactante de um manicômio, o que o levou a conhecer melhor as experiências de reformas psiquiátricas até então desenvolvidas (AMARANTE, 1996).

Basaglia tentou aplicar em Gorizia o modelo de comunidade terapêutica, contudo, tal tentativa não obteve sucesso. A gestão comunitária se mostrou insuficiente para romper com “*a redução da loucura a objeto de intervenção e visibilidade exclusiva*” (AMARANTE, 1998, p.47) e com a compreensão da saúde/doença mental desassociada dos contextos históricos, sociais, culturais e políticos.

O hospital era lugar de exclusão e controle social dos chamados loucos e, por isso, se fazia urgente desconstruir práticas, saberes e discursos que objetivavam a loucura e a reduziam a doença, por em prática um projeto de desinstitucionalização. Não apenas operando simplesmente uma desospitalização, mas como o entendimento da

*“instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas de saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com fenômenos sociais e históricos”* (AMARANTE, 1998, p.96).

Em 1971, Franco Basaglia, foi nomeado diretor do Hospital Psiquiátrico Provincial de Trieste, onde deu início a um programa de transformações estruturais, promovendo a construção de novos espaços e formas de tratar a loucura e a doença mental com vistas à desmontagem do aparato manicomial, à desinstitucionalização. Gradativamente os pavilhões do hospital foram fechados e substituídos por sete centros de saúde mental – divididos por diferentes áreas da cidade, cada uma abrangendo de 20 a 40 mil habitantes - que oferecem atenção integral 24 horas por dia, durante os sete dias da semana, com acolhimento de crise, atendimento domiciliar e apoio social. Formando, assim, uma base técnica e social territorializada para o programa de desinstitucionalização (AMARANTE, 1996).

Em 1973, surge uma nova categoria, a de hóspede. Apartamentos são criados com o intuito de acolher os internos que não apresentam um quadro psicopatológico que justifique a manutenção de sua internação, mas não possuem condições materiais de se manterem autonomamente. São residências onde os usuários moram, e não estão internados – a condição de internado é substituída pela de morador, e, como moradores, ou hóspedes, têm a total autonomia e liberdade de entrar e sair quando desejarem – eles possuem as chaves dos cômodos - já não se encontram sob tutela ou tratamento coercitivo. Além do espaço, os moradores também recebem subsídios em dinheiro para garantir sua subsistência (AMARANTE, 1998).

Outro importante trabalho desenvolvido em Trieste foi a formação das cooperativas de trabalho. No início se configuravam como uma possibilidade de posto de trabalho para atender a demanda dos ex-internos e depois passou a representar um *“novo espaço de produção artística, intelectual ou de prestação de serviços que assumem um importante papel na dinâmica e na economia não apenas dos Serviços de Saúde Mental, mas também de toda a cidade”* (AMARANTE, 1998, p. 49).

Em 1976 o Hospital Psiquiátrico de Trieste é oficialmente fechado. Não eram mais aceitas novas internações. A assistência à saúde mental passou a ser realizada nos centros territoriais, nas cooperativas, nos apartamentos e nos serviços de emergência dos hospitais gerais (AMARANTE, 1996).

Em maio de 1978, foi aprovada a lei da Reforma Psiquiátrica Italiana – popularmente conhecida como lei Basaglia - fruto das discussões e das repercussões dos trabalhos conduzidos por Basaglia em Trieste.

A experiência de Trieste trouxe a possibilidade de construção de um sistema de assistência à saúde mental a partir da articulação de redes de atenção que produza cuidados baseados em novas formas de encarar e de conceber a loucura e a pessoa acometida por transtornos mentais. Pelo seu sucesso, tornou-se importante referência para a construção dos caminhos pela busca da transformação da atenção à saúde mental em diversos países – e entre eles o Brasil.

## **1.2 A Reforma no Brasil**

O movimento de reforma psiquiátrica brasileira tem seu início na década de 1970, inserido no contexto histórico da redemocratização do país. Teve como marco a criação, em 1978, do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual, segundo Amarante (1998), é considerado um ator e sujeito político fundamental para o projeto da reforma psiquiátrica brasileira.

O surgimento do MTSM foi desencadeado pela chamada “Crise da DINSAM” (Divisão Nacional da Saúde Mental)<sup>5</sup>. A crise foi deflagrada após denúncia realizada por três médicos bolsistas<sup>6</sup> do Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), situado no Rio de Janeiro, que registraram no livro de ocorrência do plantão do pronto-socorro as irregularidades ocorridas na unidade hospitalar. A denúncia teve grande repercussão, mobilizou profissionais de outras unidades e ganhou apoio do grupo de Renovação Médica (REME) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). E em abril de 1978, os profissionais das quatro unidades da DINSAM (CPPII; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira – CJM; e Manicômio Judiciário Carrilho), situadas no Rio de Janeiro, decretaram greve, reivindicando desde melhorias das condições de trabalho a transformações na assistência psiquiátrica (AMARANTE, 1998).

Assim surge o MTSM, trazendo propostas de mudanças do modelo médico-assistencial psiquiátrico brasileiro e promovendo a construção de um pensamento crítico

---

<sup>5</sup> Antigo órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação e implantação de políticas de saúde mental.

<sup>6</sup> Os bolsistas eram profissionais graduados ou estudantes universitários das áreas de psiquiatria, enfermagem, psicologia e serviço social contratados pela DINSAM, que, desde 1957, não realizava concursos públicos para renovar o quadro de profissionais.

sobre o saber psiquiátrico. Influenciado, predominantemente, pela tradição basagliana, o MTSM é composto por vários movimentos (CEBES, REME, Comissão de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos, Rede de Alternativas à Psiquiátrica, Sociedade Psicossíntese) que optam por uma não-institucionalização – garantindo assim sua autonomia e a coerência com o seu discurso a favor da desinstitucionalização –, constituindo-se como um espaço de luta não institucional de

debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros e reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE,1998, p.55).

Primeiro movimento em saúde com participação social, o MTSM foi um movimento múltiplo e plural que acolheu profissionais de todas as categorias, simpatizantes que não eram técnicos e que atuavam em diferentes instituições, entidades e movimentos.

Amarante (1998), metodologicamente, divide o processo de reforma brasileira em três trajetórias: trajetória alternativa, trajetória sanitária e a trajetória da desinstitucionalização. Dessa forma aborda o desenvolvimento da reforma no Brasil não a partir de uma ótica seqüencial dos fatos, dos acontecimentos e práticas que compõem o histórico dessa reforma, mas a partir da idéia de que os diferentes caminhos percorridos em diferentes momentos, e mesmo simultaneamente, não se sobrepõem. Enfatizando a existência e a co-existência de diferentes correntes práticas e diferentes discursos em determinadas conjunturas e contextos.

A trajetória alternativa é caracterizada pelo início do processo de reforma. E emerge dentro do contexto político de luta pela redemocratização do país, do enfraquecimento do regime militar, de insatisfação popular com os rumos da organização política vigente marcados por crises econômicas, revolta diante das violências praticadas pelo Estado, pela reduzida participação da população nos processos decisórios do país e pela manutenção e aumento de problemas sociais de toda espécie.

É um momento de incipiente construção de um pensamento crítico sobre a natureza e a função da prática e do saber psiquiátrico e sobre a função dos asilos psiquiátricos no Brasil, um momento marcado por denúncias e acusações sobre a realidade violenta e cronificadora dos hospitais especializados, e pela reivindicação de transformações no modelo assistencial psiquiátrico do país - caracterizado por práticas

higienistas, disciplinadoras e excludentes, de controle social. Momento esse protagonizado pelo MTSM.

As denúncias do modelo psiquiátrico brasileiro, realizadas pelo MTSM - as quais ganharam espaços na mídia - repercutiu nacionalmente, chocando e sensibilizando a sociedade, que já se encontrava insatisfeita com os rumos políticos, sociais e econômicos do país.

Influenciados pelas experiências estrangeiras de alternativas ao modelo tradicional de psiquiatria como as comunidades terapêuticas, a psiquiatria de setor e, principalmente, a tradição basagliana, o MTSM participa e promove eventos em diversas capitais do país, a fim de promover discussões sobre a realidade manicomial, sobre a construção de alternativas ao modelo assistencial vigente e sobre a relação médico/paciente pautada no saber psiquiátrico. Constituindo-se, assim, como uma importante força nacional em prol da reformulação do sistema de saúde mental do Brasil.

Concomitantemente, encontrava-se o movimento de reforma sanitária, também iniciado no final da década de 1970, o qual reivindicava melhorias no sistema assistencial médico brasileiro e dialogava com a reforma psiquiátrica. É durante o início da década de 1980 que esse diálogo se estreita, caracterizando o começo da trajetória sanitarista. Nesse momento a reforma passa a ocupar os espaços estatais. A tática utilizada pelo movimento sanitarista de ocupar espaços públicos de poder a fim de introduzir mudanças no sistema de saúde passa a ser adotada também pelo movimento de reforma psiquiátrica.

Diante do momento histórico de transição do regime militar para o democrático, se fazia estratégico para o movimento da reforma sanitarista ocupar esses espaços. Em 1986, é realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, composta, pela primeira vez, por entidades e representantes da sociedade civil, que teve um papel crucial nos rumos da saúde pública do Brasil, de onde saíram as propostas de universalização, hierarquização, participação popular, integralidade e equidade do sistema de saúde, culminando, mais tarde, na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Contudo, no que diz respeito ao movimento de reforma psiquiátrica, essa imersão estatal tem seu fim com a organização da I Conferência Nacional de Saúde Mental (ICNSM), em junho de 1987. Os dirigentes da DINSAM, com o apoio da direção da Associação Brasileira de Psiquiatria, desejavam que a ICNSM fosse um encontro de caráter predominantemente técnico, um congresso de e para técnicos -

principalmente médicos psiquiatras -, não previam a organização de grupos de discussão e nem a participação dos usuários e de seus familiares como delegados, tal como ocorreu na VIII Conferência Nacional de Saúde. O que ia de encontro ao que era desejado e esperado pelo MTSM para essa conferência – cuja participação na organização e realização do encontro foi praticamente, excluída.

Tal situação revoltou o MTSM, que, durante a ICNSM, decidiu organizar uma reunião paralela “*para rever suas estratégias, repensar seus princípios e estabelecer novas alianças*” (AMARANTE, 1998, p.93). Dando início, assim, a trajetória da desinstitucionalização. O MTSM, então, nesse momento resolve organizar a realização do II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental (CNTSM)<sup>7</sup> - sem a interferência da DINSAM –, que ocorreu em dezembro do mesmo ano, na cidade de Bauru (SP), e cujo lema era “por uma sociedade sem manicômios”.

O II CNTSM foi um congresso inovador, pois “*lideranças municipais, técnicos, usuários e familiares participaram como força ativa no esforço de construir opinião pública favorável à luta antimanicomial*” (AMARANTE, 1998, p. 81). Selou a volta do movimento a suas origens teórico-conceituais, de denuncia da psiquiatrização e da institucionalização, de busca não somente por transformações do modelo assistencial mas também por transformações das concepções sobre a loucura, o adoecimento psíquico, a pessoa acometida por transtornos mentais, pela construção de um pensamento crítico a respeito da função e da natureza das instituições psiquiátricas e do saber psiquiátrico, levando todas essas questões e discussões para a sociedade e envolvendo os usuários e suas famílias nos processos de luta em prol da saúde mental e das pessoas acometidas por sofrimentos psíquicos.

É durante esse momento que se inicia a organização dos usuários e familiares em movimentos (como a Associação Franco Basaglia, em São Paulo; a Associação Franco Rotelli, em Santos; a Associação Cabeça Firme de Niterói). Esses atores indispensáveis para a consolidação da reforma psiquiátrica entram em cena e os atores que até então protagonizaram essa luta, os técnicos, passam a redefinir e redimensionar suas funções. O movimento de reforma deixa de ser caracterizado como uma organização exclusiva de profissionais, sendo incorporado pela sociedade civil, resultando no surgimento de novas estratégias de ação cultural, através de eventos sociais e políticos dentro das comunidades.

---

<sup>7</sup> O primeiro fora realizado em janeiro de 1979, na cidade de São Paulo.



Nessa trajetória também surge a primeira experiência de modelo de atenção alternativo ao assistencial tradicional, o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira), em 1987, na cidade de São Paulo.

Outro acontecimento importante se deu no campo jurídico, com a criação do Projeto de Lei 3.657/89, do deputado Paulo Delgado (PT/MG). Apresentado em 1989, tratava dos direitos das pessoas acometidas por transtornos mentais, prevendo a extinção progressiva dos manicômios e a substituição desses por serviços alternativos de atenção. O Projeto de Lei, que promoveu discussões a respeito da loucura, atingindo visibilidade nacional, ficou em tramitação por 12 anos, e só foi aprovado em 2001 sob a forma da Lei 10.216, a chamada lei da reforma psiquiátrica. Apesar de todas as críticas, ela se tornou um marco fundamental para o redirecionamento da Política Nacional de Saúde Mental.

### *1.2.1 Lei 10.216: a lei da reforma psiquiátrica*

No dia 13 de setembro de 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou a Câmara o projeto de lei nº 3.657, que dispõe “sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória” (Diário do Congresso Nacional do dia 13 de setembro de 1989, página 9275), que previa o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental.

Sua aprovação, contudo, chegou somente depois de doze anos em tramitação no Congresso, e com significativas modificações. No dia seis de abril de 2001, foi aprovada a lei 10.216, a chamada lei da Reforma Psiquiátrica, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de saúde mental”, representando uma enorme vitória para o movimento de reforma psiquiátrica, pois, agora, a reformulação do modelo assistencial psiquiátrico do país é uma obrigação do Estado.

Apesar das muitas críticas lançadas pelos movimentos de reforma às modificações feitas na lei ao longo dos anos que ficou em tramitação, ela prevê desinstitucionalização do usuário dos serviços de saúde mental por meio da criação de uma rede substitutiva de serviços – os quais devem oferecer tratamentos humanitários e respeitosos que intencionem somente beneficiar sua saúde -, que garanta sua reinserção social. Evidenciando a importância do alcance obtido pelo movimento e pela a sociedade como um todo:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora 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; [...]

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.[...]

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º. (BRASIL, 2001)

O Estado passa a ser responsabilizado pela criação de políticas, pela assistência e pela promoção de ações em saúde mental que atendam os princípios da desinstitucionalização e da humanização, incluindo a participação da sociedade e da família,

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001).

A legislação, dessa forma, concebe a família e a sociedade como atores importantes, necessários para a construção de um novo modelo de atenção às pessoas acometidas por transtornos mentais.

A aprovação da lei deu início a um novo processo para os movimentos em prol dos direitos dos usuários e das transformações do sistema de atenção em saúde mental: o da luta pela implementação da reforma psiquiátrica em todo território nacional.

### *1.2.2 Políticas da reforma psiquiátrica*

Entre as ações adotadas pela Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) estão entre os serviços mais importantes de implementação da reforma psiquiátrica. Após a criação do primeiro CAPS, em 1987, na cidade de São Paulo, o serviço foi regulamentado pelo Ministério da Saúde com a edição da portaria nº 224, que, em 2002, em vista da demanda imposta pela lei 10.216, foi atualizada pela portaria nº 336.

Os CAPS são serviços substitutivos aos de modelo hospitalocêntrico oferecidos pelo SUS, que têm como objetivo *“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”*<sup>8</sup>. Suas funções são: prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais, organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território, dar suporte à atenção em saúde mental na rede básica e regulamentar a porta de entrada da rede de assistência a saúde mental (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004).

Composta por equipe multiprofissional, o CAPS realiza atendimento individual, atendimento em grupo, visitas domiciliares, atendimento a família, e atividades comunitárias com fins de reintegrar socialmente os usuários (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004).

A portaria nº 336 regulamentou cinco tipos de CAPS: CAPS I, para atender municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes ; CAPS II, destinado a atender municípios com população entre 70 mil e 200mil habitantes; CAPS III, destinado para municípios com população acima de 200 mil habitantes, tendo esse um

---

<sup>8</sup> Manual do CAPS.

regime de funcionamento de 24 horas, incluindo finais de semana e feriados, com acolhimento noturno disponibilizando, no máximo, cinco leitos, para eventual repouso e/ou observação, cuja permanência de um mesmo paciente é limitada a sete dias corridos ou dez dias intercalados em um período de trinta dias; CAPSi, destinado ao atendimento de crianças e adolescente de municípios com população de cerca de 200 mil habitantes; e o CAPSad, para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes da dependência de álcool e outros tipos de drogas de municípios com população superior a 70 mil habitantes.

Os serviços dos CAPS têm papel estratégico na articulação das redes de serviços de atenção à saúde mental e das redes sociais – fundamentais na efetivação da reinserção social dos usuários. Configurando-se como instrumentos de fortalecimento da reforma psiquiátrica. Hoje, são contabilizados 1291 CAPS espalhados pelos vinte sete estados do país – ocupando o estado da Paraíba o primeiro lugar em cobertura e o estado do Amazonas o último<sup>9</sup>.

Outra importante política nacional de efetivação da reforma psiquiátrica é o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos por transtornos mentais, previsto na lei 10.708, de 31 de julho de 2003. Parte integrante do programa nacional de ressocialização, “De Volta Para Casa”, ele consiste no pagamento mensal de uma bolsa-auxílio, no valor de R\$ 320,00, para pacientes egressos de internações em instituições psiquiátricas com duração igual ou superior a dois anos ininterruptos. A bolsa tem o objetivo de dar um suporte financeiro aos ex-internos para assegurar, enquanto esses ainda não tiverem (ou nunca poderem ter) condições de se manterem por outras vias, sua reinserção social.

### **1.3 Reforma no DF**

A legislação que dispõe sobre o sistema de atenção à saúde mental do Distrito Federal, a lei nº 975, foi aprovada no dia 12 dezembro de 1995 e já previa reformulações do modelo assistencial, se antecipando a lei 10.216. Ela trata as pessoas acometidas por transtornos mentais como sujeitos de direito, a quem o Estado deve oferecer serviços de tratamento humanitário e respeitoso. Além da humanização do

---

<sup>9</sup> Fontes: Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE – Estimativa Populacional 2008.

tratamento, a lei também prevê a reinserção social, a redução dos leitos em instituições psiquiátricas especializadas – os quais devem ser substituídos por outros modelos assistenciais que garantam os princípios de integralidade, descentralização e participação comunitária - ficando proibida a construção de hospitais e clínicas especializadas.

Embora sua legislação garanta uma reforma psiquiátrica local desde 1995, e mesmo se apresente de maneira mais radical que a lei federal, a capital do país é, hoje, segundo dados do MS<sup>10</sup>, a segunda pior capital em termos de serviços públicos de atenção a saúde mental que respondam satisfatoriamente a reforma psiquiátrica – ocupando o penúltimo lugar em cobertura de CAPS.

A rede de saúde mental do DF conta apenas com um CAPS I - localizado no Instituto de Saúde Mental (ISM), no Riacho Fundo -, dois CAPS II, um na cidade de Taguatinga e outro na cidade do Paranoá, dois CAPSad (localizados no Guará e em Sobradinho), dois CAPSi, 24 leitos de psiquiatria do Hospital de Base e com os 120 leitos do Hospital São Vicente de Paula (HSVP) – onde atua o Programa Vida em Casa (PVC), atendendo os usuários dentro do convívio familiar e comunitário. Para atender uma demanda superior a 400 mil usuários da rede<sup>11</sup>.

O Plano Diretor de Saúde Mental para o período 2007-2011, elaborado pela Coordenação de Saúde Mental do DF (COSAM-DF), atual Gerência de Saúde Mental do Distrito Federal (GESAM-DF), traz como meta a ampliação da rede de assistência às pessoas com sofrimento e transtornos psíquicos a partir de dois aspectos fundamentais: a implantação da rede de serviços substitutivos e a capacitação da rede básica de saúde numa perspectiva do olhar em saúde mental, dos profissionais que atuam na linha de frente, como os agentes comunitários e as equipes do Programa Saúde da Família (PSF). Assim, a principal diretriz é a reorientação técnica do modelo assistencial centrado nos hospitais psiquiátricos, em direção a uma rede substitutiva de base comunitária e territorial. E ainda prevê o fortalecimento da rede por meio da educação continuada, articulada às redes de ensino.

A atual situação da reforma no DF é caracterizada pela existência de um sistema precário de atenção a saúde mental. O número de unidades de tratamento, como apresentado anteriormente, é insuficiente para a demanda local. Elas sofrem com

---

<sup>10</sup> Fontes: Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE – Estimativa Populacional 2008.

<sup>11</sup> < [http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD\\_CHAVE=37705](http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=37705)>.

escassez de recursos e outras sérias dificuldades de desenvolvimento de ações qualificadas e efetivas. O que contribui massivamente para o engessamento da consolidação da reforma psiquiátrica na região.

Segundo o plano diretor (2007), o principal problema estrutural da rede do DF é a concentração do atendimento em um único serviço de natureza hospitalar: 60% do atendimento da região é realizado pelo HSVP. Criado em 1976, com o nome de Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP), o HSVP foi o primeiro Hospital especializado em psiquiatria do DF. E embora o HSVP seja, hoje, o único hospital psiquiátrico da região, ele se apresenta dentro do cenário de atenção em saúde mental da capital como a principal porta entrada dos usuários, enquanto os CAPS que já existem, e que deveriam estar organizando e regulando esse primeiro contato dos usuários com a rede de saúde mental, acabam por ter sua atuação restrita ao trabalho ambulatorial. Isso evidencia as dificuldades dos serviços atenção em saúde mental da capital federal em romper com a lógica hospitalocêntrica.

## CAPÍTULO II

### **2. Programa Vida em Casa: instrumento de fortalecimento da reforma no Distrito Federal**

A proposta deste capítulo é abordar a importância da elaboração e execução de ações direcionadas a promoção e manutenção do convívio familiar das pessoas portadoras de transtornos mentais – e que põem em prática a reforma psiquiátrica - a partir da apresentação de abordagens teóricas que confirmam e validam a necessidade da participação das famílias nos processos de tratamento em saúde mental. Com o intuito de apresentar a iniciativa que desenvolve esse tipo de ação no DF, o PVC, que é alvo de análise desta monografia, através da realização de um panorama histórico de surgimento, dos objetivos, dos princípios e das ações desenvolvidas pelo programa.

#### **2.1 A família e o adoecimento psíquico**

São muitas as reflexões teóricas que defendem a importância da participação familiar para o desenvolvimento e progresso do tratamento do adoecimento psíquico. E são essas teorias que embasam as práticas da reforma psiquiátrica no que concerne a reintegração psicossocial da pessoa portadora de transtorno mental.

Na época da vigência hegemônica do modelo assistencial psiquiátrico hospitalocêntrico asilar, o isolamento do louco – no que diz respeito a sua relação com a família – se justificava tanto pela ameaça de alienação da família quanto pelo fato da alienação resultar da desestruturação moral familiar. A instituição psiquiátrica atuaria no membro adoecido psiquicamente justamente onde a família encontrava-se enfraquecida, para impor limites aos seus excessos, reeducando-o numa nova disciplina, com o fim de controlar seus impulsos (BIRMAN, 1978).

Dentro desse modelo, a família era responsabilizada pelo adoecimento psíquico de um de seus membros, e para alcançar sua cura este era afastado do convívio familiar e isolado em instituições psiquiátricas. A família não participava dos processos de tratamento, posto que compunha parte determinante da causa do transtorno. Para Birman,

A causalidade da alienação como sendo proveniente da estrutura familiar, se identificava com a causalidade moral. [...] A alienação mental sendo

construída segundo o modelo do conflito, as forças da saúde se opõem às forças da doença, este conflito se exacerbava, numa direção ou noutra, de acordo com os esforços provenientes do espaço externo. A família alimentava as forças interiores que pugnavam a favor da enfermidade, sendo o isolamento psiquiátrico uma forma de remanejamento deste conflito, em favor das forças que pugnavam pela saúde (BIRMAN, 1978, p.276).

Não havia qualquer tipo de parceria entre as instituições que ofereciam o tratamento e a família. Ao retornar ao ambiente familiar, ela (desde o início desinformada, desconhecida do processo de sofrimento e tratamento daquele membro) se via obrigada a acolhê-lo sem qualquer suporte psíquico e informacional sobre como lidar com o ente adoecido, o que, evidentemente, culminava numa sobrecarga familiar com os cuidados despendidos ao portador de transtornos mentais.

O adoecimento psíquico era tido como um evento que se restringia à figura do membro identificado pelo resto da família e diagnosticado pelos médicos psiquiatras. A saúde psíquica da família não era considerada senão pelo receio de sua “contaminação” pelo ente adoecido. Não se pensava o surgimento do transtorno mental dentro de uma relação de causas e efeitos decorrentes de relações interpessoais, familiares e sociais complexas. Segundo Berenstein (1967), conceber a família como a causadora do distúrbio mental ou o portador de transtorno mental como aquele que determina a organização familiar supõe pensarmos em termos de causalidade linear. Os impactos da emergência do transtorno para as relações familiares internas e externas eram desconsiderados. A relação do portador de transtorno mental não era concebida dentro de uma rede complexa de relações extra-familiares, como um componente de todo um meio social com o qual estabelece, fundamental e necessariamente, comunicações contínuas. Dessa forma, a família se via culpabilizada pelo sofrimento psíquico de um ou mais de seus membros, alienada quanto ao processo de tratamento e sobrecarregada com os cuidados.

A mudança do olhar sobre a família ocorre com as transformações propostas pelo movimento de reforma psiquiátrica, o qual reivindicou a necessidade de compreensão da doença mental como um fenômeno cujas causalidades também se encontram nas questões sociais. É justamente a partir desse momento que se passa a reconhecer a importância da família como construtora de subjetividades através de sua atuação como mediadora de seus membros nas relações que esses estabelecem com a sociedade. É através da família que primordialmente entramos em contato com o mundo, é ela quem media nossa imersão em outras esferas da vida social. Ao mesmo



tempo em que também mantém vínculos, interage, influencia e é influenciada pelo meio social, ela também vive em sociedade.

A concepção culpabilizadora é então abandonada, dando lugar a sua valorização como um espaço de convivência e promoção de cuidado (ROSA, 2003). No ambiente familiar são estabelecidos laços afetivos de fundamental importância para a constituição psíquica e individual de cada um de seus membros, e que também influenciam a constituição de laços afetivos e outros tipos de relações de sociabilidade extra-familiares.

Esse ambiente é encarado como um lugar privilegiado de cuidado, e não como uma instituição enfraquecida e responsável pelo adoecimento psíquico de um ou mais de seus membros. Embora problemas nas relações familiares possam compor as causas do adoecimento, a diferença que se estabelece é a superação da concepção culpabilizadora da família, que desvaloriza seus conhecimentos, suas experiências e suas potencialidades e inviabiliza sua participação no tratamento do portador de transtornos mentais.

Outro ponto relevante nessa mudança de olhar é a atenção à dor e ao sofrimento das famílias. As famílias não estão preparadas para vivenciar uma realidade de adoecimento psíquico dentro de seus lares: falta informação à respeito da doença; há dificuldades em lidar com os estigmas; elas tendem a se auto culpabilizarem e a desenvolver sentimento de impotência; os entes adoecidos demandam muito mais cuidado, gerando uma sobrecarga de energia, de atenção e mesmo financeira (MELMAM, 2001).

Tal situação acaba por desencadear o sofrimento da família e alerta para a necessidade de atenção e cuidado voltados para a saúde psíquica da família. De acordo com Melmam,

Em geral, sabemos nos comportar no trabalho, nas situações corriqueiras, nos rituais religiosos, mas ninguém nos ensina a lidar com as doenças mentais, a não ser com modelos de rejeição ou indiferença. Os familiares gastam muito tempo e energia pensando em como agir. [...] as vivências em torno da doença mental refletem um investimento e um envolvimento maciços nos vínculos. Os sujeitos se preocupam tanto em resolver os problemas que sobra pouco tempo e espaço para outros relacionamentos, havendo uma sobrecarga nas relações nas relações de cobrança e exigência dentro da família (MELMAM, 2001, p.37)

A função de sociabilidade e desenvolvimento que a família exerce sobre seus membros, justifica a importância de ouvi-la e de compreender suas concepções e

significações a respeito do processo vivenciado pelo ente adoecido (MARTINS e VECCHIA, 2006). Seu potencial como construtora de relações interpessoais, sociais e afetivas é utilizado como um potente instrumento no tratamento da pessoa acometida por sofrimentos psíquicos, visando sua reintegração social por meio da reconstrução dessas relações comprometidas pelo adoecimento. Reconstrução essa, pautada na criação de novas possibilidades de se relacionar, de conceber e de viver no mundo. Dessa forma, a família é então percebida positivamente, como parceira das instituições que oferecem tratamento, rompendo com a psiquiatria tradicional, que estabelecia com ela uma relação conflituosa. *“Esta intervenção da medicina mental na estrutura familiar, retirando um componente seu, corresponde a um verdadeiro conflito entre as duas instituições”* (BIRMAN, 1978, p. 278).

A desinstitucionalização prevista pela reforma psiquiátrica culmina no retorno do usuário de serviços de saúde mental ao convívio familiar e comunitário. Sendo assim, essa desospitalização deve ser assistida, deve estar apoiada na criação de um sistema substitutivo de serviços que dividam com a família os cuidados com os portadores de transtornos mentais. Do contrário, a desinstitucionalização será sinônimo de desatenção que acarretará sobrecarga familiar, tal como defendem Gonçalves e Sena,

Se não é mais aceitável estigmatizar, excluir e recluir os loucos, também não se pode reduzir a reforma psiquiátrica à devolução destes às famílias, como se estas fossem, indistintamente, capazes de resolver a problemática da vida cotidiana acrescida das dificuldades geradas pela convivência, pela manutenção e pelo cuidado com o doente mental (GONÇALVES e SENA, 2001, p.5).

Para que a reinserção social do portador de transtornos mental se torne realidade, a rede de saúde mental deve envolver e se articular com as famílias: conhecendo suas realidades, valorizando seus saberes e concepções, esclarecendo-as a respeito dos adoecimentos psíquicos, desenvolvendo trabalho educativos que possibilitem a desconstrução dos mitos e estigmas relacionados a loucura e criando espaços de fala e troca entre elas.

A rede de saúde mental deve conceber a família com uma parte integrante, com quem e para quem desenvolve ações que atendam suas demandas de dor, sofrimento, dúvidas, ansiedades e desejos, de forma a promover seu fortalecimento, a fim de garantir às famílias o preparo necessário e a certeza de que não terão que arcar sozinhas com a difícil tarefa de cuidar dos seus entes adoecidos psiquicamente.

O fortalecimento da rede de saúde mental supõe, necessariamente, o fortalecimento da participação familiar no processo de tratamento dos usuários e assistência estratégica das famílias. Viabilizando, assim, a consolidação da reintegração social do portador de transtornos mentais.

## **2.2 O Programa Vida em Casa**

A lei que institui a reforma psiquiátrica no Brasil prevê a reinserção social dos usuários dos serviços de saúde mental. No entanto é necessária a elaboração e execução de ações que a efetivem.

A promoção e a manutenção do convívio familiar e comunitário dos usuários da rede pública de saúde mental – em especial daqueles cujo histórico de tratamento é marcado por longas internações em instituições de caráter asilar – do DF contam hoje com o Programa Vida em Casa. Alvo de avaliação deste trabalho, o programa oferece serviços de assistência em saúde mental aos usuários a ele vinculados dentro do ambiente familiar<sup>12</sup>.

O PVC<sup>13</sup> é o único serviço público na região a desenvolver esse tipo de trabalho, que se dá através de uma equipe multiprofissional, que se desloca até as residências dos usuários para realizar atividades que tangem desde questões médicas a questões sociais, tais como aplicação medicamentosa, atendimento psicoterapêutico e diagnósticos da situação social e psíquica de toda a família, com o intuito de superar os problemas existentes por meio da articulação com as redes de saúde mental e sociais locais. Atendendo aos critérios da reforma psiquiátrica e, assim, se destacando dentro do cenário local de serviços de saúde mental.

### *2.2.1 Surgimento do PVC*

---

<sup>12</sup> Embora toda rede de aparelhamento substitutivo de SM deva, conforme previsto pela reforma psiquiátrica brasileira, realizar ações que garantam a desinstitucionalização e a reinserção social do portador de transtornos mentais, o PVC se apresenta como uma política ainda mais focalizada nesse intuito por atender seus usuários dentro do convívio familiar e por desenvolver articulações entre eles, seus familiares e as redes de SM e sociais existentes dentro de suas comunidades;

<sup>13</sup> Além do Plano Diretor de Saúde Mental, do projeto “Vida em Casa” da Secretaria de Estado de Saúde, também foi utilizado como fonte de informações sobre o programa perguntas relacionadas a questões operacionais, ao número de profissionais, às atividades realizadas e ao número atual de usuários direcionadas a coordenadora do programa durante o período de realização das entrevistas da pesquisa de campo;

Com a desativação da Clínica de Repouso Planalto, no dia 1 de abril de 2003 - em decorrência das irregularidades fiscais, de maus-tratos, condições precárias de higiene e das instalações físicas<sup>14</sup> - cem dos cento e dezessete internos da instituição psiquiátrica voltaram a residir com suas famílias. Contudo a demanda desses pacientes por serviços de saúde mental se manteve, o que ocasionou uma alocação da assistência dessa clientela para o HSVP. O hospital, porém, não apresentava capacidade física e estrutural de acolher essa enorme demanda.

Diante do problema que se apresentava, foi proposta por uma das assistentes sociais –atual coordenadora do programa - do hospital a formação de uma equipe multidisciplinar que atendesse os ex-internos da instituição desativada dentro do convívio familiar, dentro de suas próprias casas. O que, ao mesmo tempo, resolveria o problema do excesso de demanda para o hospital e proporcionaria a realização de um trabalho consonante com as exigências da reforma. Então, em abril de 2004, foi apresentado e aprovado o projeto “Vida em Casa”, destinado a atender uma clientela caracterizada por apresentarem transtornos mentais e sociais graves e um índice de internações frequentes (DISTRITO FEDERAL, Secretaria de Estado de Saúde, 2004).

### *2.2.2 Objetivos*

Para além da assistência à demanda por cuidados psiquiátricos, o programa surge com o intuito de desenvolver interfaces entre saúde e sociedade através do estabelecimento de trocas criativas e suficientemente amplas que sejam capazes de reverter a lógica da exclusão. Tem como objetivo geral

Prestar assistência às pessoas acometidas de transtornos mentais de longa duração, viabilizando a inclusão social, a partir de uma atuação profissional multidisciplinar em domicílio, com vistas a melhoria da qualidade de vida dos usuários desses serviços. Inserindo-os na vida comunitária e familiar (Distrito Federal, Secretaria de Estado de Saúde, 2004, p.6).

Para a efetivação desse objetivo, o projeto prevê o alcance dos objetivos específicos: prevenção de crises, recaídas e reinternações prolongadas dos pacientes assistidos; desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde mental dos usuários e familiares através da articulação com as redes sociais locais; inserção da família no processo terapêutico do usuário; promoção da inclusão social do

---

<sup>14</sup>< [http://www2.correioweb.com.br/cw/EDICAO\\_20030322/pri\\_cid\\_220303\\_190.htm](http://www2.correioweb.com.br/cw/EDICAO_20030322/pri_cid_220303_190.htm)>.

usuário e da família na comunidade, buscando romper com os estigmas atrelados ao adoecimento psíquico; diminuição do número de reinternações no DF e, assim, os custos decorrentes de internações repetidas e longas; diminuição do volume excedente de atendimentos nos serviços de emergência psiquiátrica; realização do tratamento medicamentoso de acordo com a necessidade do usuário; promoção de assistência psicológica de apoio a usuários familiares ou cuidadores.

### 2.2.3 Recursos

O PVC ocupa as dependências térreas de um prédio – onde anteriormente funcionava um Hospital-Dia – situado em frente ao pavilhão de internações do HSVP, localizado na cidade satélite de Taguatinga. Contando com duas salas.

Os trabalhos são desenvolvidos por uma única equipe multiprofissional composta por duas assistentes sociais, duas psicólogas, duas psiquiatras, uma enfermeira e seis técnicos de enfermagem<sup>15</sup>. Contudo, a atuação da equipe encontra-se limitada e comprometida, entre outros fatores, por ter que atender uma demanda muito maior que sua capacidade de cobertura. Embora o projeto apresentasse como meta a formação e atuação de outra equipe para cobrir um grupo de duzentos usuários, a equipe sozinha assiste, hoje, trezentos e oitenta usuários e suas famílias .

Por ser um serviço de atendimento domiciliar, a equipe, para efetuar seu trabalho, precisa se deslocar até as casas dos usuários. E, para tanto, é imprescindível que haja carros a disposição que realizem seu transporte. O programa atende pessoas que moram nas cidades de Ceilândia, Samambaia, Taguatinga, Recanto das Emas, Riacho Fundo, Santa Maria e Gama<sup>16</sup>, mas só conta com um carro para realizar as visitas. Não sendo esse o carro exclusivo do PVC, o carro atualmente utilizado é uma *Kombi* concedida pela direção do HSVP. Apesar de poder contar com esse carro, as visitas muitas vezes são adiadas por não haver um motorista, também, exclusivo, deixando a equipe a mercê da disponibilidade dos motoristas do HSVP.

---

<sup>15</sup> Somente uma das duas profissionais atuantes nas especialidades de assistente social e psicóloga trabalha em regime integral, e as duas psiquiatras trabalham em regime de vinte horas semanais.

<sup>16</sup> O programa, na realidade, atende a todas as regionais do DF. Conforme a demanda o atendimento é oferecido independente da localidade de moradia. Atualmente essas são as cidades que abrigam a maioria dos usuários do PVC

#### *2.2.4 Clientela/Usuários*

O Programa, a princípio, foi criado para acolher a demanda dos cem pacientes egressos da Clínica Planalto. No projeto, porém, foi proposta a expansão da cobertura através do alcance das metas de formar mais uma equipe e aumentar para duzentos o número de usuários. Porém, como já explicitado, o PVC atualmente oferece assistência a trezentos e sessenta usuários e seus familiares.

Esse crescimento se deve a dois fatores: o reconhecimento do programa e o afrouxamento dos critérios de admissão. À medida que ia sendo desenvolvido o trabalho e resultados positivos eram atingidos, o programa foi se destacando entre os serviços de saúde mental disponíveis, gerando aumento da demanda na região. Diante de uma demanda carente de serviços substitutivos, a equipe resolveu diminuir as restrições para vincular os usuários. O programa era destinado às pessoas que apresentassem quadros de psicose, baixo nível econômico e histórico de longas e/ou várias internações. Embora a maioria dos usuários se enquadre nesses critérios, muitos foram admitidos mesmo sem apresentarem tais características.

O aumento de usuários acentuou a incapacidade de cobertura do programa. O crescimento do número de pessoas assistidas não foi acompanhado por um aumento de recursos humanos e materiais. Comprometendo o desenvolvimento do trabalho e sua qualidade. Sendo assim, atualmente busca-se retomar as restrições de aceitação e focalizar a atenção na clientela já existente.

#### *2.2.5 Ações e atividades do Programa*

A atuação do PVC se baseia em visitas domiciliares, a partir das quais os profissionais detectam problemas e dificuldades, dentro do ambiente familiar e comunitário, que afetem direta ou indiretamente a manutenção da saúde mental do usuário e de sua família. As visitas podem ter o intuito de aplicar medicamentos injetáveis, efetuar avaliação psiquiátrica, diagnosticar e intervir na realidade social e econômica dos usuários e suas famílias e desenvolver trabalhos terapêuticos. A finalidade das visitas depende das demandas de cada usuário e sua família.

Hoje, as visitas mais frequentes são realizadas pelos técnicos de enfermagem para aplicar a medicação *Piportil L4*<sup>17</sup> nos usuários requerentes uma vez por mês. Apesar da intenção aparentar ser muito específica, todos os profissionais devem trabalhar de maneira interdisciplinar. O profissional que estiver executando a visita, independente de sua especialidade, deve estar atento as necessidades referentes tanto a sua área de atuação quanto as outras áreas. Ao aplicar um medicamento o técnico de enfermagem pode se deparar com uma situação de natureza sócio-econômico dentro da família, e então levar ao conhecimento da equipe para que sejam pensadas e efetivadas as possibilidades de intervenção. Todos os profissionais da equipe devem se comunicar, trocar saberes e informações para que o atendimento aos usuários e seus familiares se dê da forma mais integral e completa possível. E uma das formas existentes de viabilizar essa comunicação, além das trocas contínuas proporcionadas pelo contado diário, é a realização de reuniões mensais com toda a equipe.

O programa propõe dar assistência não somente ao portador de transtornos mentais, mas também a sua família. A família é concebida como um sujeito coletivo que também passa por um processo de adoecimento psíquico, e, portanto, precisa de apoio e que, ao mesmo tempo, é um ator fundamental no processo de tratamento e de reinserção social dos usuários. A família é tida como uma parceira imprescindível. As ações são desenvolvidas de forma a promover a participação familiar por meio, principalmente, de um trabalho educativo que possibilite a desconstrução dos estigmas que acabam por desestimular as famílias. Segundo a coordenadora do PVC, uma das maiores conquistas é o vínculo estabelecido com as famílias, e o seu sucesso se deve, justamente, ao investimento familiar.

Um de seus maiores instrumentos de ação é o trabalho em rede. A articulação com as redes sociais e de saúde mental possibilita uma assistência mais integral aos usuários e suas famílias e o desenvolvimento de um trabalho mais eficaz e efetivo.

O programa conta com o apoio da Universidade de Brasília (UnB), do Uniceub, de onde acolhe estagiários dos cursos de serviço social e psicologia, e da Unip, com quem, desde o primeiro semestre de 2008, desenvolve a experiência de acompanhamento terapêutico com alguns usuários através do trabalho de estudantes de psicologia. Trabalha com benefícios da assistência social, como o Benefício de

---

<sup>17</sup> Neuroléptico utilizado no tratamento de psicoses graves. Consumido ou por via oral, sob forma de comprimido, ou por via intramuscular, sob a forma injetável <[http://www.medicinanet.com.br/bula/4106/piportil\\_l4.htm](http://www.medicinanet.com.br/bula/4106/piportil_l4.htm)>.

Prestação Continuada (BPC), e outros ligados a Secretaria de Desenvolvimento Social e Trabalho (SEDEST). Encontra-se articulado com o programa De Volta Para Casa, do MS, por meio do auxílio-reabilitação, que beneficia cinquenta e oito usuários. Articula-se com os serviços, de natureza pública ou não, disponíveis nas comunidades – como os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), a defesa civil pública e ONGs – conforme as necessidades da clientela, buscando promover mudanças no quadro social e garantir aos usuários e seus familiares acesso aos seus direitos. E o programa também se configura como um mediador da passagem dos usuários para os serviços locais de saúde mental.

No começo desse ano, o PVC deu início a um projeto de expansão previsto pelo Plano Diretor de Saúde Mental (2007-2011). Com a finalidade de promover a reabilitação psicossocial, o plano tem, entre outras, a meta de ampliar as ações do PVC através da criação de PVCs nas várias regionais de saúde do DF. O que se propõe é a articulação do PVC com a Atenção Básica, de forma que os PVCs atuem como equipes matriciais desenvolvendo trabalhos de formação e supervisão em saúde mental direcionados às equipes de saúde da família e aos agente comunitários de saúde. Fortalecendo os serviços comunitários de saúde mental.

Atualmente, dois novos PVCs compõem a rede de saúde mental do DF, um situado no centro de medicina alternativas do Hospital de Planaltina e o outro no Instituto de Saúde Mental. As experiências existentes ainda são muito incipientes. Apesar da proposta ser promissora, a baixa cobertura das equipes de saúde da família (10,25%) e dos agentes comunitários (15,44%) na região<sup>18</sup> acabam por engessar sua execução.

---

<sup>18</sup>Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.



## CAPÍTULO III

### 3. PESQUISA DE CAMPO

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos através da aplicação das entrevistas semi-estruturadas com os profissionais e os familiares, durante a realização da pesquisa de campo. Ao final, os resultados apreendidos nos diferentes grupos são discutidos e confrontados.

#### 3.1 Visão dos profissionais

Foram entrevistados, ao longo do mês de junho de 2009, a assistente social de regime integral – e também coordenadora do programa -, a enfermeira, a psicóloga de regime integral, uma técnica e um técnico de enfermagem. Os profissionais entrevistados trabalham na área da saúde mental há mais de 13 anos, exceto a psicóloga com quatro anos de prática na área. E no programa, a assistente social e o técnico atuam desde o início, há cinco anos, e as outras profissionais há três anos, o que significa que eles participaram dos processos iniciais, permitindo a realização de abordagens do programa a partir de comparações entre o que acontece hoje e o que acontecia no início, um olhar mais maduro sobre os progressos e/ou retrocessos, sobre as conquistas e as limitações.

Quando questionados a respeito de suas motivações para trabalhar no PVC, as possibilidades de tratamento do usuário dentro do convívio familiar e de trabalhar em parceria com as famílias foi unânime na fala de todos os profissionais:

[...] ver nos objetivos um avanço muito grande, a questão de, hoje, eu ver esses pacientes em casa com seus familiares (trecho de entrevista - técnico de enfermagem);

É justamente essa proposta de trabalho, que é atender o paciente à nível domiciliar. E, então, a gente vê que o tratamento é muito eficiente porque um dos objetivos do PVC é evitar reinternação. Então, quando agente vê que esse objetivo é alcançado, há uma motivação de continuar fazendo esse trabalho. [...] esse apoio que a gente dá ao cliente, a família (trecho de entrevista - enfermeira);

A gente poder trabalhar com a família. Muitas vezes na internação ou no ambulatório você [...], tem alguns ganhos, mas quando ele vai para o contexto familiar isso tudo muda. O contexto familiar faz com que mude o quadro. E aqui a gente tem a possibilidade de conhecer essa família de ver

essas estruturas, que as vezes são até o foco maior de adoecimento (trecho de entrevista - psicóloga).

A enfermeira traz também a importância do trabalho com uma equipe interdisciplinar para a efetivação de uma assistência integral: “[...] *dentre outras motivações, é o trabalho, também, da equipe de uma forma interdisciplinar, onde há um respeito, uma participação de cada profissional e o respeito pelo trabalho de cada um*”.

Outra motivação, apresentada pela assistente social, é a possibilidade de trabalhar com as redes sociais. *”O incentivo é a coisa de tá nas redes, nas universidades, nas clínicas acadêmicas, o acesso junto com o Ministério da Saúde, com a bolsa De Volta Para Casa”* (trecho de entrevista).

Todos conheciam a proposta base da reforma psiquiátrica: desinstitucionalização e reinserção social dos usuários por meio da construção de uma rede substitutiva de base comunitária:

[...] eu acredito que com mais outros mecanismos, outros meios, de criação de outros serviços. Eu acho que isso é um ganho, é um benefício para esses pacientes e também, para a família também é uma mudança. A mudança que, quanto mais serviços no Distrito Federal, mais desafovam esses hospitais, igual o São Vicente, que é sempre lotado, né (trecho de entrevista - técnico de enfermagem);

A reforma é justamente essa...o tratamento da pessoa que tem transtorno mental em seu domicílio ou nos serviços substitutivos às internações. Então, a proposta principal da reforma é acabar com as hospitalizações, ou, pelo menos, evitar. E ficar só as internações em unidade de internação psiquiátrica para atender as emergências [...] mas é mesmo o atendimento nos serviços substitutivos (trecho de entrevista - enfermeira).

A assistente social e a técnica de enfermagem abordaram também a questão da desconstrução dos estigmas, para a construção de um olhar de diferença sobre a loucura e a concepção da pessoa acometida por transtornos mentais como um sujeito de direitos a quem deve ser oferecidos tratamentos humanizados e respeitosos:

O trabalho em rede com equipe matricial, o CAPS, o PVC, né. Isso é uma reforma pra humanizar. A palavra reforma eu entendo como humanizar. É que o paciente não seja tratado com preconceito, com discriminação. E eu acho que a reforma trata o paciente como um todo e não só a doença do paciente, trata como um ser humano. E a reforma ela tenta isso, que a gente veja o paciente como um ser humano mesmo, como uma pessoa, e não como um CID, como uma doença (trecho de entrevista - técnica de enfermagem);

É a coisa de cidadania, autonomia para os usuários. Nós também temos nossos estigmas. Tem a lei mas o que faz a lei ser cumprida são nossas ações.

A gente permitir as diferenças. A reforma é investir na saúde (trecho de entrevista –assistente social).

A atual situação da reforma psiquiátrica no DF é avaliada de forma negativa. É consenso que os passos dados pela reforma na região ainda são pouco e que se faz urgente sua efetivação, como aborda o técnico de enfermagem. *“Eu acho que tem que tirar do papel, né, tudo aquilo que é discutido e colocar em prática. Fazer valer tudo aquilo que é discutido e funcionar”*.

A enfermeira chega a afirmar que a reforma não acontece: *“achava que estava acontecendo a passos lentos, mas parece que faz de conta que acontece mas não acontece”*. A assistente social aponta como um dos problemas para a consolidação da reforma local, além da efetivação das ações – engessadas pela falta de vontade política - a centralização no poder médico: *“a cultura de centralizar tudo no poder médico dificulta muito [...] tem muito psiquiatra que não vem porque não quer ser chefiado por uma assistente social”* .

Apesar do parecer negativo é possível detectar sentimentos de esperança em relação aos rumos da reforma. Tanto a psicóloga quanto a técnica de enfermagem acreditam que, ainda que lentamente, os avanços estão acontecendo, os primeiros passos já estão sendo dados:

A gente tem visto muita reclamação da reforma [...] só que, o que eu vejo é o outro lado. Eu vejo um lado que tá sendo construído, eu vejo o lado da rede, das pessoas que estão no movimento, que estão buscando essa reforma. Eu vejo que há um crescimento nesse sentido, principalmente no sentido da postura antimanicomial, não só da retirada de leitos, aquela coisa física. Eu estou vendo a mudança na postura, na visão das pessoas com relação a isso daí. Que não é só tirar o manicômio, que é uma postura de olhar para o paciente de uma forma mais humana, trabalhar em parceria com a família, com a rede social. Acho que tem tido avanços nesse campo (trecho de entrevista -psicóloga);

Olha, é como dizem, tá a passos de tartaruga, ainda tá começando. Mas isso é bom, porque pelo menos tá tendo um começo. Não é o que agente sonha, não é o que a gente almeja o que tá acontecendo, mas só de estar acontecendo alguma coisa já é muito bom. Então já se começou, então isso com o tempo só tende a melhorar, eu acredito, né. (trecho de entrevista - técnica de enfermagem).

Mas essa esperança também pode ser percebida através das definições e funções que todos eles atribuem ao PVC e da relação que eles estabelecem entre o programa e a implementação da reforma. Todos afirmam que o PVC é um instrumento importante de

efetivação da reforma no DF, pois promove a reintegração social do usuário por meio de sua manutenção no convívio familiar e da diminuição das internações:

Ele trabalha de duas formas: que é tirar o paciente de dentro da internação [...] e trabalhar com a família que o paciente é da família. O paciente é deles, eles (familiares) tem condições de tratar, e essa postura assim, de que não é o profissional, não é o médico, não é o psicólogo que sabe tudo. Quem tá lá, aquele paciente, aquela família é que sabe a melhor forma de lidar com ele. Empoderar essa família. [...] a gente vai chegar na casa e não vai sair mudando a forma deles trabalharem, a gente vai agregar. (trecho de entrevista - psicóloga).

[..] O PVC tá muito dentro da proposta, né, da reforma. Porque...é manter esse paciente com a família, convivendo com seus familiares e com a comunidade. (trecho de entrevista - enfermeira);

Esse é um caminho, o PVC. Eu acho que, de um modo geral, o PVC veio fazer um serviço substitutivo, em busca da qualidade, da qualidade de vida desses pacientes. [...] quem conhece bem as dificuldades enfrentadas pelas famílias, na questão de atendimento de seu familiar, ter que estar vindo em horários... à noite, pra tentar conseguir a consulta, né...porque esses pacientes não aderem o tratamento no ambulatório, são pessoas que tem dificuldade. E o PVC, ele consegue ir até o paciente com sua equipe multidisciplinar fazer esse trabalho. Então, eu acho que a família ganhou muito, o paciente também, hoje vive bem com seu familiar e eu acho que o PVC veio para o Distrito Federal pra ajudar, realmente, essas famílias que precisam (trecho de entrevista - técnico de enfermagem);

Se existissem vários PVCs, se existisse em todos os lugares um PVC, talvez não existiria tantas internações. (trecho de entrevista - técnica de enfermagem).

As definições do programa e de suas funções evidenciam a concepção de que o programa atua em consonância com a reforma e, assim, ela acaba por ser posta em prática. Ao definir o PVC, a assistente social afirma ser ele a própria reforma:

O PVC é tudo que fala a reforma. [...]. O PVC é a reforma. A gente trabalha a descentralização das políticas públicas e a interdisciplinaridade, é muito rico. Na prática do PVC é que você vai entendendo o que é a reforma. A equipe toda fala a mesma língua. [...] Apesar da reforma não avançar, o PVC faz diferença (trecho de entrevista).

As falas que privilegiam a promoção do convívio familiar e da participação da família no processo de desinstitucionalização, a diminuição das internações e a articulação com as redes são sempre recorrentes. Os profissionais avaliam positivamente os impactos das ações do PVC na vida dos usuários e seus familiares.Reduzindo as internações, dando assistência domiciliar, promovendo a participação da família e se comunicando com as redes, o programa evita a cronificação dos usuários, possibilita um convívio familiar qualificado e tranquilo, estabelece um

vínculo com as famílias - tornando-se uma referência - divide com elas o cuidado com o usuários e lhes garante acesso aos seus direitos:

Depois que existiu o PVC, muitos dos pacientes, muitos não internaram mais. (trecho de entrevista - técnica de enfermagem);

Em algumas famílias, a gente vê isso muito claramente. Mudança nas relações, mudança até na postura, a família tinha uma postura manicomial: 'ah, tirei do manicômio mas eu crio um manicomiozinho dentro da minha casa'. Hoje, algumas famílias já conseguiram mudar isso, de ter uma relação mais normal com o paciente. Estarei no mesmo patamar de direitos e deveres, mas isso não é unânime, ainda a gente tá tentando conseguir isso com todas as famílias (trecho de entrevista - psicóloga);

[...] quando você promove a saúde, orienta, eles (usuários e familiares) se sentem amparados, sentem que não estão sozinhos e abre novos horizontes. Porque mantendo aquela pessoa que tem transtorno mental num quadro estável, já dá uma certa estabilidade para a família. Então, muda totalmente, porque dando estabilidade a família fica mais tranqüila. Eu acredito que ela fica mais produtiva e o próprio paciente também (trecho de entrevista - enfermeira);

[...] somos referência para eles [...] a partir da hora que você desinstitucionaliza, as famílias dizem mesmo que está mais leve, está melhor. A maioria recebe renda, o que fortalece. A bolsa junto com o BPC, a partir daí o paciente passa a ser provedor (trecho de entrevista - assistente social).

Uma importante questão levantada pelos profissionais é a realização do trabalho pedagógico. Informar os familiares sobre os adoecimentos e suas implicações e, ao mesmo tempo, quebrar os estigmas e preconceitos presentes no ambiente familiar, contribui para que a família assuma seu papel de cuidadora e de mediadora da reintegração social do membro adoecido.

[...] muitas famílias ficaram mais próximas dos pacientes. Porque, de alguma forma, a gente contribuiu para que essa família pudesse entender um pouco da doença, da problemática, que pudesse interagir também, né.. Não só assistir, mas interagir: procurar se preocupar, procurar vir, ajudar o paciente de alguma forma. (trecho de entrevista - técnica de enfermagem);

O PVC é acolhimento, respeito, é desinstitucionalização. E dentro desse processo tem o processo pedagógico de trabalhar com as famílias e participar dos processos de tratamentos (trecho de entrevista - assistente social).

Quanto aos alcances, além daqueles explicitados nas falas antecedentes, surgiu como resposta, também, a expansão do programa por meio da articulação com o Programa Saúde da Família (PSF), iniciada no primeiro semestre de 2009: “[...] esse trabalho compartilhado que a gente faz com os centros de saúde, com o PSF leva a uma

*assistência integrada, mais globalizada. Então, com isso melhora toda aquela questão medicopsicossocial: evita internação, melhora outros aspectos. A gente tá acionando muito essa rede básica”* (trecho de entrevista - enfermeira).

As limitações mais apontadas pelos profissionais foram, justamente, o problema de transporte – instrumento imprescindível para a execução das ações do programa – e o número reduzido de equipes para atender uma demanda muito grande:

[...] recursos humanos, né, na verdade: médico, assistente social, mesmo nós, técnicos de enfermagem. O quadro é muito pequeno pra atender uma população tão grande, que precisa tanto. Então, nós somos uma equipe pequena pra 400 pacientes, que agente tem atualmente,. Agente não dá conta. O grande problema são os recursos humanos, mesmo. Depois, material, seria um carro, agente ter o carro. (trecho de entrevista - técnica de enfermagem);

O carro é um entrave muito grande, a gente depende do carro para fazer as visitas (trecho de entrevista - psicóloga).

Para a superação desses problemas, foram apresentadas as seguintes soluções: a articulação política para viabilizar o acesso aos instrumentos escassos e a multiplicação do PVC nas diversas regionais do DF.

Falta o fortalecimento de que em todo o Distrito Federal tenha mais equipes que possam atender essa demanda, que é muito grande aqui no hospital. E eu acho que a equipe ainda é reduzida para a enorme quantidade de pessoas que necessitam desse tratamento em casa. Eu acho que o PVC hoje é um sucesso, eu acho que ela tá sendo bastante reconhecido atualmente, eu acho que poderia, o governo, investir muito nessa área do atendimento domiciliar na psiquiatria. Eu acho que Brasília é uma cidade, hoje, que a enorme quantidade de pessoas que são acometidas de transtorno mental é muito grande. Eu acho que deveria ter mais equipes distribuídas no Distrito Federal para atender a população (trecho de entrevista - técnico de enfermagem) ;

Dialogar, sentar, conversar, saber com quem deve conversar. Depende do gestor da GESAM (trecho de entrevista - assistente social);

[...] pelo fato de não termos PSF em cada regional, nós temos uma demanda muito grande, porque nossa área de captação é no DF todo. A partir do momento em que for sendo abertos novos PSFs em cada regional, então, vai funcionar com tranquilidade. E a gente vai poder tá assistindo de uma maneira bem mais eficiente, com toda a proposta. No mínimo de três em três meses a gente tem que visitar cada paciente, e a gente não tá dando conta de fazer isso. [...] essas equipes ainda não estão preparadas [...] deve haver mais treinamento à nível de ...abrir novos PSFs com equipes previamente treinadas, agilizar mais o trabalho do treinamento dos clínicos em psiquiatria da atenção básica (trecho de entrevista - enfermeira).

E em relação às expectativas, a efetivação da expansão é posição unânime, resumida na fala na coordenadora do programa: *“a expectativa é que o PVC*

*descentralize, como já fizemos em Planaltina, no ISM. E para isso, a gente tá trabalhando com a família, com os usuários. Fazendo essa passagem dos pacientes para os serviços com muita qualidade”* (trecho de entrevista - assistente social).

### **3.2 Visão das familiares**

Os usuários, cujos familiares foram entrevistados, estão vinculados ao programa há mais de quatro anos. Três deles residem na cidade satélite da Ceilândia e um no Plano Piloto, na Asa Sul. Todas as entrevistadas eram mulheres, e apenas uma não era a cuidadora do usuário – ela não se encontrava em casa no dia da entrevista.

Os usuários sofrem de psicoses graves. Três dos deles tomam o medicamento *Piportil L4* – de dose mensal – e um, a medicação *Risperdal consta*<sup>19</sup>, de aplicação quinzenal. Ambas são medicações injetáveis, e demandam visitas frequentes para suas aplicações. Antes de entrarem no PVC todos eles tinham dificuldades em aderir ao tratamento medicamentoso, mas hoje já não apresentam resistência.

Dos quatro usuários, somente um não recebe qualquer benefício. Os outros têm acesso ao BPC. Vale ressaltar que, naquele caso especificamente, embora o usuário não tenha qualquer renda, as condições materiais de sua família são visivelmente mais favoráveis que a dos outros usuários.

As familiares serão tratadas aqui pelos pseudônimos de Maria (68 anos), Sebastiana (58 anos), Helena (57 anos) e Janaína (16 anos). Maria e Helena são irmãs dos respectivos usuários, Sebastiana mãe e Janaína sobrinha.

Quando questionada a frequência das internações antes dos usuários se vincularem ao programa, todas afirmaram que ocorriam com muita regularidade. Mas depois do PVC, eles nunca mais voltaram a reinternar. Sebastiana relata que o filho era internado mais de dez vezes ao ano, *“ele se negava a tomar o remédio, então, ele ficava só internado, né, porque a crise era séria”*.

A opinião delas a respeito do trabalho desenvolvido pelo programa é de que ele é bom. Tal avaliação positiva se deve, principalmente, segundo suas falas, a divisão dos cuidados entre a família e o PVC, à possibilidade da assistência ocorrer dentro de casa e a mudança no quadro do usuário:

---

<sup>19</sup>Medicamento injetável utilizado no tratamento de esquizofrenia.<<http://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&q=respidal+consta&meta=&aq=f&oq>>

Graças a Deus, depois que eles tão vindo dar assistência aqui, foi o mesmo que tirar um fardo das minhas costas, eu tava com um peso maior do que a força que eu tinha. Aliviou muito. [...] Eu acho uma coisa boa, eu acho que é uma ajuda muito grande, é um socorro na tribulação (trecho de entrevista - Maria);

Acho bom porque antigamente ela era mais nervosa mais agitada, ela melhorou muito. [...] Mudou muita coisa. Porque antigamente era muito difícil pra agente. Na época eu era pequena, eu via como é que era o jeito como ela se comportava, eu até ficava com medo (trecho de entrevista - Janaína);

Acho muito bonito, acho muito bom. Não tem uma vez que a pessoa ligue pra lá pra não ser bem tratada (trecho de entrevista - Sebastiana).

As mudanças nas relações intra-familiares também são observadas e relatadas pelas familiares. Sebastiana e Helena dizem que hoje o convívio é bem melhor, mais tranquilo e as relações afetivas entre os usuários e outros familiares foram retomadas:

Melhorou muito. Porque, se existe uma coisa que o M. (filho) é, é uma pessoa muito amável, ele é carinhoso, ele sempre foi. Mas quando ele não tava bem não era direto. Agora é diferente (trecho de entrevista - Sebastiana);

Ele foi ficando melhor com a gente em casa, o convívio. [...] Ele foi melhorando, ele foi tomando carinho por mim, tomando carinho pela minha filha. [...] ele já almoçava com a gente. A gente chamava pessoas p/ alocar aqui em casa, ele já sentava na mesa com as pessoas. [...] Muito educado [...] ele passou a tratar as pessoas com muita educação, comecei a sentir que ele gostava de conversar com as pessoas (trecho de entrevista - Helena).

Mesmo no caso de Maria, que diz ter melhorado em cinqüenta por cento a relação dele com a família, é possível afirmar que houve progresso. Nesse caso específico nota-se um cansaço muito maior que das outras cuidadoras. Ela uma senhora idosa que cuida do irmão, hoje com setenta anos, há mais de trinta anos. Quando indagada se prefere que ele seja assistido em casa, Maria coloca seu cansaço e revela que gostaria que houvesse um lugar protegido, um tipo de abrigo onde ele pudesse morar.

Teve uma vantagem de cinqüenta por cento, porque diminuiu minha agonia. Porque além do remédio que ele tomava, sem a injeção, ele batia muito no povo. [...] Se Deus preparar um lugar que agente coloque ele. Um lugar que não tem cigarro, que seja bem fechado, que não dê pra ele fugir, que ele se alimente na hora certa. Eu tenho o prazer de... recebo o pagamento dele e entrego lá onde ele estiver.

A colocação de Maria revela uma postura, um pensamento ainda manicomial, institucionalizado, no sentido de acreditar que o tratamento se reduz a medicação e a



contenção do portador de transtorno mental em um lugar fechado e isolado. Durante a entrevista foi possível perceber que sua relação com seu irmão ainda é conflituosa. Quem tem cuidado dele ultimamente é uma de suas filhas. Ela disse que controla as suas saídas mantendo a porta de casa sempre trancada, é perceptível que ele acaba por ficar isolado dentro do ambiente familiar. Mas, em todo caso, diz preferir que ele seja atendido em casa, pois antes tinha que transportar o irmão de ônibus até o HSVP, onde ficava muito inquieto. A preferência se deve muito mais por uma questão de comodidade da familiar que de possibilidade de estar convivendo com o irmão.

Quanto à preferência das familiares pelo atendimento domiciliar, as outras três entrevistadas se manifestaram positivamente, pela comodidade e pelo fato dos serviços hospitalares serem desumanizados.

Pode dizer que a gente teve um grande sossego, porque, eu vou te dizer, era uma barra pra nós, era difícil. [...] Mais sossego, mais tranqüilidade [...] No São Vicente eles internam, mas ali não é lugar de ficar internado, ali não tem nada de renovação, de verba e nem de cuidado de governo (trecho de entrevista - Sebastiana)

Ele não tomava medicação nenhuma. Ninguém conseguia levar ele para o hospital, só conseguia com a ajuda do corpo de bombeiros. [...] ele era muito agressivo [...] Quando eu chegava no pronto-socorro, a gente era maltratado primeiro pelos porteiros, depois pelos médicos. O médico não tem respeito pelo paciente de psiquiatria. E isso é um problema sério. O atendimento chega a ser agressivo. Médico trata os familiares como se fosse cachorro. Se ele (o paciente de psiquiatria) tem um problema, é um problema familiar, mas não é no pronto-socorro, na hora de atender o paciente que o médico vai jogar na minha cara isso. (trecho de entrevista - Helena);

Os usuários não realizam atividades regulares. Geralmente ficam em casa, fazem algum tipo de serviço doméstico, passeiam pelas redondezas do local onde moram. O caso mais interessante, nesse sentido, é o do irmão de Helena, que ajuda a cuidar da mãe que tem *alzheimer*. É curioso observar como o papel de cuidador e de pessoa cuidada se inverte, antes era ele quem demandava os cuidados da mãe como um portador de transtornos mentais, e hoje ele promove cuidado, mesmo ainda sob a condição de pessoa acometida por transtornos mentais. “*Ele me ajuda a cuidar da minha mãe. Ele dá muito carinho para a minha mãe. [...] Ele ajuda a trocar a fralda dela ajuda, a dar banho[...]*” (Helena).

Em relação à participação da família, Sebastiana coloca que “*é importante demais. Porque se a família não cooperar, que é a interessada, como é que vai ser? simplesmente não continua*”. Ela se mostrou uma pessoa bastante interessada em

conhecer o universo da saúde mental, em compreender os problemas enfrentados pelos dois filhos – ela tem outro filho que também sofre de psicose grave. Ela revelou que costuma participar dos eventos relacionados com o tema sempre que a coordenadora do programa a convida.

Por que se nós não for e não ajudar vai indo, isso cai até no esquecimento . Não tem uma verba, não tem funcionário, não tem transporte. E isso aí ajuda muitas pessoas não só a mim. [...] Se a gente lidar com essas ‘criaturinhas de deus’ e não tiver, assim, uma orientação a gente também fica igual eles (trecho de entrevista – Sebastiana).

Quanto ao que elas gostariam que mudasse no programa, Janaína acredita não precisar mudar nada. Helena e Sebastiana dizem que o trabalho é muito bom só pelo que realiza, mas que pode ser ainda melhor se houver investimentos em recursos.

O que eu acho que deve melhorar ali é tudo de financiamento. Que o governo se importasse um pouco mais com essas pessoas que fazem um trabalho bonito desse. Que não faltasse. Porque ali a gente vê, até o lugar de sentar é acabadinho, triste até de olhar. E eles trabalham tão bem com o pouco que tem (trecho de entrevista - Sebastiana);

O retorno dos usuários ao convívio familiar é visto pelas familiares como um dos elementos que ajudaram na melhora do usuário, como coloca Sebastiana: *“a internação tanto é mais desgastante para a gente como pra eles lá, que não têm muita acomodação, tá sempre lotado. Então é bom prá ambas as partes”*.

É possível constatar em suas falas que o tratamento medicamentoso compõe parte significativa do progresso em relação ao convívio familiar e a situação medicopsicossocial do paciente: *“a injeção foi uma benção pra ele”* (Sebastiana); *“[...]Piportil, essa medicação milagrosa”* (Helena).

E, para finalizar a apresentação dos resultados da pesquisa realizada com as familiares, ao final da entrevista foi indagado a elas se já ouviram falar e/ou conheciam a reforma psiquiátrica. Janaína Maria e Helena responderam que nunca ouviram falar, e Sebastiana disse que já tinha ouvido falar mas não conhecia realmente o que era.

### 3.3 Discutindo os resultados

A pesquisa possibilitou observar a sintonia de interesses, concepções e impressões dos profissionais entrevistados, o que facilita e comprova o trabalho interdisciplinar da equipe. Embora cada profissional tenha sua especificidade de atuação, é possível perceber que as motivações e interesses são convergentes. A comunicação e troca entre profissionais da equipe é um fato

Através das falas dos profissionais, da forma como eles avaliam e encaram o PVC, é perceptível que eles o concebem de maneira positiva, como um serviço diferenciado que viabiliza ações efetivas e qualificadas em saúde mental. É consenso entre eles que o programa promove mudanças nas vidas dos usuários e de seus familiares e que, apesar dos problemas enfrentados, suas metas de reinserção familiar e comunitária dos usuários e de diminuição dos índices de internação têm sido alcançadas. Eles mostram valorizar o trabalho realizado pela equipe ao, unanimemente, apresentarem como principal expectativa em relação ao programa a sua expansão.

Embora o PVC nunca tenha sido objeto de pesquisa quantitativa, de levantamento de dados que proporcionasse a obtenção da informação de quantos usuários, exatamente, voltaram a ser internados após sua vinculação, as experiências cotidianas e as demandas dos usuários e suas famílias oferecem condições aos profissionais de afirmar que a maioria dos usuários não foi mais reinternada.

Outra observação é a presença constante na falas de todos os profissionais da atuação com e para a família. O que evidencia a importância dada à promoção da reinserção familiar do usuário e a valorização da participação familiar pela equipe.

Embora a maioria, exceto a psicóloga, tenha dado um parecer negativo à situação da reforma psiquiátrica no DF, todos concebem o PVC como um instrumento importante de efetivação da reforma. Segundo eles, a atuação do programa se pauta nos objetivos da reforma e, ainda que cobrindo uma clientela relativamente pequena, comparada com a demanda em saúde mental da capital (equivalente a mais de 400 mil usuários da rede)<sup>20</sup>, ele obtém resultados positivos que fazem diferença na realidade dos usuários, das famílias e da rede de saúde mental – através, por exemplo, da diminuição das internações.

---

<sup>20</sup> < [http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD\\_CHAVE=37705](http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=37705) >

As impressões, sentimentos e opiniões das familiares contribuíram para afirmar que o programa gera impactos positivos nas vidas dos usuários e suas famílias pelo fato de dividir com elas os cuidados com os entes adoecidos psicicamente, através de um trabalho humanizado, atencioso, respeitoso e que valoriza os familiares e os usuários, com quem estabelece uma relação de parceria.

Os relatos de melhora das relações familiares e o fato dos usuários nunca mais voltarem a ser internados evidenciam os impactos positivos do programa sobre essas famílias. Além de convergirem com as colocações dos profissionais a respeito das mudanças nas vidas dos usuários e de suas famílias e das reinternações.

As entrevistas com as familiares também trouxeram a tona as limitações do programa apresentadas pelos profissionais. Suas falas revelaram as dificuldades do programa em realizar um trabalho educativo eficaz com as famílias que possibilite a compreensão da realidade do adoecimento do usuário, que contribua para uma participação qualificada da família no processo de tratamento e promova o conhecimento sobre as transformações propostas pela reforma psiquiátrica.

Os convites realizados pela coordenadora do programa à Sebastiana, como explicitado pela familiar, para participar de eventos relacionados à saúde mental, exemplificam o trabalho de fortalecimento da participação familiar através de mecanismos que viabilizem a desconstrução dos estigmas e o esclarecimento sobre o universo da loucura. Contudo a fala de Maria, marcado por uma postura manicomial, e o fato de nenhuma das entrevistadas conhecerem a reforma psiquiátrica evidenciam as dificuldades de elaboração e execução de ações pedagógicas que atinjam efetivamente todas as famílias.

Observa-se também a inexistência de trabalhos terapêuticos voltados para as famílias. Os cuidados despendidos aos entes adoecidos culminam no cansaço psíquico das famílias, que, por isso, precisam ser alvo de assistência psicológica. Trabalhos desse tipo poderiam, por exemplo, amenizar as frustrações de Maria em sua relação com o irmão. Pode-se inferir da pesquisa que as limitações apreendidas por meio das informações fornecidas pelas familiares têm suas causas nas limitações apresentadas pelos profissionais. A falta de recursos é tida como basilar pelos profissionais, que acaba por atrapalhar a execução das ações. Exemplo disso é a questão dos trabalhos terapêuticos. Segundo a psicóloga, existe o projeto de realizar reuniões familiares que promovam a troca de experiências e o fortalecimento das famílias, porém o número reduzido de profissionais, a enorme demanda e escassez de materiais dificultam sua

execução. E, ainda que as ações sejam postas em prática, tais problemas comprometem sua amplitude, elas acabam por não contemplar todos os usuários e familiares.

Apesar dos obstáculos, o programa é atuante. Mesmo com poucos recursos o que pode ser feito é realizado e gera resultados positivos. A aplicação medicamentosa, por exemplo, pode parecer muito pouco diante das propostas do PVC, mas ela por si só já promove mudanças na vida do usuário e seus familiares. Além da promoção de acesso a direitos sociais como o benefício “De Volta Para Casa” e o BPC.

É possível afirmar que os resultados da pesquisa de campo permitem responder a pergunta do problema deste trabalho – de que forma o PVC contribui para a implementação da reforma psiquiátrica no DF? – da seguinte maneira: a partir da visão dos profissionais e dos familiares sobre o programa, é possível afirmar que o PVC, ainda que de maneira limitada, se apresenta como um serviço de saúde mental com grande potencial de intervenção na vida dos usuários, de seus familiares e da comunidade por se apoiar em ações que visam promover a desinstitucionalização de seus usuários a partir de uma assistência domiciliar que garanta a convivência familiar e comunitária. Atuando em consonância com os princípios e ações previstas pela reforma psiquiátrica, ele se configura como um instrumento - ainda que de pequena proporção - de fortalecimento e consolidação dessa reforma no Distrito Federal.

## Considerações Finais

O caminho percorrido nesta pesquisa possibilitou a realização de um estudo sobre o potencial do Programa de saúde mental PVC. O qual comprovou o que, ainda que informalmente, a rede de saúde mental, gestores públicos da área, as universidades locais, os usuários da rede e seus familiares, têm descoberto: que o PVC é um serviço público de saúde mental que se destaca na região do DF por pautar e efetivar suas práticas nas ações previstas pela reforma psiquiátrica, tais como a desinstitucionalização, a reinserção social dos usuários, a desconstrução dos estigmas sobre a loucura, o fortalecimento dos serviços de base comunitária e o trabalho humanizado.

Embora venha alcançando reconhecimento dentro da rede de saúde mental local, sua atuação encontra-se comprometida por questões que tangem a vontade política, na realidade, a falta de vontade política, que culmina no engessamento não somente das ações do programa, mas da reforma psiquiátrica em toda a região. A pesquisa mostra o comprometimento dos profissionais e o desejo de que o programa atinja suas metas, e que a falta de recursos é o maior problema enfrentado na execução de ações qualificadas que contemplem todos os usuários e suas famílias.

Tais obstáculos atrapalham a viabilidade tanto de ações mais ousadas e maiores, como a sua expansão para todas as regionais do DF, quanto de ações básicas do programa, tal como as visitas para aplicação medicamentosa.

Mesmo não conseguindo atender a todos da mesma forma, a pesquisa mostra que o PVC gera impactos positivos nas vidas de seus familiares e usuários. Possibilitando o acesso aos seus direitos sociais, intervindo de maneira humanizada na adesão do usuário ao tratamento medicamentoso e dividindo com as famílias os cuidados com os usuários o programa promove a melhoria nas relações intra-familiares e evita reinternações. Além de possibilitar a efetivação das propostas da reforma psiquiátrica também reduz os custos com internações.

O PVC é uma política a ser valorizada, por se tratar de um serviço alternativo àqueles pautados no modelo hospitalocêntrico, psiquiatrizante e segregador, que tem como matriz de suas ações a desconstrução e reconstrução do olhar sobre a loucura e a figura do louco, de forma a promover transformações no cotidiano das pessoas acometidas por transtornos mentais, seus familiares e as comunidades. Buscando

romper com os mitos e estigmas historicamente desenvolvidos e culturalmente arraigados nas sociedades ocidentais.

Embora a cobertura do PVC seja relativamente pequena, se comparada com a enorme demanda local, e possa parecer pequena sua ação, ele faz diferença dentro do cenário da rede de saúde mental do DF - caracterizado por ter como porta de entrada o único hospital especializado em psiquiatria da região e por oferecer nos poucos CAPS existentes serviços ambulatoriais, rumando na contramão da reforma psiquiátrica. A desvalorização, a falta de incentivo a iniciativas como o PVC enfraquecem ainda mais a rede de local e inviabiliza a implantação da reforma na região.

## Referências Bibliográficas

AMARAL, Marcela Corrêa Martins. **Narrativas da reforma psiquiátrica e cidadania no Distrito Federal**. Dissertação de mestrado apresentada ao departamento de sociologia da Universidade de Brasília. Brasília: UnB, 2006.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

BERENSTEIN, Isidoro. **Família e doença Mental**. São Paulo: Escuta, 1988.

BIRMAM, Joel. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para o Programa “De Volta Para Casa”**. Brasília, 2003.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. **Lei nº 10.708**, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004.

BRASIL. **Portaria n.º 336/GM** de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados**. Ano II, nº 4, agosto de 2007

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

DISTRITO FEDERAL. **Lei nº 975**. Fixa as diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal e dá outras providências.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Saúde Mental**. Brasília, 2007.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Projeto Vida em Casa: programa saúde mental domiciliar**. Brasília, 2004.

DUARTE, Rosália. **Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo**. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, nº 115, mar. 2002. Disponível em:



<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010015742002000100005&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010015742002000100005&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em: 20 jun 2009.

FOUCAULT, Michael. **História da loucura na idade clássica**. 4 ed. São Paulo: Perspectiva, 1995.

FOUCAULT, Michael. **Microfísica do Poder**. 4 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela. **A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família**. Rev.. Lantino-Am. Enfermagem v. 9 n° 2 Ribeirão Preto mar-abr, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf>>. Acesso em: 11 mai 2009.

LESBAUPIN, Ivo. **As Classes populares e os direitos humanos**. Petrópolis: Vozes, 1984.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. 2 ed. São Paulo: Escrituras, 2006.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental**. In: SERVIÇO SOCIAL E SOCIEDADE. São Paulo: Cortez, n° 71, 2002.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TOSI, Giuseppe. **Direitos humanos: história, teoria e prática**. João Pessoa: Editora Universitária, 2005.

VECCHIA, Marcelo Dalla; MARTINS, Sueli Terezinha F. **O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica**. Estudos de Psicologia, Natal, v. 11, n.º 2, p. 159-168, mai-ago 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n2/a05v11n2.pdf>>. Acesso em: 23 mai de 2009.

## **Anexos**

- Roteiro semi-estruturado de entrevista direcionado aos profissionais do Programa Vida em Casa.
- Roteiro semi-estruturado de entrevista direcionado às familiares de usuários do Programa Vida em Casa.
- Termo de consentimento livre e esclarecido, assinado pelos profissionais do Programa Vida em Casa.

## **Entrevista semi-estruturada com os profissionais do PVC**

1-Que função você exerce aqui no PVC?

a.( ) técnico (a) de enfermagem

b.( ) enfermeiro (a)

c.( ) assistente social

d.( ) psicólogo (a)

e. ( ) médico (a) psiquiatra

2-Há quanto tempo você trabalha na área da SM?

3- Há quanto tempo você trabalha aqui?

4- O que te motiva trabalhar aqui?

5- O que é o PVC?

6- Para você, qual é a função do PVC como um serviço público de saúde mental?

7- O que você conhece sobre a reforma psiquiátrica?

8- Qual q sua opinião sobre a atual situação da saúde mental e da reforma psiquiátrica no DF?

9- Para você, o PVC é um instrumento importante de efetivação da reforma psiquiátrica no DF? Por quê?

10- Você acredita que o PVC atua na vida dos usuários e de seus familiares de forma a promover mudanças em suas vidas? Por quê?

11- Como você avalia a atual situação dos usuários mais antigos assistidos pelo programa? Houve progressos medicopsicossocial?

12- Quais foram/são os alcances do PVC, em sua opinião?

13- E quais são as limitações, os obstáculos enfrentados pelo programa no alcance de seus objetivos?

14- O que deve ser feito para que esses obstáculos sejam extinguidos

15- Quais são suas expectativas quanto ao PVC?

### **Entrevista semi-estruturada com os familiares dos usuários**

- 1- Sexo: Feminino ( ) Masculino ( )
- 2- Idade?
- 3- Parentesco?
- 4- Quais medicamentos ele (a) usa?
- 5- Ele (a) tem dificuldades em aderir o tratamento medicamentoso?
- 6- Antes de entrar no PVC as internações eram freqüentes?
- 7- Desde que entrou no PVC, quantas vezes ele (a) voltou a ser internado(a)?
- 8- O que você acha do trabalho do PVC?
- 9- Ele (a) recebe algum benefício? Qual?
- 10- Com que freqüência a equipe do PVC realiza visitas?
- 11- O que mudou na sua dele (a), na sua vida e na vida de toda a família após o PVC?
- 12- A relação dele (a) com a família melhorou após o PVC?
- 13- Quais são as atividades diárias dele (a)?
- 14- O que você acha que precisa melhorar no PVC?
- 15- Você prefere que o usuário seja atendido dentro de sua casa? Por quê?
- 16- Em sua opinião, é importante a participação da família no tratamento do usuário com transtorno ou doença mental? Por quê?
- Foi importante para a melhora de seu parente ter voltado para casa, p/ a família? Por quê?
- 17- Você já ouviu falar em reforma psiquiátrica? O que sabe sobre ela?

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal pelo telefone 3325-4955.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

**Título do Projeto:** *Contribuições do Programa Vida em Casa para a consolidação da reforma psiquiátrica no Distrito Federal.*

**Pesquisador Responsável :** *Carolina Ferraz Lima* – formanda do curso de serviço social do departamento de serviço social da Universidade de Brasília.

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar):3425-3285.

♦ O objetivo dessa pesquisa é analisar o Programa Vida em Casa a partir das percepções e expectativas dos profissionais e familiares dos usuários vinculados, a fim de investigar as contribuições do Programa para a efetivação da reforma psiquiátrica no Distrito Federal.

♦ Não há riscos envolvido na pesquisa, bem como nenhuma despesa.

♦ A pesquisa poderá contribuir o melhoramento das ações do programa, no sentido de aumentar seu reconhecimento e gera investimentos para o PVC.

♦ O período de pesquisa é de aproximadamente um mês, pretendendo-se nesse tempo realizar uma entrevista com cada profissional. É garantido o sigilo absoluto sobre os dados oriundos das pesquisas, sendo que os nomes dos (as) participantes não serão em momento algum citados. Aos (às) participantes, é reservado o direito de retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, assim como recusar-se a responder às perguntas que ocasione constrangimentos de alguma natureza.

♦ *Carolina Ferraz Lima* (RG/CPF) \_\_\_\_\_

#### ♦ CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_, RG/ CPF/ \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo, Contribuições do Programa Vida em Casa para a consolidação da reforma psiquiátrica no Distrito Federal, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Carolina Ferraz Lima sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou prejuízo.

Local e data \_\_\_\_\_ Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: \_\_\_\_\_

#### **Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar**

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_