

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

**AS DIFICULDADES DE IMPLANTAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA  
NO DISTRITO FEDERAL – IMPLICAÇÕES PARA A FAMÍLIA  
(O CASO DA UNIDADE DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DE BASE)**

JAMILA ZGIET RODRIGUES SANTOS

BRASÍLIA

2007

**JAMILA ZGIET RODRIGUES SANTOS**

**AS DIFICULDADES DE IMPLANTAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA  
NO DISTRITO FEDERAL – IMPLICAÇÕES PARA A FAMÍLIA  
(O CASO DA UNIDADE DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DE BASE)**

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

Brasília-DF, junho de 2007.

**AS DIFICULDADES DE IMPLANTAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO  
DISTRITO FEDERAL – IMPLICAÇÕES PARA A FAMÍLIA  
(O CASO DA UNIDADE DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DE BASE)**

Por

Jamila Zgiet Rodrigues Santos

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

28 de junho de 2007.

**Banca Examinadora**

---

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

---

Prof. Mário Ângelo Silva

---

Denise Aparecida da Silva Rodrigues

*Aos loucos de todo gênero*

## **Agradecimento**

Agradeço à minha família, em especial à minha mãe, Siomara Zgiet, pelo incentivo, pela compreensão, pelo respeito às minhas opções. Agradeço aos professores do Departamento de Serviço Social, em especial Patrícia Pinheiro, Maria Lúcia Leal, Luiz Fernando Viegas, Denise Bomtempo, Karen Santana de Almeida e Mário Ângelo Silva. Faço um agradecimento especial à assistente social Denise Aparecida da Silva Rodrigues, que tão carinhosamente me acolheu nos últimos meses, me ensinando e me incentivando em tudo.

Agradeço às supervisoras de estágio no Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, Karolina Varjão e Nadja Oliveira, e à equipe da Pesquisa Mapeamento, Márcia Colen, Andréia Reis, Elizabeth Maulaz, Valéria Pena, Daniela Pascual e Tânia Tosta.

Agradeço às colegas do Programa de Educação Tutorial, que me ensinaram a trabalhar em grupo e a respeitar diferentes opiniões. Agradeço às amigas e aos amigos de todas as épocas e espaços, Ingrid Biann, Lívia Frederico, Cacinho e Alysson, por existirem (!!!), e àquelas pessoas que fizeram parte da minha história na graduação: Elen Martins, Michele Lago Tarchetti, Maria Estela Argolo, Luana Regina do Nascimento, Thaís Imperatori, Leiliane Moraes de Carvalho, Cássia Fernandes, Nadja Petrillo, Lorena Villar, Karina Marina, Natália Gonçalves, Isabella Vieira, Wênia Oliveira, Luana Viana, Ana Flávia Marques, Cristiane Vilela, Nídia Gizélli, Kelly Barbi, Vanessa de Sousa Nascimento, Grace Antunes, Josiellen Resende, Christiane Kelle, Cristina Lara, Cristiane Fontes, Aline Vieira, Kátia Garcês, Paula Foltran, Alfredo Foltran, Yuri Nuñez, Paulo Rogério. Lembro que a ordem de aparição aqui não é, necessariamente, a ordem de importância dessas pessoas para mim e que o fato de elas serem companheiras da graduação não impede que continuem sendo após essa etapa.

Poucos momentos serão tão prazerosos como a retrospectiva oferecida pela escrita desse agradecimento (sim, eu amo muito tudo isso).

## Resumo

A história da atenção à saúde mental é marcada pela ausência dos familiares no tratamento das pessoas com transtorno mental. A proposta de reforma psiquiátrica emergente após os anos 1980 no Brasil constituiu uma modificação significativa nos objetivos das instituições de tratamento, expressa principalmente na luta antimanicomial, que pretendia fechar a porta de entrada dos estabelecimentos asilares do país. A partir de então, a família se torna a principal colaboradora dos serviços de saúde substitutivos aos manicômios. O Distrito Federal conta com uma rede de serviços reduzida e disfuncional, o que dificulta o desempenho do papel das famílias. Um aspecto relevante na Lei Paulo Delgado (10.216/01) é a criação de serviços ambulatoriais e de internação em hospitais gerais, no formato de unidades de psiquiatria com um número reduzido de pacientes. Para melhor compreender os efeitos da implantação da reforma psiquiátrica, nos moldes em que tem se dado nessa unidade da federação, num período de dois meses de 2007 foi realizada entrevista estruturada com 24 familiares de pacientes internados na enfermaria da Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base do Distrito Federal, único hospital geral que conta com serviço de internação psiquiátrica. Estabeleceram-se como hipóteses que as famílias ver-se-iam impedidas de exercer plenamente o seu papel no tratamento psiquiátrico e de que dariam preferência à internação no sentido de reduzirem o trabalho despendido com o paciente, ou mesmo pela ausência de alternativas. Dos resultados, destacam-se os fatos de os familiares: (a) pouco ou nada conhecerem a respeito do transtorno mental de que seu ente internado sofre; (b) não terem informações sobre os princípios da reforma psiquiátrica; (c) não preferirem a internação a permanecer com o paciente em casa; (d) não vislumbrarem outras possibilidades de tratamento, diferentes da internação e do ambulatório; (e) não possuírem informações acerca dos procedimentos terapêuticos ou dos medicamentos prescritos; (f) disporem de um espaço para contato com a instituição, por meio do trabalho em grupo realizado pela assistente social da unidade. Também foi realizada entrevista com a assistente social do serviço, a qual critica a rede de atendimento do Distrito Federal, considerando que, se há abandono por parte da família, é porque em algum momento ela foi abandonada pelo Estado, que não ofereceu respostas às demandas desse grupo. O enfraquecimento da categoria dos assistentes sociais também foi destacado na fala da entrevistada, assim como a pouca mobilização em torno da luta antimanicomial. Por fim, foram analisados 8 prontuários de pacientes então internados, nos quais se verificou uma tendência à utilização de termos especificamente médicos, embora outros profissionais dispusessem de liberdade para utilizar o documento. Além disso, foi percebida uma tentativa dos psiquiatras em abranger em sua análise aspectos psicossociais que envolvem o fenômeno do transtorno mental.

Palavras-chave: saúde mental; transtorno mental; família; Serviço Social; reforma psiquiatria; unidade de psiquiatria; serviços substitutivos; internação psiquiátrica; desinstitucionalização.

## **Lista de Siglas**

AIS – Ações Integradas de Saúde  
BPC – Benefício de Prestação Continuada  
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial  
CAPSad – Centros de Atenção Psicossocial especializados em álcool e drogas  
CID 10 – Classificação Internacional de Doenças (10ª revisão)  
CIS-DF - Comissão Interinstitucional de Saúde do Distrito Federal  
CODEPLAN – Companhia de Desenvolvimento do Planalto  
COMPP – Centro de Orientação Médico e Psico-Pedagógica  
CONASP – Conselho Nacional de Saúde Previdenciária  
COSAM - DF – Coordenação de Saúde Mental do Distrito Federal  
FHDF – Fundação Hospitalar do Distrito Federal  
GDF – Governo do Distrito Federal  
HBDF – Hospital de Base do Distrito Federal  
HFA – Hospital das Forças Armadas  
HPAP – Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico  
HRT – Hospital Regional de Taguatinga  
HSVP – Hospital São Vicente de Paulo  
HUB – Hospital Universitário da Universidade de Brasília  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social  
ISM – Instituto de Saúde Mental  
MTSM – Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental  
NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial  
PTM – Portador de Transtorno Mental  
PVC – Programa de Volta para Casa  
REMA – Reformulação do modelo de atenção à saúde no Distrito Federal  
SES - DF – Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal  
SM – Salário mínimo  
SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UP – Unidade de Psiquiatria

## **Lista de gráficos**

Gráfico 1 – Idade das pessoas entrevistadas (p. 39)

Gráfico 2 – Cidades onde residem as pessoas entrevistadas (p. 40)

Gráfico 3 – Renda familiar mensal das pessoas entrevistadas (p.41)

Gráfico 4 – Grau de parentesco das pessoas entrevistadas com relação aos/às pacientes (p. 42)

Gráfico 5 – Idade dos pacientes representados (p. 43)

Gráfico 6 – Conhecimento das pessoas entrevistadas sobre o diagnóstico dos pacientes (p. 45)

Gráfico 7 – Motivo da internação (p. 47)

## Sumário

<b>Introdução</b> .....	10
<b>Capítulo 1 – Histórico da Política de Saúde Mental no Brasil e no Distrito Federal</b>	
1.1. Saúde Mental no Brasil antes do advento da Reforma Psiquiátrica.....	11
1.2. Após Franco Basaglia – a atenção à saúde mental em reforma.....	16
1.3. Política de Saúde Mental no Distrito Federal.....	22
- 1.3.1. Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base do Distrito Federal .....	23
<b>Capítulo 2 – Reforma Psiquiátrica, Desinstitucionalização e Família</b>	
2.1. Desinstitucionalização e Reforma Psiquiátrica – conceitos distintos.....	25
2.2. Família participante da Reforma Psiquiátrica: estratégia para a desinstitucionalização? .....	27
- 2.2.1. O Programa De Volta Para Casa .....	32
2.3. O Distrito Federal na relação entre família e reforma psiquiátrica .....	33
<b>Capítulo 3 – Pesquisa de Campo</b>	
3.1. Caracterizando o campo e a metodologia utilizada .....	36
3.2. Discutindo os resultados .....	38
- 3.2.1. O perfil dos familiares entrevistados.....	38
- 3.2.2. O perfil dos pacientes representados.....	42
- 3.2.3. Informações gerais fornecidas pelos familiares .....	44
- 3.2.4. Serviços disponíveis e opinião dos familiares.....	50
- 3.2.5. Serviço Social da Unidade de Psiquiatria e a Saúde Mental no Distrito Federal....	53
<b>Considerações Finais</b> .....	63
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	65
<b>Apêndice</b>	
- Roteiro estruturado de entrevista (Público-alvo: familiares dos pacientes internados na Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base do Distrito Federal)	
- Roteiro semi-estruturado de entrevista (Público-alvo: assistente social da Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base do Distrito Federal)	

## **Introdução**

O presente trabalho busca verificar a situação em que estão as famílias de pessoas com transtorno mental atendidas na Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base do Distrito Federal, mais especificamente na enfermaria. Para tanto, leva-se em consideração o número de serviços substitutivos disponíveis no Distrito Federal e outras dificuldades para a implantação plena da reforma psiquiátrica, o que será trabalhado ao longo do texto.

Assim, para compreender melhor a posição das famílias, a metodologia utilizada envolveu pesquisa bibliográfica, nas quais se destacaram autores como Amarante (1994;1996), Vasconcelos (2006) e Rotelli (1988), além de autores de pesquisas empíricas relevantes para a temática. Também foi utilizada análise documental da legislação de saúde mental vigente no Brasil e no Distrito Federal.

Por fim, entre 12 de março e 15 de maio de 2007 foram realizadas entrevistas estruturadas com os familiares dos pacientes internados. Esses foram contatados, em parte, nas reuniões promovidas semanalmente pelo Serviço Social e, em outros momentos, quando os pacientes recebiam a visita de sua família. A assistente social que atuava naquela unidade também foi entrevistada.

O trabalho está dividido em três capítulos. O primeiro abordará a história da atenção à saúde mental no Brasil e no Distrito Federal, com ênfase no funcionamento atual dessa política. O segundo capítulo trata da família da pessoa com transtorno mental, além de conceitos como desinstitucionalização e reforma psiquiátrica. Nesse capítulo também é abordada a iniciativa do Programa De Volta Para Casa e as especificidades do Distrito Federal na relação entre família e reforma psiquiátrica. E, finalmente, o capítulo 3 abordará a pesquisa de campo realizada na Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base, discutindo seus resultados e comparando-os aos de pesquisas semelhantes.

Não é objetivo deste trabalho esgotar o estudo sobre a temática proposta, mas ampliar o debate acerca do cuidado com a família e com a pessoa com transtorno mental. Também não constitui pretensão desta monografia generalizar os resultados encontrados, uma vez que se compreende a realidade como dinâmica, multifacetada, subordinada à conjuntura que a cerca e aos atores que dela participam e diferente aos olhos de cada um de seus observadores.

## Histórico da Política de Saúde Mental no Brasil e no Distrito Federal

### 1.1. Saúde Mental no Brasil antes do advento da Reforma Psiquiátrica

Pouco material existe especificamente sobre a política de saúde mental anterior aos anos 1980 no Brasil. O histórico dessa política está diretamente vinculado ao da política de saúde, como um todo. O fato de não se falar em saúde mental até então mostra o quanto essa área era ignorada nos anos que precederam a Lei Franco Basaglia italiana.

É possível citar Resende (1987), que, antes mesmo de adentrar sua contribuição sobre o histórico da política de saúde mental no Brasil, insiste que a loucura tornou-se um “problema social” quando do fim do campesinato como classe e declínio dos ofícios artesanais, a princípio na Europa do século XVI.

As medidas legislativas de repressão se complementaram pela criação de instituições, as casas de correção e de trabalho e dos chamados hospitais gerais<sup>1</sup> que, apesar do nome, não tinham qualquer função curativa. Destinavam-se a limpar as cidades dos mendigos e anti-sociais em geral, a prover trabalho para os desocupados, punir a ociosidade e reeducar para a moralidade mediante instrução religiosa e moral. (RESENDE, 1987:24)

Segundo o autor, tal situação equivale à ocorrida no Brasil no século XIX, não ignorando, no entanto, as peculiaridades econômico-sociais do Brasil Colônia, que influenciaram de alguma forma as causas dessas circunstâncias. Comparando as condições européias e brasileiras de advento da loucura como problema social, Resende afirma que nos dois casos, antes da instauração de nova ordem social – à qual alguns segmentos da sociedade representavam ameaça –, as pessoas com transtorno mental podiam desfrutar de considerável grau de tolerância social e relativa liberdade. No entanto, verifica-se que, no Brasil, as ações de repressão aos loucos<sup>2</sup> passaram a ocorrer ainda em uma sociedade com características rurais, pré-capitalistas e *“tradicionalmente pouco discriminativa para a diferença”* (RESENDE, 1987:30).

---

<sup>1</sup> É importante lembrar que o termo “hospitais gerais” é utilizado em sentido diverso, e mesmo contrário, ao que trabalharemos nesta pesquisa. Resende (1987) trata dos “hospícios” ou “manicômios”, instituições “especializadas” na lida com a loucura, enquanto buscaremos falar dos hospitais gerais, compreendidos como instituições de saúde voltadas ao atendimento de demandas de diversas especialidades médicas.

<sup>2</sup> Não constitui objetivo deste trabalho a discussão de terminologias para fazer referência às pessoas com transtorno mental. Assim, os termos “pessoa com sofrimento psíquico”, “louco”, “pessoa portadora de transtorno mental”, “doente mental” e quaisquer outros que porventura vierem a aparecer ao longo do texto são sinônimos, ainda que seja compreendido o fato de que as palavras que denominam essas pessoas vêm mudando e se adequando a aspectos humanizantes e antidiscriminatórios.

O autor também considera que os aspectos comuns na lida com os transtornos mentais na Europa foram “mutilados e tropicalizados” (adequados a menos recursos materiais e humanos e a ações sem maior racionalização advinda de pesquisas) no Brasil, como é o caso do chamado tratamento moral. O tratamento moral é considerado o início do tratamento das doenças mentais com princípios terapêuticos psiquiátricos de fato, momento em que a pessoa com transtorno mental se difere dos outros asilados.

Sobre esse novo tratamento aos loucos, introduzido por Pinel, Foucault faz válida crítica ao afirmar que o novo modelo mantém os loucos enclausurados, sob um discurso de libertação. O autor conclui, ainda, que foi a partir do século XVII, quando se iniciou a “*grande internação*”, que a loucura passou a ser considerada natural de uma “*terra de internamentos*” (FOUCAULT, 2005).

O Hospital Geral de Paris cumpria uma função social e não se tratava de um estabelecimento médico. Foucault (2005) cita trechos de atos normativos de 1656 que deixavam claro que tais instituições destinavam-se a quaisquer pobres de Paris, contando apenas com um médico que visitaria cada uma das casas do Hospital duas vezes por semana. Também não tinham características terapêuticas as funções da direção do Hospital Geral. Os diretores tinham “*todos os poderes de autoridade, direção, administração, comércio, polícia, jurisdição, correção e punição sobre todos os pobres de Paris, tanto no interior quanto no exterior do Hospital Geral*” (Art. XIII do Édito de 1656 apud FOUCAULT, 2005:49).

Mais de uma vez Resende (1987) afirma que a trajetória da pessoa com transtorno mental no Brasil é bem próxima daquela dos tempos bíblicos.

É de supor, segundo a tendência histórica universal, que aos loucos pobres, desde que mansos, se permitia errar pelas cidades, aldeias e campos, sujeitos aqui e ali aos motejos da criançada, vivendo da caridade pública: um prato de comida ou uma roupa em troca de pequenos serviços ou mesmo nada. No caso de exibirem comportamento violento ou atitude indecorosa, eram recolhidos às cadeias onde podiam ou não receber maus tratos. (RESENDE, 1987:31)

O autor lembra que, nos séculos XVI e XVII, as Santas Casas de Misericórdia e outras instituições não atendiam pessoas com sofrimento psíquico, que terminavam isoladas em cômodos na residência de seus familiares ou construções anexas levantadas especialmente para abrigá-las.

O que leva a loucura de “silenciosa a silenciada”, ainda segundo Resende, são as características do trabalho no Brasil-Colônia. O trabalho baseado na atividade servil molda preconceitos e transformações no século XVIII. Baseado em Caio Prado Jr. e Vilhena, Resende afirma ter havido no Brasil um repúdio ao trabalho, graças à onipresença do escravo nessas atividades. “*Afora o trabalho constrangido não se vai além do estrito mínimo de*

*esforço necessário à sobrevivência imediata” (ibidem:34). É nessa fase que o transtorno mental aparece como problema social, já que o louco “vem engrossar as levas de vadios e desordeiros nas cidades” (ibidem:35).*

As Santas Casas de Misericórdia passam a receber essas pessoas, mas terminando por condená-las à morte, por maus tratos, desnutrição e doenças infecciosas. Segundo Resende, a situação era ainda muito complexa, pois eram poucos os que eram abrigados nas Santas Casas. Outros tantos dividiam espaço com criminosos em prisões, também maltratados. Esses fatos têm relação direta com o fenômeno ocorrido um século antes na Europa, a que Foucault chamou “*grande enclausuramento*”. (ibidem:35)

O marco institucional da assistência psiquiátrica no Brasil é a criação do Hospício de Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro, que tinha capacidade para 350 pacientes e destinava-se a atender a demanda de todo o império. A direção do hospital era subordinada à Santa Casa de Misericórdia. Resende lembra que, à época, o bairro de Praia Vermelha, onde hoje residem pessoas de classe média, era um local ermo, afastado das regiões mais povoadas da cidade. Sob o pretexto de proporcionar aos doentes, calma, tranqüilidade e espaço, tornou-se comum a criação de hospitais psiquiátricos nessas condições no Brasil. Tais instituições eram fundadas com as motivações de remover e excluir o “*elemento perturbador*” e tentar curá-lo. (ibidem)

Apesar de a tentativa de cura ter sido difundida como um dos princípios da assistência psiquiátrica quando da criação dos primeiros hospícios no Brasil, a presença de médicos não era obrigatória e pouca influência tinham esses profissionais, uma vez que a direção desses estabelecimentos era subordinada às irmãs de caridade.

Resende refere-se a denúncias da classe médica ocorridas no período, principalmente quanto a delitos cometidos por enfermeiros contra os internos, as quais o autor considera representações da emergência de um movimento pela hegemonia e exclusividade no que tange o saber da saúde mental e mesmo a tutela sobre o louco.

Os primeiros quarenta anos da assistência psiquiátrica no Brasil podem ser considerados, portanto, de completo empirismo leigo, que terminou apenas com o advento da psiquiatria científica após a Proclamação da República.

Nos primeiros tempos o doente mental foi, digamos assim, um subproduto da cristalização das relações de trabalho do Estado escravista, em certa medida uma vítima ou consequência do não progresso (com as devidas ressalvas pela liberdade de uso desta expressão a-histórica e a-dialética), não se justificando portanto o investimento de qualquer empenho curativo, ou de outra natureza (RESENDE, 1987:41).

A República trouxe consigo também a laicização do asilo e a ascensão da classe médica, que passou a controlar as instituições de assistência psiquiátrica e o saber em saúde mental. Era a transição das características da psiquiatria francesa pineliana para aquela introduzida por Juliano Moreira, que, inspirado na psicopatologia alemã de Kraepelin, difunde, de alguma forma, uma repulsa às camisas de força e afins, o que teria ficado claro quando de sua gestão como diretor do Hospício Nacional de Alienados (antes chamado Hospício de Pedro II), em 1903 (ODA & DALGALARRONDO, 2007). Resende afirma que a tendência geral no tratamento era a de transformar o ambiente de internação em uma comunidade rural, em que os internos, além de poderem permanecer sob a clinoterapia (repouso no leito), trabalhassem (praxiterapia) em ambientes fechados ou abertos (*open-door*).

A opção das instituições pelo trabalho, além das óbvias razões sociais e morais, era referendada, na Europa, tanto por Philippe Pinel quanto por Kraepelin e outras inspirações de Juliano Moreira e seus seguidores. Pinel teria verificado menor “bestialização” dos internos inseridos em atividades laborais, em contraste com os mais abastados, que, internados em estabelecimentos que não adotavam a laborterapia, permaneciam no ócio ou dedicando-se a jogos e passatempos. No Brasil, o trabalho no campo era completamente condizente com o contexto político e ideológico encontrado na época. (RESENDE, 1987; AMARANTE, 1994)

*“Moreira traz para o Brasil a escola psiquiátrica alemã, que toma o lugar dominante até então ocupado pela escola francesa, vinda na bagagem de Teixeira Brandão”* (AMARANTE, 1994:77). Amarante (1994) afirma que essa modificação na atenção à saúde mental já constitui a primeira reforma psiquiátrica brasileira, cujo escopo foi a implantação do modelo de colônias, incentivada e legitimada por Juliano Moreira e a promulgação da Lei n.º 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Essa etapa teria durado até 1920.

Um século após a criação do Hospício de Pedro II, outras 56 instituições psiquiátricas foram fundadas em todo o país, sendo 10 apenas no estado do Rio de Janeiro e 7 em São Paulo, em 1954. Resende ressalta o fato de grande parte dessas instituições terem caráter de colônia na prestação de seus serviços, propondo a recuperação pelo trabalho agrícola e a devolução do louco para a sociedade como pessoa útil. No entanto, a comunidade externa ao asilo não tinha mais as características rurais apregoadas no regime de internamento, o que culminava num óbvio insucesso nas tentativas de retorno dessas pessoas à comunidade. O fato de os hospitais se localizarem a muitos quilômetros das cidades de onde vinham os usuários também dificultava qualquer relação com a família dos internos. A solução encontrada foi

condenar o louco a um caminho sem volta – ele permaneceria preso em instituições *ad eternum*, afastado de qualquer convivência familiar e comunitária. (RESENDE, 1987)

Questiona-se, pois, se a adoção da psiquiatria científica também teria servido para dar um caráter mais humanitário à assistência à saúde mental no Brasil. A primeira metade do século XX foi marcada por instituições que mantinham o asilo como única forma de tratamento da pessoa com transtorno mental. Uma exceção citada por Resende é o ambulatório de Engenho de Dentro, o qual foi criado em 1943 sob inspiração da Liga Brasileira de Higiene Mental<sup>3</sup>.

No fim da década de 1950 via-se o caos estabelecido nas instituições psiquiátricas – superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos e péssimas condições de abrigo. As colônias abandonavam o trabalho agrícola como possibilidade terapêutica, uma vez que o país se industrializava; as famílias haviam estabelecido uma relação de trabalho e semi-servidão com o membro com transtorno mental. Era a falência de um modelo de atendimento, explícita após a disseminação de modificações na atenção psiquiátrica em outros países, após a Segunda Guerra.

Ninguém ignora que sua única função social, até agora, tivesse sido a simples exclusão do louco mas, numa sociedade que se modernizava, este papel não mais podia ser desempenhado com tanta cruza e transparência; deveria ser minimamente dissimulado, abrigando, vestindo e alimentando, pelo menos, o material excluído (RESENDE, 1987:55).

Nesse mesmo período, a assistência psiquiátrica tardiamente iniciava sua incorporação ao conjunto de práticas de saúde da previdência social, ainda limitada a alguns grupos profissionais. Resende considera que o “atraso” na incorporação da psiquiatria deva-se ao fato de que a atenção à saúde mental teria que demonstrar o mínimo de organização e competência naquilo que lhe cabia, o que não ocorria, observadas as condições dos hospitais. “*A psiquiatria só será chamada a dar sua contribuição efetiva e adquirirá o status de prática assistencial de massa após 1964*” (*ibidem*:59).

Na fase após 1964, a assistência à saúde mental adota um caráter de cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes, segundo Resende. A opção adotada à época foi a contratação de leitos em hospitais privados, uma vez que a situação dos hospitais públicos e a

---

<sup>3</sup> Sobre o assunto, Amarante (1994:78) tem a dizer:

“Em 1923, Gustavo Riedel funda a Liga Brasileira de Higiene Mental (...). A carta dos princípios da Liga constitui um programa de intervenção no espaço social, com características marcadamente eugenistas, xenofóbicas, antiliberais e racistas.

“Através da Liga (...) a psiquiatria coloca-se definitivamente em defesa do Estado, levando-o a uma ação rigorosa de controle social e reivindicando, para ela mesma, um maior poder de intervenção.

“(...) a psiquiatria deve operar a reprodução ideal do conjunto social que se aproxima de uma concepção modelar da natureza humana. Um espaço eugênico, asséptico, de normalidade.

não existência de vínculo entre esses e a previdência impediam o acesso de grande parte da população ao atendimento psiquiátrico.

O crescimento dos serviços privados foi evidente entre 1965 e 1970: (a) o número de usuários dos serviços públicos permaneceu estável; (b) entre as instituições conveniadas, o número de pacientes passou de 14.000 para 30.000 nesses cinco anos; (c) a “empresa hospitalar” internou 35.000 pessoas em 1965 e 90.000 pessoas em 1970. Vale ressaltar o início da preocupação com substâncias psicoativas, cujos usuários passaram a compor parte da clientela das entidades de atendimento psiquiátrico. (*ibidem*)

A década de 1970, por fim, foi marcada pelo advento de diversas propostas, ordens de serviço e ações concretas tanto do Ministério da Saúde quanto dos governos estaduais e do próprio Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Essas, segundo Resende, tiveram duração efêmera e a assistência psiquiátrica teve sua verba reduzida naquela década, considerando-se a porcentagem a ela destinada do montante total voltado à assistência médica. Por outro lado, tentando cumprir ordens ministeriais, os hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental têm suas condições de hotelaria melhoradas e a estrutura funcional foi dinamizada, dentro dos limites. As ações de saúde mental seguem uma tendência de interiorização.

## **1.2. Após Franco Basaglia – a atenção à Saúde Mental em reforma**

A trajetória que levou às atuais iniciativas de implantação de uma reforma psiquiátrica no Brasil envolve diretamente o histórico da política de saúde no país e, mais especificamente, os modelos de atendimento em saúde mental adotados nos diferentes contextos histórico-sociais e políticos brasileiros.

Vasconcelos (2006), que faz uma análise mais focada nas realidades mineira, fluminense e paulista, considera o ano de 1978 como marco do início das propostas de reforma do modelo de atendimento em saúde mental no Brasil. O autor afirma que tal data refere-se a um período de reemergência dos movimentos sociais brasileiros, antes contidos pela ditadura militar. Vasconcelos organiza de forma bastante didática um breve histórico da reforma psiquiátrica brasileira, de modo a dividi-la em períodos, os quais são aqui aprofundados com a contribuição de outros autores.

O Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) é apontado como o grande protagonista da fase que Vasconcelos denomina “*Mobilização da Sociedade Civil Contra o Asilamento Genocida e a Mercantilização da Loucura; Proto-formas das ‘Ações*

*Integradas de Saúde*’’. Esse primeiro período teria durado até 1980 em Minas Gerais (MG) e São Paulo (SP) e até 1982 no Rio de Janeiro (RJ) e se caracterizado pela atividade do MTSM, impulsionado àquele momento, entre outros fatores, pela visita de líderes mundiais da então chamada “psiquiatria crítica”, como Franco Basaglia, idealizador e maior responsável pela aprovação da Lei 180, de 1978, “*que estabelecia o fechamento da porta de entrada dos hospitais psiquiátricos na Itália*” (VASCONCELOS, 2006:23).

O período teve como principais características, segundo o mesmo autor: (a) mobilização e denúncias pela humanização das instituições manicomiais públicas e privadas; (b) denúncia da “indústria da loucura”, visível nos hospitais privados em convênio com o extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); (c) luta por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos; (d) reivindicações – não muito estruturadas – pela expansão de serviços ambulatoriais de atendimento em saúde mental.

Enquanto eram organizadas as “Ações Integradas de Saúde” e a reforma sanitária delineava o que se tornaria o Sistema Único de Saúde, no âmbito da saúde mental se verificavam os primeiros resultados das lutas iniciadas em 1978. Segundo Vasconcelos, a co-gestão estabelecida entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência abria espaço político para a participação de membros do MTSM na implementação de ações de humanização dos hospitais psiquiátricos. Era o segundo período da reforma brasileira, que, durando de 1980 a 1987, compreendeu expansão e formalização do modelo sanitarista; formação de equipes multiprofissionais ambulatoriais em saúde mental, controle e humanização do setor hospitalar, além de ação a partir do Estado.

A plataforma do MTSM nessa fase envolvia: (a) impedir a criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos especializados, reduzindo-os onde fosse possível; (b) regionalização das ações em saúde mental; (c) controle das internações nos hospitais privados conveniados; (d) expansão da rede ambulatorial, com equipes multiprofissionais de saúde mental (envolvendo psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos); (e) humanização e reinserção social, dentro dos asilos estatais.

A terceira fase observada por Vasconcelos se inicia em 1987 e dura até 1992, sendo considerada um momento de fechamento temporário do espaço político de mudanças a partir do Estado, emergência da luta antimanicomial e transição da estratégia política em direção ao modelo da desinstitucionalização psiquiátrica.

Com a participação social diminuída durante o Governo Sarney, esses anos foram marcados pela reorganização do MTSM e de suas estratégias, muito influenciadas pelo modelo italiano, uma vez que surgiram críticas ao modelo sanitarista. O período também

contou com conquistas, como a Constituição Federal de 1988 e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), que criava o Sistema Único de Saúde.

Essa fase tem grande importância no processo de reforma psiquiátrica, pois em 1989 houve o lançamento do Projeto da Lei Paulo Delgado, que propunha a extinção e a substituição gradativa dos serviços de caráter manicomial. Foi, portanto, o período que “oficializou” a luta pela reforma no país, tendo seu ápice em 1990, com a Conferência de Caracas, “*que cria um consenso entre os governos latino-americanos em torno da nova plataforma de reforma psiquiátrica*” (VASCONCELOS, 2006:26), e a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992.

A Declaração de Caracas (1990) é o documento responsável pelo início da reforma psiquiátrica nas Américas, sugerindo, dentre outras coisas: (a) a utilização de modelos alternativos de atenção à saúde mental, com foco na comunidade e nas redes sociais; (b) a revisão crítica da hegemonia e da centralidade do hospital psiquiátrico no tratamento; (c) a garantia dos direitos humanos e civis da pessoa com transtorno mental; (d) a utilização de critérios racionais e tecnicamente adequados no tratamento; (e) a permanência do enfermo em seu meio comunitário; (f) a capacitação dos profissionais da saúde mental no sentido do novo modelo proposto.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental traz ao Brasil as discussões de Caracas, inserindo aí as peculiaridades locais e sugerindo, portanto, um conjunto de estratégias mais específicas para o caso brasileiro. O relatório final da conferência aborda questões como: o uso de recursos informais como complemento ao tratamento; a participação dos trabalhadores da saúde mental na desinstitucionalização e humanização do atendimento, com ênfase na organização do trabalho multiprofissional e na capacitação; a cidadania da pessoa com transtorno mental; a modificação do sistema de saúde num âmbito mais amplo, para além da saúde mental.

É ainda nessa fase que se observam as primeiras iniciativas municipais de serviços de atendimento em saúde mental, como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), descritos por Vasconcelos como serviços comunitários abertos 24 horas por dia, 7 dias por semana, sendo capazes de “*atender a praticamente todo tipo de demanda de cuidado em saúde mental, incluindo uma estrutura com poucos leitos, com grande capacidade de substituição dos hospitais psiquiátricos convencionais*” (*ibidem*:26). Em São Paulo também surgiam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que diferiam dos NAPS por ficarem abertos 8 horas por dia, 5 dias por semana.

A época seguinte engloba avanço e consolidação da perspectiva de desinstitucionalização, a chamada “desospitalização saneadora” e a implantação da rede de serviços de atenção psicossocial, além da emergência das associações de usuários e familiares. O quarto período começa em 1992 e termina em 1995 e é considerado por Vasconcelos o momento em que houve “*maiores e mais significativas mudanças da história das políticas de saúde mental no Brasil*” (VASCONCELOS, 2006:27).

Na contramão do conservadorismo do governo Collor, o movimento de reforma reocupou espaços importantes na Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, garantindo iniciativas legais que passaram a permitir a normatização e o financiamento dos serviços substitutivos. A partir dessas ações, assiste-se a uma redução do número de leitos psiquiátricos no país, especialmente entre os hospitais públicos. Também é possível verificar um aumento no número dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais – cerca de 2 mil –, enquanto ainda foram abertos por volta de 200 serviços de atenção psicossocial, entre CAPS e NAPS – já explicados anteriormente. Estados e municípios aprovavam legislações condizentes com os princípios da reforma, a despeito da não aprovação da Lei Paulo Delgado.

No quarto período, a luta antimanicomial ampliou-se, abrangendo agora mais usuários e familiares dispostos a contribuir para o processo de planejamento, execução e avaliação dos serviços e das políticas de saúde mental então adotadas. Em 1993, essa organização ficou explícita no III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial.

O quinto e último período considerado por Vasconcelos é iniciado em 1995 e chega ao momento atual da implantação da reforma no Brasil. São destacados pelo autor os limites à expansão da reforma no âmbito federal (dadas as políticas neoliberais do governo de Fernando Henrique Cardoso), o desemprego, a miséria e a violência social, além da consolidação e difusão dos serviços de atenção psicossociais nos municípios.

Até 1999, verificou-se, pois, um esvaziamento do papel de liderança política dentro da Coordenação de Saúde Mental, até a escolha de Ana Pitta como diretora de tal órgão. Durante a gestão de Ana Pitta foi aprovada aquela que ficou conhecida como Lei Paulo Delgado (Lei 10.216, de 06 de abril de 2001), cujo substitutivo foi elaborado pelo Senador Sebastião Rocha (PDT-AP).

Vasconcelos acredita que o substitutivo tenha deixado brechas para a abertura de novos hospitais psiquiátricos convencionais. Isso porque, enquanto a proposta original do Dep. Paulo Delgado mostrava-se “antipsiquiátrica”, contra o enfoque médico da loucura, o substitutivo apenas designou o atendimento como multidisciplinar; enquanto o projeto de

1989 discorria sobre as instituições que substituiriam os manicômios, a lei definitiva, inspirada no substitutivo não detalha como seriam os serviços alternativos, além de não proibir a construção de novas instituições especializadas, nem a contratação de leitos (ODA; PICCINI, 2006).

Num momento em que as taxas de desemprego, miséria e violência aumentam, aumenta também a incidência de estresse, fobias, ansiedades e dependências químicas, constituindo um novo desafio para os serviços de saúde brasileiros. O comprometimento dos governos estaduais e municipais com a reforma psiquiátrica depende, nessa fase, da posição política de cada um. Vasconcelos destaca a aparição de uma “onda de conservadorismo e corporativismo” derivada da maciça difusão de abordagens voltadas para fenômenos neuroquímicos e genéticos e de técnicas de mapeamento cerebral, além dos novos medicamentos. Um exemplo que pode ser citado é a proposta do Ato Médico<sup>4</sup>.

### **1.3. Política de Saúde Mental no Distrito Federal**

Pouquíssima produção sobre o histórico da Política de Saúde Mental no Distrito Federal foi encontrada, não havendo literatura sobre o tema nem mesmo na Coordenação de Saúde Mental (Cosam-DF). Algo que dificulta ainda mais a existência de textos a esse respeito é o fato de o próprio Distrito Federal ser recente na história do país. Portanto, este item se baseará na tese de Lima (2002), que organizou breve apanhado de informações sobre o assunto, combinado à própria política de saúde local.

O sistema de saúde do DF foi proposto por Henrique Bandeira de Melo – médico –, em 1959. Com os princípios de hierarquização, regionalização, descentralização e comando único no âmbito governamental, o Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar de Brasília foi responsável pela criação da Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), em junho de 1960, sendo subordinada à Secretaria de Estado de Saúde (SES/DF). Na época, já havia sido criado o Hospital São Vicente de Paulo, hospital geral que se tornou exclusivamente de atendimento psiquiátrico em 1976, tendo seu nome mudado para Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP) (DISTRITO FEDERAL, 2006).

Apesar da existência da FHDF, até o fim da década de 1960, viam-se diversas instituições prestadoras de serviços de saúde na esfera do poder militar, civil e das

---

<sup>4</sup> Essa proposta refere-se ao Projeto de Lei 025/2002, de autoria do ex-senador Geraldo Althoff, que pretende tornar exclusividade dos médicos o exercício de atividades hoje desempenhadas por diferentes profissionais na área de saúde.

organizações privadas, nenhuma delas subordinadas ao comando único da Fundação. Um “diagnóstico do setor saúde do DF” foi realizado pela Companhia de Desenvolvimento do Planalto (Codeplan) e pela SES/DF, em 1969. Nesse estudo, se verificou a ausência de pessoal preparado para atividades de planejamento e execução dos serviços, a quase totalidade dos médicos em dupla e tripla jornadas de trabalho, além da não-integração entre a SES/DF e a FHDF, predominando o atendimento médico-hospitalar, em detrimento da atenção integral.

Dez anos após o diagnóstico, do projeto original só haviam sido criados o Hospital de Base, seis hospitais regionais e cinco postos de saúde. Em 1979, sob as definições da Conferência de Alma-Ata<sup>5</sup>, da VII Conferência Nacional de Saúde e do Plano Conasp (Conselho Nacional de Saúde Previdenciária), a SES, presidida por Jofran Frejat, elaborou o “Plano de Assistência à Saúde do Distrito Federal” e o documento “Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal”. Os documentos apoiavam-se no tripé “*regionalização, hierarquização da rede e extensão de cobertura*” (LIMA, 2002:59).

No mesmo ano foi criada a Comissão Assessora de Saúde Mental, que, composta por médicos psiquiatras, teve a missão de elaborar o projeto de reorganização da assistência psiquiátrica no DF. Contemplavam-se, aí, os princípios de descentralização e hierarquização, já constantes nas diretrizes políticas de saúde.

Em 1985 foi constituída a Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS-DF), que deveria coordenar e gerir o Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS). Isso fazia parte da proposta de criação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), “que reconhecia a saúde como direito de todos e dever do Estado e a necessidade na reordenação do sistema de prestação de serviço de saúde” (*ibidem*:61). Lima critica o fato de a CIS-DF ter discutido uma nova política sem, no entanto, definir bases operacionais para implantação das mudanças pretendidas pelo SUDS.

Normas para instalação do SUDS foram definidas pelo Decreto n.º 11.596, de 23 de maio de 1989. Em 1990, portanto, o DF começou a unificar o sistema de saúde, incorporando a rede previdenciária à FHDF e transformando o Hospital do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) no Hospital Universitário da Universidade de Brasília (HUB).

Segundo Lima, a implantação e a manutenção do SUS só começaram de fato no DF com um projeto que durou de 1995 a 1998, período em que as ações locais buscaram se pautar nas resoluções da III Conferência de Saúde do DF. Assegurava-se, nesse projeto, a criação

---

<sup>5</sup> Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, União Soviética, 1978.

dos Conselhos de Saúde e a construção de uma nova estrutura administrativa e gerencial para implementação da reforma sanitária e para que a SES cumprisse seu papel de gestora. O documento “Reformulação do modelo de atenção à saúde no Distrito Federal” (REMA) apresentava as diretrizes de tal projeto, ações estratégicas (dessa vez, para implementação do SUS) que incluíam a reforma psiquiátrica.

Na verdade, as discussões que culminaram nas tentativas de implemento da reforma psiquiátrica no DF vieram de eventos e documentos surgidos a partir de 1990. Lima cita: (1) a Lei Orgânica do Distrito Federal, que já prevê assistência integral à saúde mental; (2) o Plano Diretor de Saúde Mental, da FHDF, que foi um modelo de atenção em saúde mental elaborado em 1994 pela então Coordenação de Psiquiatria e Saúde Mental da FHDF; (3) o I Fórum de Saúde Mental, realizado em 1995, quando foi eleito o primeiro coordenador de saúde mental do DF; (4) a aprovação do Plano Diretor na III Conferência de Saúde do DF, no mesmo ano; (5) o Projeto de Planejamento e Implementação da Reforma Psiquiátrica, também de 1995; (6) o REMA, já citado anteriormente; (7) a Portaria n.º 15, de 07 de julho de 1995, que cria e constitui a Coordenação de Saúde Mental (Cosam) no âmbito da SES, com o objetivo de implementar as diretrizes políticas e operacionais para a reforma psiquiátrica; (8) a Lei n.º 975, de 12 de dezembro de 1995, que trata da substituição da internação contínua por serviços alternativos de saúde mental; (9) o II Fórum de Saúde Mental do DF, que, realizado em 1997, teve o objetivo de avaliar as estratégias da implantação da reforma psiquiátrica e corrigir possíveis equívocos na implementação do Plano Diretor, definindo ações para os dois anos seguintes; (10) o I Encontro Nacional de Serviços Substitutivos de Saúde Mental, organizado pela Cosam em parceria com o Movimento Pró-Saúde Mental do DF, em 1998; (11) a reforma administrativa da SES, que extinguiu a FHDF no ano 2000, voltando o coordenador de saúde mental a ser indicado pela SES, e não mais eleito no Fórum de Saúde Mental do DF; (12) a convocação da I Conferência de Saúde Mental do DF, em 2001, que contou com forte participação do Movimento Pró-Saúde Mental do DF.

Pode-se referenciar aqui, ainda, a fundação da ONG Inverso, em 2001, que, desde então, tem protagonizado a Luta Antimanicomial no Distrito Federal, com ações políticas, culturais e terapêuticas em defesa da reforma psiquiátrica (INVERSO, 2007).

### *1.3.1. A Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base do Distrito Federal*

O Hospital de Base do Distrito Federal foi inaugurado, ainda inacabado, em setembro de 1960, na época sendo chamado Hospital Distrital. Havia pronto-socorro, ambulatórios e enfermarias – em bem menor quantidade do que as existentes hoje.

A Unidade de Psiquiatria (UP) foi fundada em 1961, quando da contratação, por meio de concurso público, do primeiro médico para essa finalidade, Caiuby de Azevedo Marques Trench. A enfermaria de psiquiatria começou a funcionar em 1963. Até então, o médico fazia atendimentos ambulatoriais e no pronto-socorro. Araújo et al. (2006) afirma que a UP do Hospital Distrital foi a quarta a ser fundada em hospital geral no país e já adotava um novo modelo de atendimento, emergente no pós-guerra, com o princípio de desmantelamento de mega-estruturas asilares, a partir da adoção de novos conceitos para o tratamento de pacientes psiquiátricos. Assim, segundo o autor, eram preconizadas unidades com poucos leitos, internações curtas e continuidade do tratamento em “unidades extra-muros”.

O ano de 1964 marcou o início de um período de instabilidade que culminou com a não implementação do plano diretor para a Saúde de Brasília e a deposição de muitos profissionais da área, incluindo-se os dois psiquiatras que trabalhavam na UP. Os recursos para o incentivo à vinda de profissionais de saúde para a capital não foram mantidos, assim como os destinados à efetivação do plano diretor. (*ibidem*)

Em 1975, o Hospital Distrital passou a se chamar Hospital de Base do Distrito Federal e as características do atendimento também foram modificadas. Casos de alta complexidade e atendimentos especializados deram ao hospital o caráter de terciário. (*ibidem*)

Araújo et al. (*ibidem*) lembra que houve uma forte demanda pelo fechamento da UP naquela época, uma vez que faltava espaço para outras especialidades e um surto de meningite avançava na cidade. As atividades da Unidade no nono andar do prédio das enfermarias foram encerradas, fechando-se os 42 leitos disponíveis. “*Imaginava-se a transferência da unidade para um novo local a ser construído na periferia da cidade no ano seguinte, o Hospital de Pronto-Atendimento Psiquiátrico – HPAP*” (*ibidem*:10). O então dirigente da unidade, Agnelo Correia, utilizou sua influência junto à diretoria do hospital para a reabertura da UP, que ganhou espaço em prédio anexo ao complexo central em 1979, com 24 leitos.

Atualmente, o atendimento em saúde mental no Distrito Federal acontece, além da UP: (a) no Centro de Orientação Médico e Psico-Pedagógica (COMPP), que foi fundado em 1979 e destina-se a crianças e adolescentes que necessitam de tratamento especializado; (b) na UP do Hospital das Forças Armadas (HFA), que contava com 20 leitos quando de sua fundação

em 1973, e, hoje, possui apenas serviço ambulatorial; (c) no ambulatório de psiquiatria do Hospital Regional de Taguatinga (HRT), existente desde 1974; (d) no Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), antigo HPAP, fundado em 1976; (e) no Instituto de Saúde Mental (ISM), que tem caráter de hospital-dia e foi criado em 1987; (f) em ambulatórios e serviços de interconsulta em hospitais regionais das regiões administrativas de Planaltina, Ceilândia, Gama, Brazlândia, Guará, Asa Norte, Asa Sul e Paranoá; (g) nos Centros de Atenção Psicossocial especializados em álcool e drogas (CAPSad) do Guará e de Sobradinho e; (h) nos Centros de Atenção Psicossocial para adultos (CAPS), localizados no Paranoá e em Taguatinga.

## Capítulo 2

### **Reforma Psiquiátrica, Desinstitucionalização e Família**

O termo desinstitucionalização muito já foi confundido com a Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil e no mundo. É intuito deste capítulo discutir esses dois conceitos e relacioná-los à posição da família das pessoas com transtorno mental nesse novo contexto da atenção à saúde mental.

#### **2.1. Desinstitucionalização e Reforma Psiquiátrica – conceitos distintos**

Mais do que um simples desejo de mudança de uma realidade, a implantação da Reforma Psiquiátrica envolve criatividade. Amarante (1994; 1996) insiste na reinvenção de diversos conceitos e práticas quando se trata da população com transtorno mental. A primeira delas seria quanto à desinstitucionalização, que é, para o autor, uma estratégia baseada na negação da psiquiatria como ideologia.

Amarante parte do princípio de que o aparato manicomial não é o hospital psiquiátrico, mas *“o conjunto de gestos, olhares, atitudes que funda limites, intolerâncias e diferenças, em grande parte informadas pelo saber psiquiátrico, existentes de forma radicalizada no hospício”* (AMARANTE, 1994:140). A desinstitucionalização, portanto, não é apenas a desospitalização se a instituição psiquiátrica for vista numa perspectiva ampliada.

Sob forte influência do preventivismo, a desinstitucionalização como desospitalização tem outros interesses não vinculados à humanização dos serviços de saúde. Embora prevejam redução de leitos psiquiátricos, redução do tempo de permanência em instituições e a criação de serviços intermediários na comunidade, Amarante (1996) defende que a desinstitucionalização nessa tradição tem como foco a redução dos custos da assistência para os cofres públicos, e não uma transformação da natureza dessa assistência.

Há ainda a concepção da desinstitucionalização como desassistência, que é uma tendência a reduzir leitos, instituições, internações e tempo de internação, sem a criação de serviços substitutivos ou outras modalidades de cuidado.

Entende-se, neste sentido, que a desinstitucionalização significaria abandonar os doentes à própria sorte, seja pela premissa crítica, correta, de que seu objetivo pode ser o de reduzir ou erradicar a responsabilidade do Estado para com estas pessoas e familiares, seja por uma compreensão pouco correta do conteúdo teórico que está em jogo. (AMARANTE, 1996:21)

Pode-se dizer que a experiência brasileira está entre a desassistência e a desospitalização, tendo iniciado o processo de desinstitucionalização antes da existência de

serviços substitutivos e apresentando serviços substitutivos ainda muito aquém das expectativas, tanto em qualidade como em quantidade.

Concordando com o conceito defendido por Franco Basaglia, Amarante (*idem*) defende a desinstitucionalização como desconstrução, o que representaria um desmonte da violência institucionalizada e das concepções acerca da loucura e de seu cuidado, conforme o que era defendido nos anos 1980 pelo MTSM. O autor acredita que a reforma psiquiátrica tem seguido os passos da reforma sanitária, em que, contando inicialmente com um leve afastamento do tradicionalismo dentro da medicina, partiu para o que se denominou saúde coletiva e medicina social, o que não envolveu um repensar da medicina em sua natureza. O movimento se ergueu

(...) sem o questionamento do modelo médico de análise e terapêutica, ou das conseqüências imediatamente derivadas da natureza mesma deste modelo, tais como a ‘escuta’ e a abordagem exclusivamente técnicas do sintoma/mal-estar, a tendência ao especialismo radical, a produção de uma cultura medicalizante, o desmesurado intervencionismo diagnóstico e terapêutico e a formulação de interesse do complexo médico-industrial aí envolvido. O especialismo, a cultura hospitalocêntrica da medicina moderna, a divisão do homem em órgãos, sistemas, etc., não são desvios deste modelo, mas a sua própria essência. (AMARANTE, 1996:24)

Pode-se dizer que os médicos psiquiatras têm sido os profissionais menos afetados por esse movimento que temos chamado por reforma psiquiátrica. Eles mantêm a autonomia em sua prática – num aparato institucional (e mesmo técnico) diferenciado, é verdade – e não há um repensar crítico acerca da sua formação na medicina, das relações de poder e das construções ideológicas em torno do transtorno mental.

Rotelli (1988) afirma que a instituição a ser negada quando se fala em reforma não é o manicômio, mas a loucura. O mesmo autor acredita que a concepção atual do termo é resultado de uma banalização dos efeitos da ruptura que a proposta original provocaria, principalmente com relação à autonomia da psiquiatria. Esta não deveria, segundo ele, se ocupar da periculosidade ou da doença, compreendida como algo inerente ao corpo de uma pessoa e ao seu psiquismo. O objeto da psiquiatria, para Rotelli, sempre foram a existência-sofrimento dos pacientes e a sua relação com o corpo social.

Assim como Amarante (1994; 1996), Rotelli demonstra crer na desinstitucionalização como desconstrução para a construção ou a invenção de algo novo. Com a desconstrução da instituição dedicada à periculosidade e à doença,

(...) a instituição inventada sobre o objeto ‘existência que sofre do corpo em relação com o corpo social’ é feita de serviços que, rompida a separação do modelo médico e percebendo no modelo psicológico os idênticos vícios do biológico, entram com toda força no território das engenharias sociais como motores de sociabilidade e produtores de sentido e estão em todas as dimensões interferindo com a vida

cotidiana, as cotidianas opressões, momentos da reprodução social possível, produtores de riqueza, de trocas plurais e por isso terapêuticos. (ROTELLI, 1988:5)

## **2.2. Família participante da Reforma Psiquiátrica: estratégia para a desinstitucionalização?**

Rosa (2006) adota o conceito de família considerado por Fausto Neto: “uma unidade de relações sociais, de vivências sócio-afetivas que se estrutura em torno a um sistema de códigos e categorias que estabelecem uma rede de reciprocidade, de troca de direitos e deveres entre seus membros” (ROSA, 2006:271). Pereira (2006), conceituando instituição familiar, esclarece com afirmação de Mito – “*é um fato cultural historicamente condicionado*” (PEREIRA, 2006:218) – e complementa destacando a importância do tipo de sociedade instaurada para tal definição. Neste trabalho, concordamos com as afirmações citadas, acrescentando apenas o aspecto não-consangüíneo das famílias, que também trazem figuras consideradas “agregadas”, e ressaltamos a personagem da cuidadora, que aparece nem sempre vinculada à família, mas muito próxima da pessoa com transtorno mental, fazendo um papel de que os familiares abdicam por diversas razões.

Se for possível afirmar que o indivíduo com transtorno mental tenha sido por muito tempo – e ainda é, em muitos casos – afastado do restante família, seja por longas internações em instituições, seja em cômodos erguidos fora das dependências da casa, pode-se também inferir que é no âmbito da família que a discriminação ocorre desde o início do trato com a situação. É também a partir dela que deve se sustentar um novo paradigma de atenção à pessoa com transtorno mental.

Na história da política de saúde mental brasileira verificam-se alguns momentos importantes para análise da participação da família:

- (a) os anos 1950, período em que se disseminavam hospitais-colônia, afastados das cidades e das famílias dos pacientes;
- (b) os anos 1970 e 1980, em que o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental encabeçava a luta antimanicomial;
- (c) a promulgação da Lei Paulo Delgado em 2001.

O primeiro momento representa a modificação da atenção à saúde mental trazida por Juliano Moreira, baseada principalmente na laborterapia. A família era apartada de qualquer acompanhamento do tratamento a que aquelas pessoas eram submetidas e as tentativas de retorno à sociedade eram traumáticas. A função da família, então, era a de identificação de um

momento de crise e encaminhamento para alguma instituição. O vínculo com o familiar, já prejudicado pelo preconceito, pelo desconhecimento acerca do transtorno mental e pelo histórico da lida com o ente, era mínimo.

Sobre o segundo momento supracitado, o destaque é sobre o fato de os autores que tratam do tema pouco ou nada falarem acerca da participação da família no auge do movimento pela reforma. A construção ideológica em torno do transtorno mental como problema social é o item mais importante a ser modificado numa reforma psiquiátrica real, compreendida sob as concepções de Amarante, Rotelli, Basaglia e tantos outros que insistem numa transformação partindo do âmago da psiquiatria.

É de se estranhar que o movimento pela reforma psiquiátrica, que, por algum tempo, acompanhou o movimento de reforma sanitária, não tenha contado com a participação dos familiares dos pacientes do sistema público de saúde, já que ambos pretendiam modificar o modelo de atendimento, tendo, inclusive, forte influência do preventivismo e da chamada medicina social.

Pereira (2006), sem abordar a questão dos movimentos sociais ou da manifestação dos familiares na reforma psiquiátrica, mas a importância de uma intervenção em saúde mental amparada por redes sociais, lembra:

A existência de uma pessoa portadora de transtorno mental grave numa família tende a levar a mesma ao isolamento (...), a fechar-se cada vez mais em si mesma na tentativa de buscar internamente instrumentos de superação de seus problemas. Contudo é a interação das pessoas na sociedade, a criação de laços de amizade, culturais, de comunidade, de trabalho e/ou estudo, de solidariedade, etc., que não só constituem importantes bases de apoio ao indivíduo e à família em momentos de crise, como também impedem o adoecimento, e em determinados casos, a recaída. (PEREIRA, 2006:255)

Em outro momento, a autora destaca a sobrecarga que recai sobre a família, e muitas vezes sobre um membro dela, quanto aos custos exigidos no cuidado de uma pessoa com transtorno mental e ao nível de dedicação dispensado a essa pessoa. O cuidador – na verdade, seria mais apropriado referir-se à cuidadora – acaba impedido de trabalhar e de realizar-se profissional e pessoalmente (*ibidem*).

Apesar de pouco mencionada e de, provavelmente, ter pouca influência no processo de implantação da reforma psiquiátrica, uma carta de direitos dos usuários e familiares de serviços de saúde mental foi redigida em 1993, em Santos (SP), e encaminhada aos poderes legislativo e judiciário pela organização não governamental “Manicômios Nunca Mais”. Nesse documento são feitas exigências e sugestões para a garantia de direitos às pessoas com transtorno mental. Não há maiores esclarecimentos sobre quem estava presente no evento que gerou tal carta – o III Encontro Nacional dos Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial.

Várias das reivindicações contidas no documento foram respondidas com a Lei Paulo Delgado e as legislações posteriores, enquanto outras aparentam permanecer como desejos para o devir:

(...)

- Todo serviço de saúde mental deverá ter um representante jurídico de caráter reconhecidamente público e legal, capaz de assegurar a escuta e implementação dos direitos de cidadania de seus usuários;
- Os serviços de saúde devem permitir e incentivar os usuários a se organizarem em grupos, conselhos populares, associações de usuários, familiares, trabalhadores de saúde mental e comunidade que objetivem propor e construir ações que transformem a relação com a loucura na sociedade em geral, na legislação e na vivência, organização e fiscalização dos serviços;
- Os serviços de saúde mental devem se localizar o mais próximo possível da moradia dos usuários, de forma descentralizada, garantindo-se o direito de escolha do usuário pelos serviços e profissionais de sua preferência;

(...)

- Todo usuário terá direito ao meio de transporte que garanta o acesso gratuito ao serviço de saúde mental, bem como à medicação, sem com isso induzir à discriminação ou ao preconceito. (ADITAL, 2006)

Analisando o presente momento, observa-se insucesso de tal carta no que diz respeito às ações que deveriam ser realizadas pelo movimento da luta antimanicomial e que, se realizadas, não surtiram os efeitos almejados, como: a criação de emenda que substitua os termos “loucos de todo gênero” e “incapazes para a vida civil”, contidos no Código Civil brasileiro; a discussão acerca da periculosidade e inimputabilidade atribuídas às pessoas com transtorno mental, no Código Penal; a realização de campanha na mídia para esclarecimentos quanto a saúde mental; o estabelecimento de instância de revisão obrigatória dos casos de interdição civil (ADITAL, 2006). O documento serviu também como protesto diante da situação da atenção à saúde mental no estado de São Paulo àquela época.

Dada a história da atenção à saúde mental brasileira e do próprio movimento pela reforma psiquiátrica, dos quais a família não participava, verifica-se que são as experiências terapêuticas junto à família os instrumentos capazes de integrá-la em algum movimento. Os profissionais de Serviço Social têm fundamental importância na abertura de possibilidades nesse sentido. E essas ações são amparadas no terceiro tópico de análise.

A Lei Paulo Delgado, mais do que propor a desinstitucionalização – lembrando os modelos discutidos no subtítulo anterior – vem trazer, sim, uma nova forma de pensar e atuar na saúde mental. O que se discute neste trabalho é a implantação desse modelo constante em lei federal e em portarias e resoluções estaduais.

A família aparece em diversos artigos da Lei 10.216/01. Vejamos o artigo 3º:

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.  
*[grifo nosso]*

Inclui-se a família no acompanhamento do tratamento, de forma bastante genérica, colocando-a no mesmo nível da sociedade, que também termina sem muitas definições quanto ao seu papel. É válida a ênfase sobre a responsabilidade do Estado.

O parágrafo 2º do artigo 4º amplia a atenção à saúde mental para além do atendimento médico nos regimes de internação, enquanto o primeiro garante como finalidade do tratamento a reinserção social:

§ 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.**  
*[grifo nosso]*

É importante ressaltar o grau de poder dado à família quanto à internação involuntária da pessoa com transtorno mental, no parágrafo 2º do artigo 8º:

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Uma nova concepção da família e de seu papel com relação à pessoa com transtorno mental é apresentada na Lei Paulo Delgado. Ela deixa de ser aquela que apenas encaminha e busca a pessoa após o tratamento e passa a ter papel ativo durante o processo de tratamento, que agora também vem destituído da pretensão de cura.

Refletindo sobre a pergunta que intitula este tópico, verifica-se que é impossível realizar a desinstitucionalização plena e responsável sem a participação da família, o que é demonstrado inclusive pelas leis. Entretanto, cabe uma compreensão delicada acerca desse processo, que não diz respeito apenas aos direitos e interesses dos usuários dos serviços de atenção à saúde mental. Ao conferir à família um alto grau de participação no tratamento e nos cuidados com a pessoa com transtorno mental, o Estado, de certa forma, exime-se de grande parte de seus papéis, terminando por não dar a devida assistência e apoio à família, que, dentre outras coisas, deveria poder contar com serviços substitutivos.

Para reflexão, fica a questão: quais são as implicações das responsabilidades da família com relação aos pacientes quando da sua escolha pela alta daqueles, no caso de não haver indicação médica para tanto? Ora, a família não se vê capaz de decidir pela alta do paciente, sendo essa medida, não uma forma de enfraquecer o poder e o saber médicos, mas uma maneira de responsabilizar a família no que tange os fatos extra-hospitalares. Isso significa

dizer que fora do ambiente oficialmente terapêutico, o Estado não tem responsabilidades sobre aquele indivíduo. Essa é a lógica que permeia o pouco interesse do Estado na criação de serviços substitutivos, uma vez que, o ambiente dessas instituições é a manifestação tátil do próprio Estado, o que devolveria sua responsabilidade.

A família, como reprodutora de regras, normas e padrões vigentes na sociedade capitalista, mediatiza a realidade social para seus filhos (COOPER *apud* VECCHIA & MARTINS, 2005), o que tem relação direta com a aparição e a lida com sofrimentos psíquicos. É importante, no entanto, destacar a modificação do papel e da participação da família no tratamento nos últimos anos.

Vecchia & Martins (2005), afirmam que, antes dos anos 1990 a família aparecia como a responsável pela existência do sofrimento psíquico, podendo inclusive ser culpada pelo seu agravamento ou outras intercorrências. Preferia-se, então, mantê-la afastada do tratamento, uma vez que poderia atrapalhar o processo de cura pretendido pelas instituições manicomiais. Após os avanços do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, a família da pessoa com transtorno mental aparece como parceira da reabilitação.

Rosa *apud* Vecchia & Martins (*ibidem*) traz algumas perspectivas de visualização da família da pessoa com transtorno mental. Nessa análise, a família aparece:

(a) como um *recurso*, como outro qualquer; (b) como um *lugar* de convivência do PTM<sup>6</sup>, desde que os laços relacionais possam ser mantidos ou reconstruídos; (c) como *sofredora*, pois a mesma convivência com um PTM a influencia e, desse modo, precisa ser “tratada”, assistida, recebendo suporte social e assistencial; (d) como um *sujeito* da ação: sujeito coletivo que se organiza em associações específicas; sujeito avaliador dos serviços; construtor da cidadania do PTM; e (e) como *provedora de cuidado*, já que, em geral, é a família o principal agente mediador entre o PTM e a sociedade, na medida em que os serviços de saúde tendem a atuar sobre os momentos de crise, não prestando cuidados contínuos e cotidianos. [*grifo dos autores*] (VECCHIA & MARTINS, 2005: 162)

Os autores concordam mais uma vez com Rosa quanto ao fato de que a família não tem recebido a devida atenção no âmbito das políticas públicas de saúde mental e que isso é um fator que contribui para a sua sobrecarga, uma vez que a família não se encontra preparada social, psicológica, nem economicamente para o cuidado com a pessoa com transtorno mental.

Com o suporte da produção de Campos, Vecchia & Martins (*ibidem*) propõem algumas atitudes de atenção aos familiares no âmbito da instituição de saúde:

Reitera-se (...) a questão da assistência ao grupo familiar, levando em conta não necessariamente sua instituição objetiva, mas certamente, pelo menos de forma mais imediata, focado naqueles que são os cuidadores diretos do usuário. Isso

---

<sup>6</sup> Portador de Transtorno Mental

implica na necessidade de superação da perspectiva higienista da saúde mental, um dos pilares conceituais da reforma psiquiátrica, na medida em que se incorpora a noção universalizante de que todos envolvidos no cuidado (e não somente técnicos) são também agentes de saúde (...). Processos de educação em saúde voltados para o esclarecimento do caráter social do sofrimento psíquico, da necessidade do diálogo para a superação de dificuldades relacionais na família e na resolutividade do quadro agudo de transtorno mental sempre que o apoio familiar e da comunidade estão presentes seriam passos importantes (...), além do cuidado clínico propriamente. (*ibidem*:165)

Por fim, pode-se dizer que a desinstitucionalização constitui uma possibilidade real de melhoria no atendimento das pessoas com sofrimento psíquico, desde que concebida como um conjunto de ações que vão além da abertura das portas dos manicômios, e mesmo da criação de serviços substitutivos. A preocupação com a qualidade deve permear cada uma dessas ações, seja por meio da educação em saúde, como propõem os autores supracitados, da capacitação dos profissionais de saúde ou até da melhor distribuição dos recursos destinados à implantação da reforma nos estados e municípios. Na realidade, a família depende de condições objetivas para o exercício de seu papel no tratamento, devendo ser assistida para que possa assistir o paciente. Uma reforma plena no modelo de atendimento implica uma reforma do Estado e das políticas sociais vigentes, com vistas a uma atenção integral, tanto à pessoa com transtorno mental quanto a seus familiares.

### *2.2.1. O Programa “De Volta Para Casa”*

Um dos mecanismos de ampliação da participação da família, concomitante à desospitalização e ao fim dos manicômios, é a criação de algum incentivo à permanência da pessoa com transtorno mental em casa e à aceitação da família. No caso brasileiro, o programa “De Volta Para Casa”, criado pela Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, constitui uma ação nesse sentido e consiste, basicamente, na concessão de um auxílio financeiro (no valor de R\$ 240) às pessoas com sofrimento psíquico que tenham ficado internadas por dois anos ininterruptos ou mais em instituição psiquiátrica. O paciente egresso passa a morar em casa, com a família, ou em residência terapêutica, tendo o benefício suspenso no caso de haver internação por mais de 30 dias no ínterim de um ano e no caso de outras intercorrências.

Vale fazer ressalva com relação ao fato de o benefício ser concedido apenas em caso de internação em instituição psiquiátrica. Dessa forma, pessoas com transtorno mental que tenham permanecido em abrigos irregulares, por exemplo, não se enquadram nos pré-requisitos do programa, sendo diminuída a possibilidade de desinstitucionalização nesses casos.

O manual do programa (BRASIL, 2003) recomenda que os municípios possuam equipes dedicadas exclusivamente aos usuários do programa, de modo a permitir que haja no mínimo um profissional de referência para cada beneficiário e que seja possível realizar visitas domiciliares aos usuários e seus familiares, além de outras atividades visando à reintegração social.

Vale destacar a preocupação do documento com relação à destinação da quantia do benefício a algum familiar ou curador, uma vez que assistência jurídica adequada e fiscalização estão previstas. Sem maiores explicações com relação à metodologia, o Manual acaba sendo um apanhado de princípios norteadores aos gestores da política de saúde mental e aos profissionais da área.

No Distrito Federal, desde 2005, está em funcionamento o Programa Vida em Casa, versão do Programa de Volta para Casa nacional. Uma vez que o programa foi criado após a adoção de princípios antimanicomiais por algumas instituições e o fechamento da Clínica Planalto, em 2002, o que interrompeu a internação de muitas pessoas, praticamente não haveria possíveis beneficiários do programa. Assim, os critérios eletivos do Distrito Federal foram levemente modificados, a fim de identificar pacientes crônicos cuja família tivesse muita dificuldade de prestar cuidados em casa. Assim, segundo a Secretaria de Estado de Saúde, além da bolsa, o programa oferece atendimento domiciliar a *“pessoas com mais de dois anos de doença mental grave e com seis internações no último ano”* (DISTRITO FEDERAL, 2006a).

### **2.3. O Distrito Federal na relação entre família e reforma psiquiátrica**

No dia 15 de abril de 2007, o jornal Correio Braziliense publicou uma matéria denunciando o descaso do Estado com a saúde mental no Distrito Federal. Nela há trechos de entrevistas com o coordenador de Saúde Mental do DF, o diretor do Hospital São Vicente de Paulo e o fundador de um abrigo localizado no município de Águas Lindas (GO), considerado parte do entorno do DF.

A fala em destaque do diretor do HSVP, Sr. Ricardo Lins, traz à tona a questão da desinformação por parte dos usuários e de seus familiares, além do fato de que a quantidade de serviços substitutivos disponível não basta para atender a demanda: *“Boa parte dos casos que chegam ao ambulatório é de depressão leve e crises de ansiedade, que podem ser resolvidos sem vir ao São Vicente”* (CORREIO BRAZILIENSE, 2007:30). A fala do fundador da Morada para Jovens da Terceira Idade Nosso Rancho, o Sr. Hermenegildo Davi

da Luz, reitera a ausência de serviços: *“Se eu fosse abrir a porta para todos os pedidos, todo mês teria mais 10 ou 15 abrigados. E cada um desses que está aqui vale por dois”* (ibidem). Nessa instituição, o Distrito Federal “esconde” (termo utilizado pela matéria) 56 pessoas com transtorno mental, das quais 48 foram encaminhadas do HSVP e 26 não possuem documentos pessoais.

A reportagem, intitulada “Loucos e abandonados”, traz na manchete o fato de o DF estar em penúltimo lugar no *“ranking do Ministério da Saúde que mede o cumprimento de alguns dos cuidados da rede pública com a saúde mental”* e apresenta dados importantes, a serem levados em consideração neste trabalho. Vejamos alguns deles:

- *“mais de 300 mil moradores do DF ou do Entorno padecem ou ainda vão padecer de algum sofrimento psíquico”*;
- *“existem 92 mil prontuários ativos no São Vicente, ou seja, quase 100 mil pessoas têm procurado a instituição para pedir socorro, remédio, internação, ajuda, escuta, qualquer alento para seu suplício”*;
- *“a cada dia, em média, de 20 a 30 pessoas voltam para casa sem conseguir atendimento ambulatorial”*;
- *“há três meses, a Secretaria de Saúde não paga os R\$ 6 mil mensais que deve ao Nosso Rancho, como ficou estabelecido em convênio entre o GDF e o Estado de Goiás”*.

Conceição Freitas, da equipe do Correio, lembra que um dos motivos para a manutenção das pessoas na Morada Nosso Rancho é o fato de as famílias não conseguirem cuidar “dos seus doentes”. E essa incapacidade de cuidar não é culpa da família, mas da falta de suporte na saúde pública. Em outro trecho da matéria verifica-se um relato do Sr. Renato Cânfora, coordenador da Saúde Mental no DF, destacando o despreparo até mesmo das equipes do Programa Saúde da Família (PSF) na lida com a pessoa com transtorno mental.

A legislação sobre saúde mental vigente no DF é de 1995 (Lei nº 975), não tendo sido sancionada nenhuma outra após a Lei Paulo Delgado, de 2001. Nela, o termo “família” não aparece. Apesar disso, a pessoa com transtorno mental é considerada cidadã e são assegurados direitos, como a: tratamento humanitário e respeitoso; proteção contra a exploração; espaço próprio, onde se pode exercer liberdade e individualidade, contando com recursos terapêuticos e assistenciais; integração à sociedade; acesso às informações registradas a seu respeito. O exercício da liberdade e da individualidade fica, portanto, limitado a “espaço próprio”, explicitando-se a contradição incutida na legislação que, embora conceda alguns direitos, aparece também como meio de aquietação do movimento pela reforma psiquiátrica.

A Lei nº 975/95 prevê a extinção completa dos leitos em hospitais ou clínicas especializadas no prazo máximo de quatro anos a contar da data de sua publicação. Atualmente, o DF tem a maior parte de seus leitos concentrada no HSVP, que é um hospital especializado. O atendimento, tanto ambulatorial quanto na modalidade de internação, em hospitais gerais tem sido reduzido, principalmente porque as unidades de psiquiatria se sustentam com recursos – em particular os humanos – mínimos, como apenas um médico e um enfermeiro. No caso do afastamento de um desses profissionais, a unidade não tem como manter suas atividades.

É interessante observar o quanto a referida lei insiste, em seu texto, em tornar-se conhecida pela população. O artigo 8º prevê ampla difusão dos pressupostos da lei na mídia, por meio de campanhas que deveriam ser promovidas pelo GDF. O artigo 9º, por seu turno, reza que os usuários devem ser informados do conteúdo da lei pelos estabelecimentos de saúde. Considerando-se que nem mesmo os usuários de outras especialidades no Sistema Único de Saúde possuem pleno conhecimento de seus direitos e da terapêutica que lhes é proposta, é de se supor que os pacientes de instituições ou unidades psiquiátricas não sejam informados sobre a legislação. A mídia também pouco faz para levar essas informações à população em geral. Ao contrário, corrobora uma visão deturpada da instituição psiquiátrica e do perfil da pessoa com transtorno mental, mantendo concepções manicomiais e preconceituosas em telenovelas e programas de humor.

## Capítulo 3

### Pesquisa de campo

#### 3.1. Caracterizando o campo e a metodologia utilizada

A pergunta desta pesquisa, construída após problematização e argumentação teórica, foi: **“dadas as dificuldades de implantação da reforma psiquiátrica, quais as suas implicações para os familiares dos pacientes atendidos na enfermaria da Unidade de Psiquiatria (UP) do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF)?”**. O campo de pesquisa foi selecionado a partir, principalmente, da aparição dos hospitais gerais como importantes locais de implantação da reforma psiquiátrica, que deve ocorrer em consonância com a proposta de instalação de serviços substitutivos aos manicômios, além de um atendimento humanizado e numa perspectiva de tratamento da pessoa com transtorno mental, e não de cura.

A enfermaria da UP do HBDF tem capacidade para 24 pacientes em internação, sendo 14 leitos femininos e 10 masculinos. Embora não tenha sido encontrada no hospital nenhuma explicação que justifique o maior número de leitos femininos, Araújo et al. (2005) lembra:

Populações ocidentais apresentam prevalências de transtornos mentais não-psicóticos que variam de 7% a 26%, sendo mais elevadas nas mulheres (20,0%) do que no masculino (12,5%). Os quadros depressivos correspondem ao terceiro problema de saúde de mulheres residentes em países desenvolvidos e ao quinto entre as mulheres de países em desenvolvimento. Além dos sintomas depressivos, entre os transtornos mentais que predominam entre as mulheres, estão aqueles relacionados aos fatores psicossociais e ambientais, como transtornos de ansiedade, transtornos de ajustamento, insônia, estresse, transtorno de alimentação e anorexia nervosa. (ARAÚJO et al., 2005:338)

As autoras destacam a influência do local da mulher no mundo do trabalho na ocorrência de transtornos mentais, ressaltando as limitações da participação no mercado de trabalho, graças à jornada de trabalho doméstico e as tensões decorrentes da dupla jornada e da invisibilidade do trabalho doméstico, compreendido como não-trabalho, pois que não produz valor (SOUZA-LOBO *apud* ARAÚJO et al., 2005).

É dada prioridade para internação naquela enfermaria às pessoas que estejam apresentando uma primeira crise psiquiátrica e àquelas com alguma comorbidade<sup>7</sup> clínica, não-psiquiátrica. O fato de grande parte dos pacientes da unidade estarem em primeira internação constitui um entrave para que se alcance uma resposta à pergunta de pesquisa, uma

---

<sup>7</sup> Ocorrência simultânea de duas ou mais doenças ou transtornos. No caso, a comorbidade clínica se refere a alguma doença que esteja ocorrendo juntamente com o surto do transtorno mental.

vez que os familiares dessas pessoas não possuem maiores informações acerca do tratamento e da situação do Distrito Federal no âmbito da saúde mental. Isso não quer dizer, no entanto, que essa população não deva ser pesquisada. Ao contrário, a prioridade dada a essas pessoas para atendimento no HBDF se deve à ausência de serviços similares nos hospitais regionais e à importância de um diagnóstico que possa contar com avaliações de diversos profissionais, e não somente psiquiatras. É também uma realidade após a implantação da reforma psiquiátrica no Brasil a existência de pessoas que apresentam transtorno mental e que nunca estiveram internadas, mantendo-se em atendimento ambulatorial em serviços variados.

Quando da realização da pesquisa de campo, entre os dias 12 de março e 15 de maio de 2007, aconteciam semanalmente reuniões com familiares dos pacientes internados na UP, trabalho que foi interrompido com a saída da assistente social na semana em que a pesquisa foi encerrada. Ela realizava o trabalho há oito anos e, com o seu afastamento, parece não haver perspectivas para a continuidade das reuniões.

Quanto à metodologia, pretendia-se aplicar entrevistas estruturadas no maior número possível de familiares dos pacientes no período de um mês, havendo uma meta de 24 sujeitos, o que equivale ao número de leitos. Além disso, estava prevista uma entrevista semi-estruturada com a assistente social que atuava naquela unidade. Por fim, também se almejava analisar os prontuários dos pacientes cujas famílias fossem contatadas nas entrevistas. O contato com as famílias seria feito nas reuniões com os familiares, então promovidas pela assistente social.

A pesquisa de campo realizada na enfermaria da UP do HBDF se estendeu por cerca de dois meses, durando o dobro do que se esperava, levando em consideração: (a) a adaptação da pesquisadora ao funcionamento do serviço e o entrosamento com os profissionais; (b) as dificuldades de localização e mobilização das famílias para que cedessem a entrevista; (c) os horários limitados para entrar em contato com as famílias; (d) o baixo número de familiares participantes do grupo realizado semanalmente pela assistente social da Unidade e a tendência de que os mesmos voltassem nas semanas que se sucederam; (e) o número de pacientes oriundos de outros estados, cujas famílias não compareceram ao hospital no período da pesquisa.

O contato com a assistente social era constante, não tendo havido problemas na realização da entrevista com a profissional. A análise dos prontuários foi reduzida, no entanto, a uma amostra de 8 (oito), o que representa um terço do total de leitos e do total de pessoas entrevistadas. Isso ocorreu devido à dificuldade de recuperação de prontuários de pacientes que já haviam recebido alta, uma vez que os documentos não ficam na unidade quando da

saída dos pacientes, percorrendo diversas instâncias burocráticas até que cheguem ao arquivo do hospital. Esses oito prontuários observados referem-se, portanto, àqueles que estavam disponíveis na UP no último dia da pesquisa.

### **3.2. Discutindo os resultados**

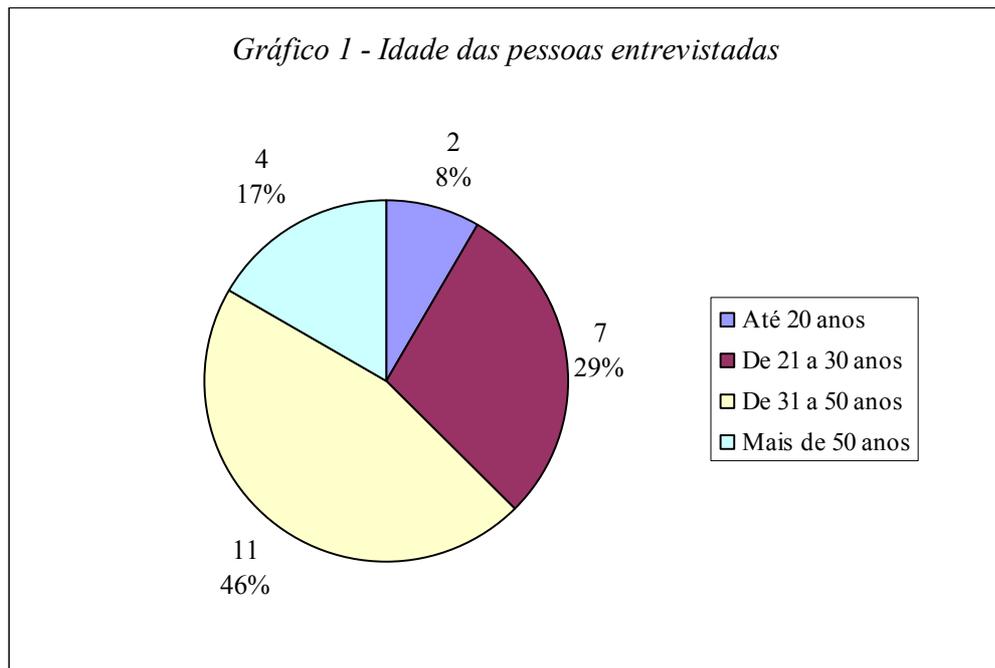
O aspecto mais relevante dos resultados que serão detalhados a seguir é com relação à hipótese com que se iniciou este trabalho de pesquisa, segundo a qual a realidade encontrada seria de familiares impedidos de exercer plenamente seu papel no tratamento de seu ente com transtorno mental, preferindo a internação como forma de controle do paciente e de diminuição do trabalho que se tem com a pessoa com transtorno mental. Verificou-se que, na verdade, se os familiares não conseguem cumprir seu papel no tratamento, isso não se deve à sua preferência pela internação ou a algum tipo de rejeição com relação ao paciente – o que não se confirmou –, mas à falta de apoio de serviços de saúde mental e de seus profissionais, ainda não familiarizados com a proposta da reforma psiquiátrica. O que está por trás dessa negligência do Estado é a ausência de vontade política e de preocupação com os aspectos psicossociais em torno do transtorno mental.

#### *3.2.1. O perfil dos familiares entrevistados*

As entrevistas foram realizadas com pessoas que estavam visitando os pacientes nos dias em que a pesquisadora estava presente, pois a entrevista se mostrou mais curta do que o estimado – não justificando uma convocação por telefone ou formal – e a abordagem direta com os familiares tornou-se uma possibilidade, ainda que, no início, o contato só tenha sido estabelecido por meio das reuniões de familiares.

Foram entrevistadas 24 pessoas, sendo 17 mulheres e 7 homens. Esses números reforçam a importância do papel das cuidadoras nas famílias que possuem alguma pessoa que necessita de atenção especial.

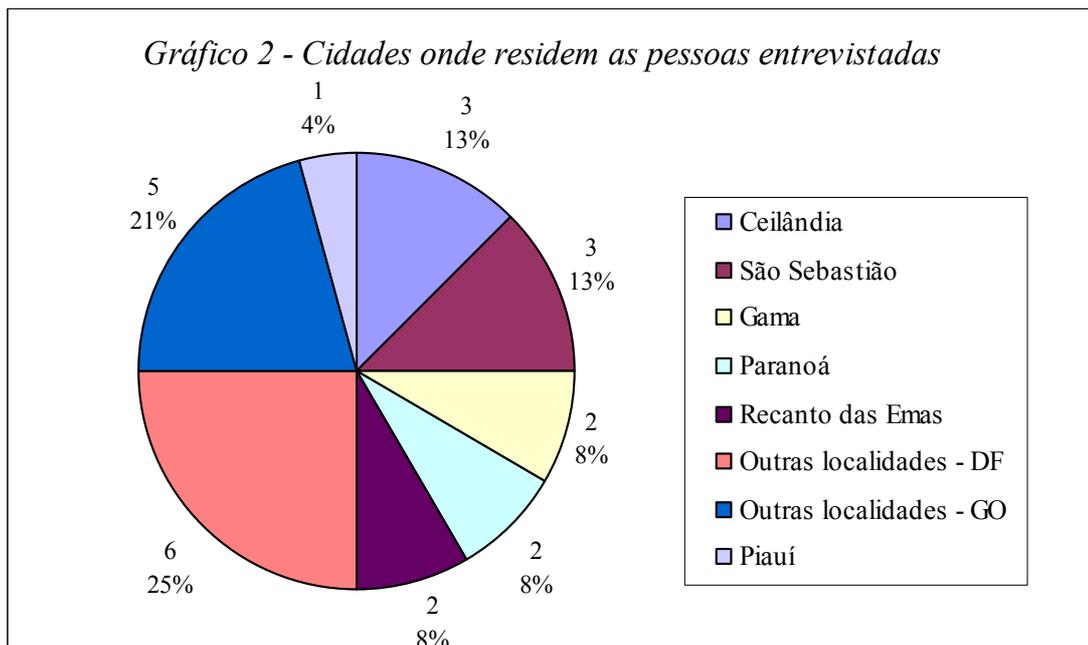
Quanto à idade dos familiares dos pacientes contatados, foi encontrada a seguinte realidade:



Nas entrevistas: 2 pessoas afirmaram ter 20 anos ou menos, o que equivale a 8% do total de 24 pessoas; 7 responderam ter entre 21 e 30 anos (29%); 11 tinham entre 31 e 50 anos (46%); 4 pessoas (17%) informaram uma idade superior a 50 anos.

É interessante observar que nem todos os familiares entrevistados residem com os pacientes, o que se supunha numa primeira versão do roteiro da entrevista. No desenvolver da investigação de campo, foi possível perceber que as pessoas que visitam os pacientes nem sempre são suas responsáveis diretas (quando há essa necessidade) – ou as que deveriam ser, levando-se em consideração quem reside com os pacientes. Além do parentesco, as visitas ocorrem por amizade ou mesmo por um sentimento de piedade e compaixão com relação às pessoas com transtorno mental.

Feitas essas considerações, verifiquemos as cidades de origem dos familiares entrevistados e, conseqüentemente da maioria dos pacientes, uma vez que 8 pessoas não moram com o paciente.



Quanto ao local de residência, verifica-se que 25% dos familiares entrevistados moram em localidades diversas do Distrito Federal – Setor de Indústrias e Abastecimento, Sobradinho, Taguatinga, Planaltina, Fercal (assentamento próximo a Sobradinho) e Riacho Fundo. 21% são do estado de Goiás, do chamado entorno, 13% residem em Ceilândia, o mesmo número da cidade de São Sebastião. Gama, Paranoá e Recanto das Emas apresentaram 2 pessoas cada, somando 24%. Houve a ocorrência de uma pessoa entrevistada residir no estado do Piauí.

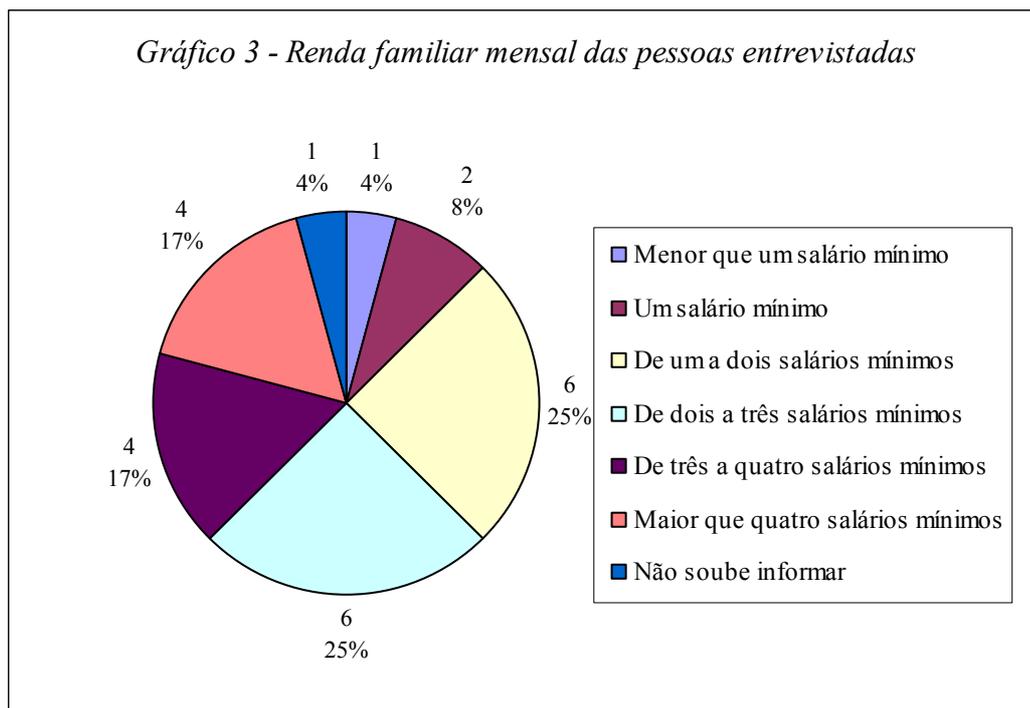
É importante ressaltar a ausência de familiares e pacientes residentes no Plano Piloto, região onde fica o hospital, efeito da não existência de serviços semelhantes nas chamadas cidades satélites e da renda diferenciada entre as localidades – o Plano Piloto apresenta uma renda familiar média de 23,8 SM (FGV *apud* COSTA, 2007).

Uma pesquisa não publicada realizada pela assistente social da UP (entrevistada nesta pesquisa) em 1998 traçou o perfil dos usuários atendidos pela unidade naquele ano. A realidade encontrada nesta pesquisa difere daquela quanto ao local de moradia dos usuários do Distrito Federal, uma vez que, naquele momento, havia 24% de pacientes oriundos de Brasília, então considerada o Plano Piloto e os Lagos Sul e Norte. (RODRIGUES, 1998)

Quanto à renda familiar mensal, vale relembrar o fato de parte dos usuários não residir com os informantes. Portanto, esses dados não podem ser estendidos a eles. Uma pesquisa mais aprofundada e com o objetivo principal de verificar o perfil dos pacientes seria importante para afirmações menos passíveis de falhas.

O quadro encontrado com relação à renda foi o seguinte:

Gráfico 3 - Renda familiar mensal das pessoas entrevistadas



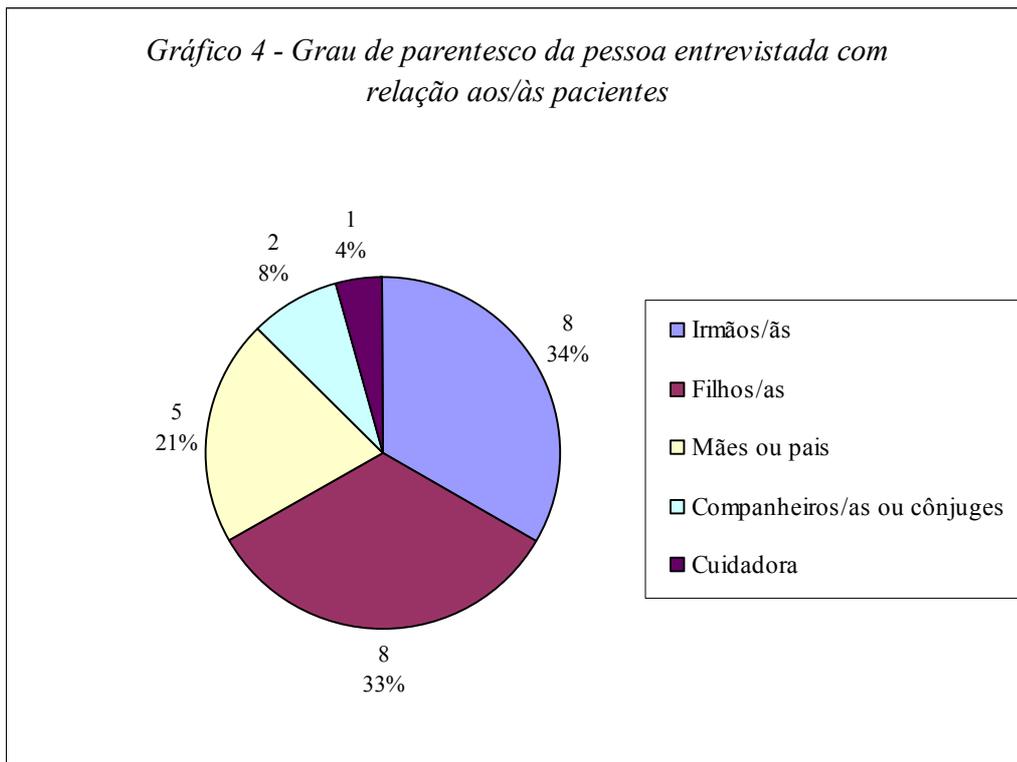
O gráfico mostra que: 1 família recebe menos que 1 salário mínimo (SM); 2 recebem 1 SM; 6 recebem entre 1 e 2 SM; 6 recebem de 2 a 3 SM; 4 famílias tem renda entre 3 e 4 SM e; 4 pessoas informaram ter renda familiar mensal de mais de 4 SM. Uma pessoa não tinha essa informação.

Dos 24 informantes, 15 disseram ter emprego fixo, o que, para efeito de conceituação, não abrange apenas empregados com carteira assinada. Outras 7 pessoas estavam desempregadas e 2 se disseram aposentadas. 4 pessoas entrevistadas informaram que alguém de sua família recebe algum benefício assistencial, sendo que: em 2 casos, há beneficiários do Programa Bolsa Família; 1 paciente recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e a bolsa do Programa de Volta Para Casa (PVC); 1 familiar declarou receber o Renda Minha, do GDF, no valor de R\$130.

Comparando ao estudo de Rodrigues, em 1998, momento em que o SM era de R\$130, verifica-se pouca diferença quando observado o valor absoluto em reais, uma vez que naquela pesquisa a maioria dos usuários tinha renda variante, entre nenhuma renda e 8 SM, perfil aparente em 24% da população pesquisada, sendo que 40% dessa população não forneceram informações acerca da renda familiar. Ou seja, nas duas pesquisas a renda média máxima foi em torno de R\$1.000.

Quanto ao grau de parentesco com os pacientes, os dados obtidos foram os que se seguem:

*Gráfico 4 - Grau de parentesco da pessoa entrevistada com relação aos/às pacientes*



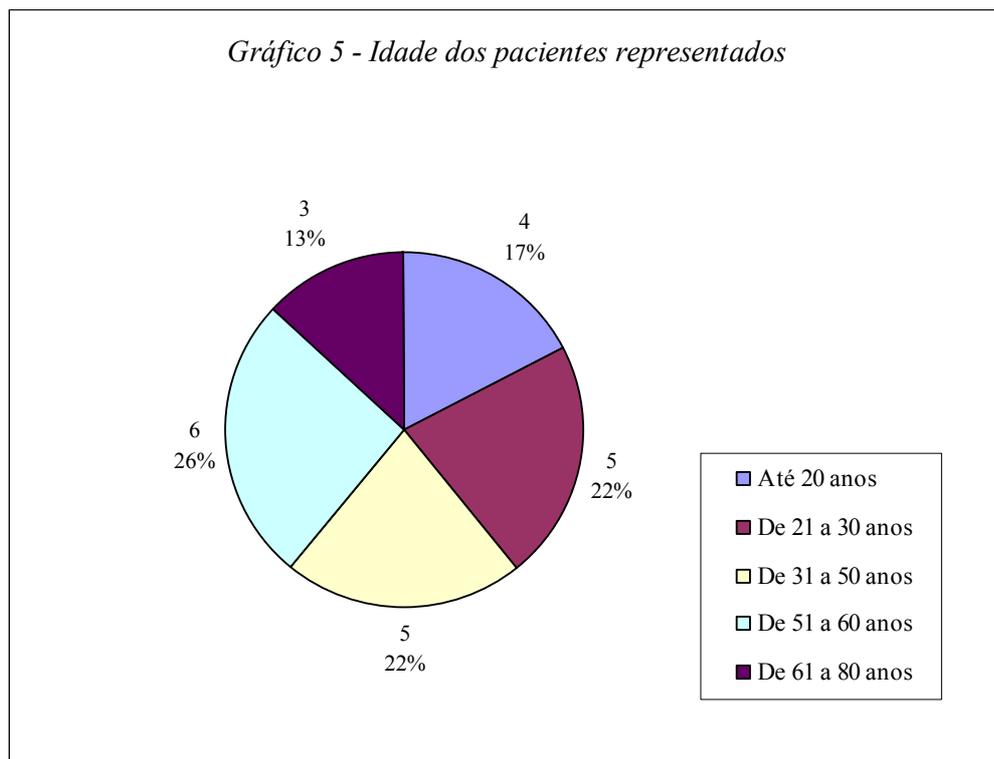
Constituem maioria dos entrevistados os irmãos e irmãs dos pacientes, que somam 34% do total. Os filhos e filhas são 33% das pessoas entrevistadas e as mães ou pais somam 21%. Apenas duas pessoas entrevistadas vivem maritalmente com o/a paciente. Uma pessoa entrevistada era cuidadora e amiga de uma paciente. Esses índices estão muito próximos dos encontrados por Crispin (1992) em pesquisa realizada no Hospital São Vicente de Paulo, em que os irmãos e irmãs dos pacientes somaram 42% dos sujeitos de pesquisa, mães eram 35% e pais eram 12,5%, além dos cônjuges, que somavam 10% dos familiares que visitavam os pacientes à época. É interessante observar que o autor não menciona contato com filhos ou filhas das pessoas internadas.

### *3.2.2. O perfil dos pacientes representados*

Apesar de as entrevistas terem sido aleatórias, no sentido de que foram contatadas pessoas que visitavam os pacientes em datas variadas, a quantidade de pacientes representados nas entrevistas foi o mesmo número de leitos para internos de cada sexo, ou seja: 14 mulheres e 10 homens.

Quanto à idade, foi observada uma certa homogeneidade nos grupos etários estabelecidos.

Gráfico 5 - Idade dos pacientes representados



Os pacientes que tinham idade menor ou igual a 20 anos foram 17% (4 pessoas) do total representado pelos familiares nas entrevistas, o que pode ser considerado um valor alto, principalmente porque a menor idade encontrada foi de 16 anos. Na pesquisa realizada por Rodrigues (1998), 55% dos usuários tinham até 30 anos de idade. “Justifica-se essa maior incidência de pessoas jovens pela prioridade da ala de internação, destinada a quadros agudos (primeiras crises), esclarecimento diagnóstico e intercorrências clínicas” (RODRIGUES, 1998:4).

Houve representação de 5 pacientes que tinham entre 21 e 30 anos, assim como os da faixa seguinte, de 31 a 50 anos de idade. É importante destacar a quantidade expressiva de pacientes com mais de 50 anos na UP – 6 pessoas de 51 a 60 anos e 3 pessoas entre 61 e 80 anos. Esse valor está diretamente relacionado ao aparecimento de intercorrências clínicas nos pacientes de idade mais avançada, além da possibilidade de demências e transtornos também comuns nessa faixa etária. Esse quadro foi diferente do verificado por Rodrigues em 1998, quando os pacientes idosos somaram apenas 4% do total de usuários naquele ano.

Conforme informado acima, 8 pacientes não residem com os familiares entrevistados. Esses usuários residem em cidades satélites diversas – Samambaia, Gama, São Sebastião, Ceilândia e Taguatinga –, que às vezes são as mesmas dos familiares, e em cidades de Goiás (Luziânia e Brasilinha) e Minas Gerais (Bunitópolis). Lembrando que todas as pessoas entrevistadas e pacientes por elas representados residem em cidades satélites e outras

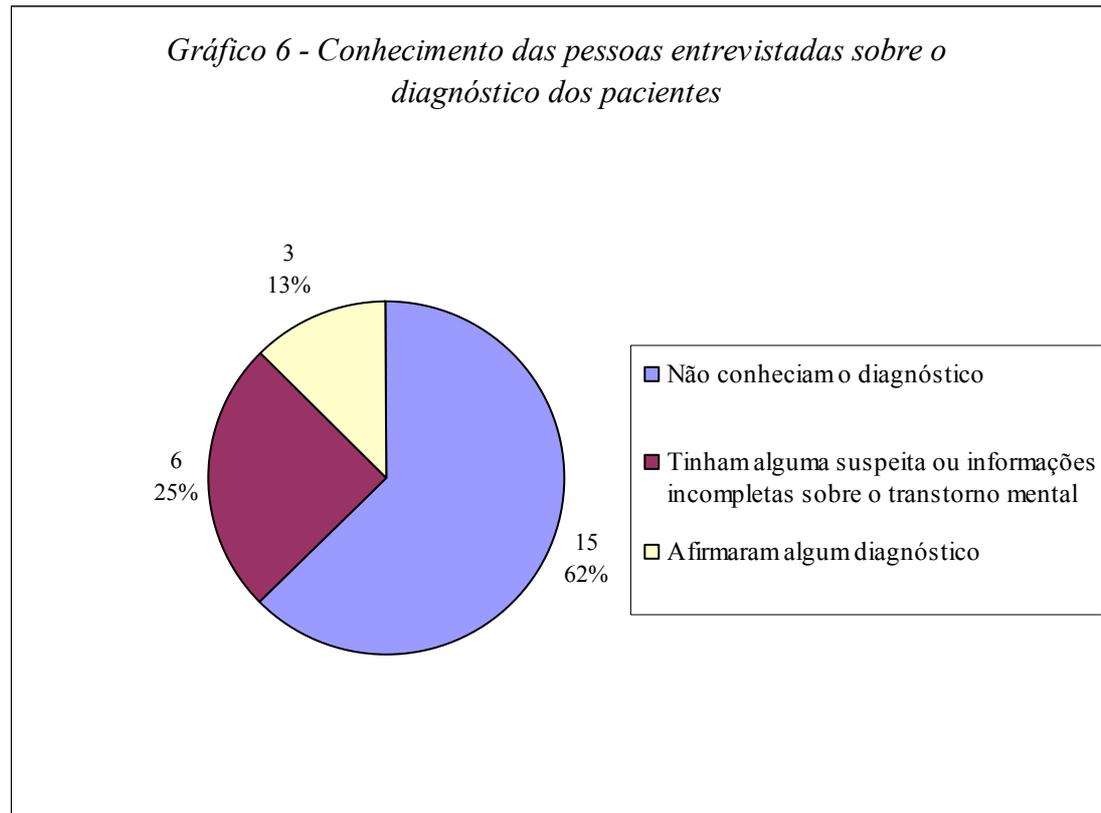
localidades distantes do Plano Piloto, ou mesmo do DF, verificamos a ausência de serviços semelhantes na região, avançando por todo o Distrito Federal e parte dos estados de Goiás e Minas Gerais, podendo-se sugerir a mesma situação em municípios baianos próximos ao DF, embora isso não tenha sido verificado nesta pesquisa. Quando da pesquisa de Rodrigues (1998), 42% dos usuários foram identificados como procedentes de outros estados. Tendo incluído a categoria “naturalidade”, a autora concluiu que 15% dos pacientes eram oriundos da Bahia.

### *3.2.3. Informações gerais fornecidas pelos familiares*

A pesquisa buscou avaliar se os familiares dos pacientes dispõem de informações gerais que possam facilitar o acesso a serviços e direitos. Assim, foi questionado sobre o conhecimento dessas pessoas acerca do Programa De Volta Para Casa (PVC). Obteve-se o seguinte resultado: 6 pessoas afirmaram conhecer ou ter ouvido falar no PVC (sendo que um paciente é beneficiário do programa); 18 pessoas não conheciam o PVC.

O mesmo questionamento sobre a reforma psiquiátrica apresentou um quadro mais drástico, pois que apenas 5 pessoas já tinham ouvido falar na proposta de reforma.

Quando perguntados sobre o diagnóstico dos usuários: 61% (15 pessoas) dos familiares informaram não saber qual é o transtorno de que sofre o paciente; 25% (6 pessoas) apresentaram alguma suspeita ou informações muito incompletas sobre o diagnóstico e; 13% (3 pessoas) afirmaram algum diagnóstico. Essa realidade foi expressa na fala: *“Todo mundo ta vendo que é doença na cabeça mesmo, a gente sabe que é fraqueza na cabeça, né?”*. Ou, ainda, no que se segue: *“Os médicos falam que o cérebro dela trabalha muito rápido e ela não dá conta de acompanhar”*.



Levando-se em consideração que, dentre todos os entrevistados, apenas 7 pacientes estavam passando por uma primeira internação psiquiátrica, pode-se avaliar que há falhas na comunicação entre familiares e profissionais da unidade, em especial os médicos, que devem dispor dessas informações. A aparição de informações incompletas ou não definitivas quanto ao diagnóstico refere-se à tendência de não conclusão de um diagnóstico precocemente, o que pôde ser observado na análise de prontuários também feita nesta pesquisa, em que se verificou que nenhum dos 8 casos avaliados apresentou diagnóstico definitivo, mas, sim, provável. De todo modo, verifica-se dificuldade no cumprimento da legislação, uma vez que a Lei Paulo Delgado (Lei 10.216/01) garante o direito à informação dos usuários e seus familiares:

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;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

**VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;**

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

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

*[grifo nosso]*

Esse desconhecimento do diagnóstico foi observado em uma pesquisa realizada na cidade de Betim (MG), por Romagnoli (2006), em que se concluiu o seguinte:

Quando indagadas acerca do diagnóstico do membro doente, todas as famílias, sem exceção, apresentaram dificuldades em designá-lo. Quando chegavam a saber o nome da doença, não sabiam o que ela significava. Percebemos que não há preocupação dos agentes de saúde em informar, tampouco em explicar o que de fato o doente tem e, por outro lado, há uma dificuldade das famílias em perguntar e em pedir esclarecimentos. Analisando essa questão, evidenciamos um poder existente na informação e no saber, que contribuiu para um assujeitamento dessas famílias. (ROMAGNOLI, 2006:311)

Reforçando a informação sobre a idade dos pacientes quando da descoberta do transtorno mental, os familiares foram questionados sobre isso e 10 deles informaram que a aparição do transtorno ocorreu quando o paciente tinha 20 anos ou menos, incluindo-se neste dado 2 pacientes que tiveram a primeira crise na infância. 4 pacientes tiveram um primeiro surto entre 21 e 30 anos de idade, 7 pacientes apresentaram o transtorno entre 31 e 50 anos de idade – número considerável nessa faixa etária – e 3 usuários passaram a necessitar de atendimento psiquiátrico após os 50 anos.

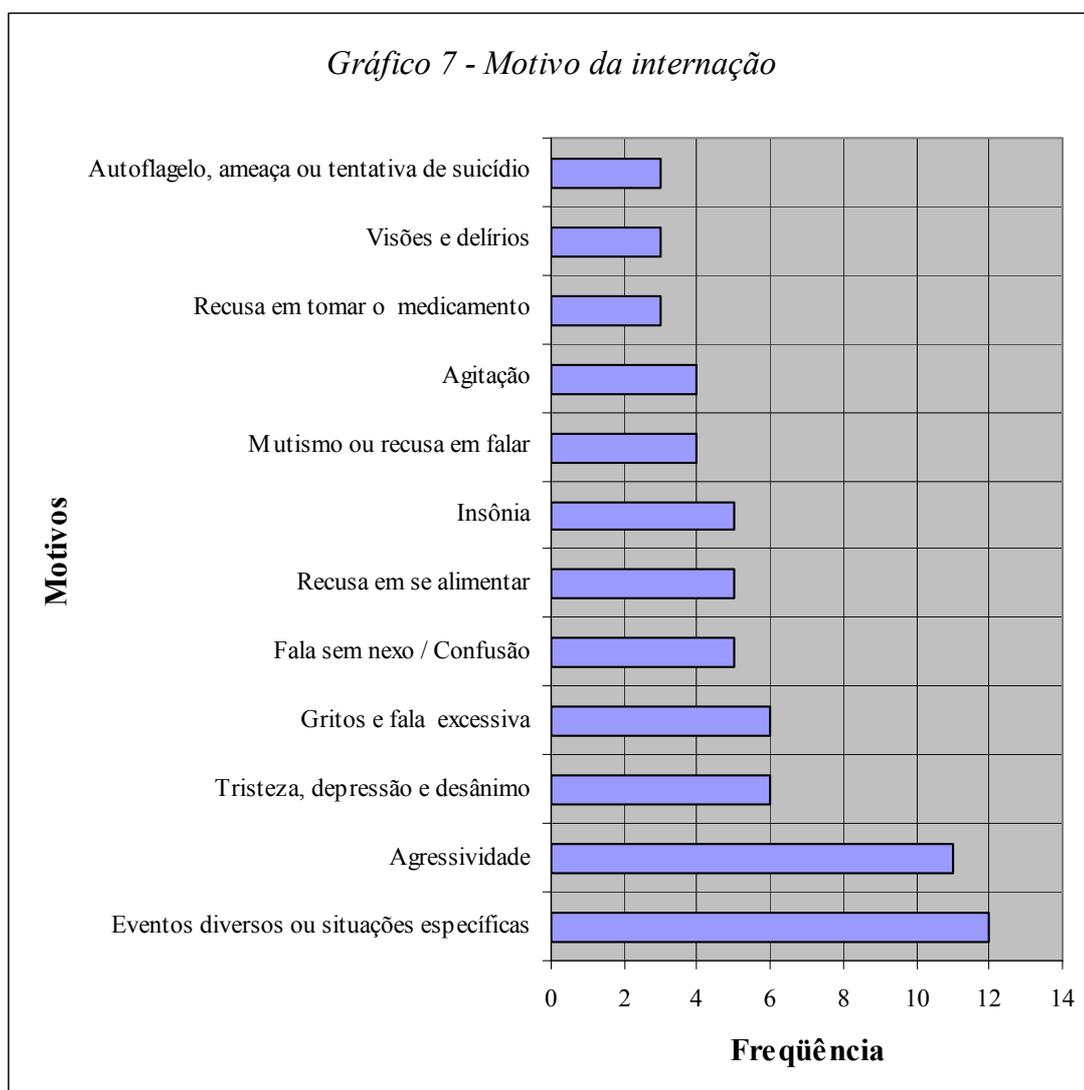
Os familiares também foram entrevistados quanto ao ano em que o paciente foi internado pela primeira vez na área de psiquiatria: 12 pessoas passaram pela primeira internação nos anos de 2006 ou 2007; 1 pessoa foi internada em 2003; 6 pessoas permaneceram em instituição psiquiátrica pela primeira vez na década de 1990 e; 5 pessoas na década de 1980. Assim, mais da metade dos pacientes foi internada após a implantação da reforma.

Sobre o tempo máximo de internação dos pacientes, nota-se uma variação expressiva, de menos de um mês (10 pessoas, incluindo-se os 7 casos em que a primeira internação estava ocorrendo no HBDF naquele momento) a um ano (2 casos). Houve uma frequência relativamente homogênea até os 4 meses de internação: 3 pacientes estiveram internados no máximo por 2 meses; 4 pacientes passaram 3 meses internados, no máximo; 2 pessoas ficaram até 4 meses internadas. No intervalo entre 4 meses e um ano, há apenas um relato de 7 meses de internação mais longa. 3 informantes não souberam responder.

Sobre a instituição em que ocorreu a internação mais longa, o próprio HBDF é o mais citado, devido à quantidade de pessoas internadas pela primeira vez. Excluindo-se esses 7 usuários, o Hospital São Vicente de Paulo é a instituição mencionada mais vezes, por 6 familiares, seguida pelo HBDF, citado por 4 pessoas, e pelo Sanatório de Anápolis/GO, que

apareceu 3 vezes nas entrevistas. Uma instituição de Goiás não especificada foi mencionada por 1 familiar e a extinta Clínica Planalto também, sendo responsável por uma das internações de um ano supracitada. Outras duas instituições fora do Distrito Federal e de Goiás foram mencionadas. 2 pessoas não souberam responder. É importante destacar que os números encontrados nesta questão incluem casos em que houve transferência dos pacientes, ou seja: sem que tenha havido interrupção da internação, o paciente pode ter passado por mais de uma instituição, o que configurou a internação mais longa.

Os informantes foram questionados sobre os motivos que levaram o paciente à internação, tendo sido encontrada a seguinte frequência:



Muitos familiares citaram mais de um motivo para a internação, sendo que os mais citados foram agressividade e situações específicas ou eventos diversos, nos quais estão inclusos comprometimento clínico, piromania, falta de cuidado com a higiene, medo da morte, sonolência, falas de teor religioso, nudismo em público e fugas. É interessante verificar

que, embora a agressividade tenha aparecido com maior frequência nas entrevistas, os familiares foram incisivos ao informar que isso ocorre apenas em momentos de crise, como mostra a fala dessa mãe: *“É só quando ele tá em crise, fora da crise ele é um doce”*.

Questionados sobre o comportamento de que não gostam nos pacientes, 7 familiares informaram não haver comportamento que os desagrade, 8 se referiram a características do paciente, relacionadas ou não com um transtorno mental crônico, e 9 pessoas relataram atitudes diretamente relacionadas à ocorrência de crises.

Foi constatado, também, que praticamente todos os familiares têm bom relacionamento com os pacientes, sendo que apenas uma pessoa entrevistada respondeu ter um relacionamento relativamente conturbado com a mãe, internada na UP. Esse caso explicita bem o fato de, muitas vezes, os familiares não se verem envolvidos com a responsabilidade de visita e cuidado com a pessoa com transtorno mental por não haver laços afetivos reais entre eles. A ausência de alternativas e serviços de apoio dificulta o exercício do papel da família no tratamento. Dificilmente há recursos financeiros para contratação de um acompanhante terapêutico ou cuidador.

A fala dos familiares reflete uma compreensão de que não há outras formas de lidar com o transtorno mental senão como a família já vem fazendo, não sendo sequer imaginada a possibilidade de existência de serviços mais eficientes e próximos da residência dos usuários. Isso pode ser percebido em afirmações como: *“É muito difícil conseguir a internação dela”*.

Quando os familiares foram perguntados sobre a forma de lidar com os comportamentos de que não gostam no ente com transtorno mental: 5 deles destacaram a tolerância ou a aceitação como principal forma de lidar com o fato; 4 pessoas relataram se afastar dos pacientes, para não irritá-los ou simplesmente por falta de paciência; 3 entrevistados afirmaram utilizar o diálogo para tentar mostrar o que é correto ou para acalmar o paciente; 3 pessoas informaram que discutem com o ente; concomitantemente às outras respostas, 2 pessoas relataram recorrer à internação e 2 relataram procurar um ambulatório primeiramente.

O discurso dos familiares é bem dividido com relação à percepção da natureza das atitudes das pessoas com transtorno mental com quem convivem. Algumas falas denotam a culpabilização do indivíduo diante de determinados comportamentos, enquanto outras mostram quase uma ausência de personalidade dos indivíduos diante da existência de um transtorno mental, o que faz com que todas as atitudes dessas pessoas sejam justificadas por isso. A primeira situação aparece na fala da filha de um paciente: *“tinha coisa que irritava a gente. Às vezes, a gente limpava a casa, aí, na mesma hora ele ia lá e sujava. Parecia birra*

*mesmo. (...) ele implicava pra não ir no banheiro pra mijar, só pra mijar na roupa. Era tudo implicância dele, não era?”.*

As pessoas entrevistadas foram questionadas se o paciente tomava medicamentos psiquiátricos continuamente, quais são esses medicamentos e se conseguem adquiri-los gratuitamente. Se não, foi perguntado o custo mensal com a compra de medicação.

Todos os pacientes que não estavam numa primeira internação utilizam medicamentos psiquiátricos continuamente, exceto uma que estava internada devido a comprometimentos clínicos. Dentre aqueles internados pela primeira vez, apenas um não estava utilizando medicamento no hospital, pois estava há pouco tempo na enfermaria, ainda sendo avaliado para um diagnóstico. Sobre o acesso: 16 pessoas relataram conseguir aos medicamentos gratuitamente, sendo que 4 contaram já ter faltado algum medicamento na rede de saúde alguma vez; 5 familiares nunca precisaram adquirir o medicamento, devido ao não-diagnóstico de transtorno antes daquela internação; 6 pessoas necessitavam de comprar medicamentos, os quais variavam entre R\$15 e R\$750. Questionada sobre os custos dos medicamentos, a irmã de um paciente respondeu o seguinte:

Sei que dá mais do que minha mãe ganha, muito mais, porque a patroa dela compra, e vai descontando do salário dela, e às vezes empresta dinheiro. Então, deve dar uns 750 reais. (...) Eu, fazendo estágio, meu dinheiro vai todo pra minha mãe, porque ela não tem nada, a patroa dela desconta e cobra.

Numa tentativa desesperada de ajudar um usuário, uma mãe comprou um medicamento importado, por R\$1.200, sem saber, no entanto, se ele será útil para o tratamento de seu filho. O referido medicamento foi indicado por um médico de uma instituição particular de outro estado e ainda não havia chegado ao Brasil após a transferência do rapaz para o HBDF.

Sobre a resistência dos pacientes com relação a tomar o medicamento, 11 informantes relataram que o paciente recusa a medicação, mesmo dentro do hospital em casos agudos (crise); 3 não deram resposta, uma vez que desconhecem a situação; 10 informaram que não tem problemas para que o paciente ingira a medicação, exceto quando já há surto instaurado. O quadro encontrado pode representar a necessidade de profissionais nos serviços de saúde, que auxiliem as famílias num trabalho com o paciente para a compreensão do transtorno mental e da necessidade de tomar o medicamento. Também vale destacar a incidência de efeitos colaterais dos medicamentos, o que sugere que os médicos sejam razoáveis na prescrição dos remédios e procurem sempre alternativas menos danosas aos pacientes.

Uma pesquisa realizada pela organização britânica *Mind*, em 2001, concluiu que os pacientes psiquiátricos ingleses não estavam recebendo informações suficientes sobre os

medicamentos que deveriam tomar. Naquela ocasião, 61% das pessoas pesquisadas não tiveram acesso a informações sobre os efeitos colaterais dos remédios que lhe tinham sido prescritos, e esse número é de 75% entre os negros e minorias raciais (16% dos sujeitos de pesquisa). *“O resultado disso é a ineficácia do tratamento ou uma relação cínica entre médico e paciente, pois, devido aos efeitos colaterais, 63% dos pacientes resolveram parar de tomar a medicação e 45% reduziram a dose prescrita”* (MIND apud PROMETEU, 2001). Os principais transtornos identificados naquela pesquisa foram esquizofrenia, depressão e obsessivo-compulsivo e os efeitos colaterais mais comuns – e provocados por anti-psicóticos convencionais – foram ganho de peso, tremor ou espasmo muscular, redução de vitalidade ou letargia, náusea e enrijecimento da nuca e da mandíbula. (*ibidem*) Nesta pesquisa foi possível verificar algumas situações derivadas de alta dose prescrita ou de efeitos colaterais: *“o Haldol, era muito grande a dose que ele tava tomando, que às vezes ele não conseguia nem andar, (...) às vezes não conseguia nem falar”*. A familiar lembra que o medicamento foi prescrito por psiquiatra do HSVP.

#### 3.2.4. Serviços disponíveis e opinião dos familiares

Os familiares foram questionados sobre a existência de serviços de saúde mental próximos às residências dos pacientes. Quanto ao atendimento ambulatorial, 15 pessoas informaram não haver esse serviço por perto, enquanto 8 afirmaram que há esse tipo de atendimento e 1 pessoa não soube informar. É válido ressaltar o fato de essa proximidade de que os familiares falam não representar necessariamente a existência de serviços na cidade satélite onde essas pessoas moram. Assim, o Caps do Paranoá foi considerado próximo da residência de pessoas de São Sebastião, por exemplo. Alguns familiares incluíram no atendimento ambulatorial os serviços prestados por centros de saúde.

Sobre os serviços de emergência próximos, 17 familiares negaram haver alguma instituição que faça esse tipo de atendimento; 5 informaram haver esse tipo de serviço, sendo que 1 pessoa informou que só é feito encaminhamento para o HBDF e outra relatou que o atendimento consiste em “acalmar o paciente”; 2 pessoas não souberam informar.

Questionados sobre a possibilidade de manutenção do paciente em casa, no caso de haver serviços ambulatoriais de emergência próximos da residência, apenas 2 pessoas relataram não ser possível permanecer com o paciente em casa, devido à necessidade constante de alguém para cuidar do paciente, o que a família não pode providenciar. Esse argumento não se sustentaria se houvesse hospitais-dia para acolher esses usuários. Por outro

lado, a família não se veria sobrecarregada, ou mesmo obrigada a ficar com o ente com transtorno mental, caso eles pudessem permanecer em residências terapêuticas, se esses serviços existissem no DF.

Quando solicitado que os familiares opinassem sobre o que pode melhorar na atenção à saúde mental no DF, foram encontradas as seguintes posições:

- 6 pessoas afirmaram que o atendimento deveria ser mais humano ou que os pacientes não deveriam ser tratados como “anormais” ou que poderia haver mais atenção dos profissionais com relação aos pacientes;
- 2 pessoas acreditam que os espaços de internação deveriam ser divididos de acordo com a gravidade do transtorno mental dos pacientes;
- 5 pessoas não opinaram, seja por não ter do que reclamar, seja por desconhecer os serviços;
- 5 pessoas reclamaram que poderia haver mais serviços ou mais opções de tratamento;
- 2 pessoas acreditam que poderia haver atividades para distração e para que os pacientes possam se sentir úteis;
- 4 pessoas afirmaram que poderia haver mais atenção às famílias, seja no fornecimento de informações, seja na facilitação das visitas (com horários mais flexíveis) ou com serviços que realizem visitas domiciliares;
- 3 pessoas reclamaram dos recursos físicos e materiais;
- 1 pessoa afirmou preferir ambientes com menos pessoas internadas e mais profissionais;
- 1 pessoa reclamou que o governo deveria dar mais atenção à saúde mental, levando em consideração a distância entre os serviços e a residência das pessoas (ênfase no transporte dos familiares, que nem sempre podem pagar passagem para visitar os pacientes);
- 1 pessoa reclamou do fornecimento dos medicamentos, que não é certo todos os meses;
- 1 pessoa acredita que poderia haver atendimento integral, e não só atendimento psiquiátrico nas instituições especializadas;
- 1 pessoa reclamou que a ambulância demora a chegar quando chamada e que o atendimento em casos de crise poderia ser mais rápido;
- 1 pessoa reclamou da má divulgação dos serviços (não sabia da existência do Caps do Paranoá);

- 1 pessoa reclamou da dificuldade de conseguir a internação;
- 1 pessoa afirmou que os médicos não informam sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos terapêuticos.

Nessa questão, a fala dos familiares revela poucas reclamações e uma percepção limitada das possibilidades de melhoria da situação em que a pessoa com transtorno mental e sua família se encontram. A demanda por serviços substitutivos existe, mas, na maioria dos casos, é implícita. Verifica-se que, ainda que a família compreenda e tenha acesso a serviços diferentes da internação, ela não internaliza e pouco reflete acerca da lógica do novo modelo de atenção à saúde mental. Quando há essa percepção, a prática é podada pela falta de serviços ou pela má qualidade do atendimento:

Então, a médica dela, que atendia em ambulatório, lá no posto, não sei o que que acontecia mais: ou ela adiava a consulta, ou ela estava de férias, depois voltava e já estava de licença. (...) eu reclamei com ela o seguinte, porque eu acredito que o médico que é especialista nessa situação, né? E, com as condições que ela estava, era estranho, porque sempre que era dia da consulta, já que a gente, sendo leigo no assunto, não tem nenhuma orientação, ela deveria ter, assim, um atendimento especial. Então, essa médica, ou ela entrava de férias, ou ela entrava de licença, ou ela ficava doente, ou ela não podia ir, e tinha que remarcar. Ao remarcar essas consultas, a gente ficava mais um mês, dois meses à mercê do atendimento dela. Então, quando ela voltou, minha mãe já estava mais ou menos nessa situação.

Nota-se, ainda, uma não aceitação do ente querido como pessoa com transtorno, o que é expresso nas falas que defendem espaços diferenciados para seu tratamento. Isso também é justificado pelo temor de que essas pessoas sejam feridas por outros internos e que não haja a atenção devida a elas, que, segundo os familiares, não estão em condição tão grave como a de outros pacientes.

O que a gente estranha muito é essa questão dos outros pacientes, não sei se é devido à classe, ao grau da doença, mas a gente, às vezes está vendo o outro doente chegar próximo, e ele vai tentando pegar, tentando conversar, e a gente fica um pouco receoso.

A preocupação com a humanização do atendimento foi predominante e implícita em diversos relatos, o que demonstra uma compreensão positiva do novo modelo ou a possibilidade de manifestação de uma opinião antes já presente nas famílias, que não tinham outras opções de tratamento até o processo de desinstitucionalização ocorrido a partir dos anos 1980 no Brasil. Essa preocupação surge de fatos como o narrado por essa familiar de uma paciente: “(...) ontem mesmo eu vi um médico rindo da cara do paciente”.

É possível perceber uma demanda por informações e contato direto dos familiares com a instituição, o que é refletido num número considerável de pessoas que sugerem que possam

ser mais bem informadas e na reclamação de um familiar quanto à não revelação do diagnóstico e dos procedimentos terapêuticos realizados com os entes internados.

O ócio presente no ambiente de internação é uma das reclamações mais relevantes dos familiares, que demandam por oficinas terapêuticas, ainda que não utilizem essa expressão para manifestar tal necessidade. Vale ressaltar que a UP contava com serviços desse tipo, oferecidos por voluntários que, orientados pela assistente social, compareciam à unidade para ensinar e fazer peças de tapeçaria, pintura e outros artesanatos com os pacientes, algumas vezes por semana, pela manhã.

O trabalho ou o emprego aparece como um entrave ao acompanhamento mais próximo dos pacientes pelos familiares, como se percebe na seguinte fala:

Eu tenho a questão do tempo, do trabalho, né? Eu não posso me ausentar vários dias consecutivos, porque isso aí, às vezes, o patrão em si ele entende, mas vai chegar ao ponto que, não por esse motivo, mas por outro, a gente se sente coagido a não repetir, né? Já na questão deles, meus irmãos, eles são desempregados, aí tem a questão da passagem, já dificulta.

### *3.2.5. O Serviço Social da Unidade de Psiquiatria e a Saúde Mental no Distrito Federal*

No dia 11 de maio de 2007 foi realizada entrevista com a assistente social que, então, atuava na UP. A entrevista semi-estruturada rendeu assuntos que foram para além da pergunta de pesquisa, embora sejam complementares a essa. Será dada ênfase às principais temáticas abordadas.

Atuando há dez anos na UP do HBDF, sua primeira experiência na área de saúde mental, a assistente social Denise Rodrigues se diz conhecedora da proposta da reforma psiquiátrica, com a qual concorda totalmente.

Segundo a profissional, a proposta da reforma psiquiátrica modificou a forma de atuação dos assistentes sociais da saúde mental, que passaram a se pautar por uma preocupação com a reinserção social, devendo-se realizar um trabalho com a família, que deve ser preparada para cuidar da pessoa com transtorno mental, evitando-se, assim, a repetição de internações.

Questionada sobre as relações interdisciplinares no trabalho, especificamente sobre a relação do profissional de Serviço Social com os outros profissionais, a assistente social a considera excelente na UP e destaca a importância do assistente social na equipe:

Não tem como um médico atender sozinho um paciente psiquiátrico, achar que só o trabalho dele vai resolver a situação. Pelo menos com relação ao Serviço Social, existe uma abertura muito grande, é até uma necessidade a presença do assistente social na equipe.

Lembra, também, a ausência de psicólogos na unidade, o que se justifica, dentre outros motivos, pelo afastamento existente entre a Psicologia e a Psiquiatria e pela resistência de cada área com relação à outra.

“*Nós estamos extremamente atrasados*”. É o que diz a entrevistada quanto à reforma psiquiátrica no Distrito Federal. Quando a pergunta se estende para a sua opinião sobre a atenção à saúde mental no DF, a assistente social responde que “*a situação atual é de caos*” e justifica:

(...) eu vejo a situação dos pacientes que chegam aqui pedindo ajuda para marcar consulta, e hoje está praticamente impossível você conseguir marcar uma consulta em qualquer ambulatório de psiquiatria da rede, por falta de médicos, por falta de vaga nas agendas. O paciente hoje só tem como recorrer ao pronto-socorro, tanto o pronto-socorro do HBDF, quanto o pronto-socorro do HSVP. É o único recurso de que o paciente dispõe na hora em que sente que não está bem, ou porque acabou a medicação e ele não consegue uma consulta. (...) Médicos de pronto-socorro não gostam de dar receita, não gostam de trocar receita, e têm razão, porque o pronto-socorro é um lugar de emergência psiquiátrica. Quem tem que dar a receita é o médico que está acompanhando, só que muitos pacientes não estão sendo acompanhados por médico nenhum.

A crítica ao atendimento recebido pelos pacientes se amplia quando o assunto é o trabalho em rede, o qual envolve referência e contra-referência. A rede na área de saúde mental apresenta-se disfuncional a partir do momento em que as pessoas encaminhadas ao HBDF – na ausência de outro hospital terciário que ofereça serviço de pronto-socorro e internação em Psiquiatria – são atendidas, mas também impedidas de continuar o tratamento na sua região administrativa de origem, pois “*quando ele (o paciente) é encaminhado de volta para a regional, ele fica sem atendimento*”.

Ainda em se tratando de rede, é dado destaque ao aparato defasado do DF com relação aos serviços substitutivos:

(...) outra necessidade que nós sentimos muito é por serviços substitutivos. Agora nós temos alguns caps funcionando, mas ainda é muito pouco, não atende a demanda de pacientes que nós temos, que saem da internação e que seriam beneficiados num trabalho de caps, mas que nós não temos para onde encaminhar. Cada caps só atende a sua própria regional, dois deles são de álcool e drogas, e a nossa clientela, a maioria, são pacientes psicóticos, que a gente não tem para onde encaminhar, nem ambulatório, nem caps, residência terapêutica nem pensar! Essa é que não tem mesmo, nenhuma.

A falta de vontade política aparece na entrevista como um dos principais entraves para a criação de serviços substitutivos. Segundo a assistente social, mesmo quando a Coordenação de Saúde Mental (Cosam) esteve composta por pessoas que eram da luta antimanicomial e o governo aparentava ter interesse em modificar a configuração do atendimento no DF, pouco era feito na prática para que houvesse de fato uma reforma. A assistente social refere-se especificamente ao governo de Cristóvam Buarque e ao momento em que a Clínica Planalto

foi desativada, quando, segundo ela, estava criado o fato (pessoas estavam saindo de uma situação de asilamento e não tinham para onde ir) e acreditava-se que em pouco tempo seriam criados serviços substitutivos, especialmente residências terapêuticas. “(...) a Cosam estava com a faca e o queijo na mão para implantar vários serviços e não houve apoio político, não houve interesse político para que isso fosse feito”.

É interessante reparar no discurso da profissional uma percepção da reforma psiquiátrica como desconstrução para construção de algo novo, num molde defendido por autores como Amarante (1994;1996) e Rotelli (1988), citados nos outros capítulos. Ela também aparenta discordar do modelo de mera desospitalização e desresponsabilização do Estado. Vale ressaltar o fato de a assistente social considerar sua opinião divergente da de outras pessoas engajadas no movimento da luta antimanicomial, como se nota a seguir:

Uma crítica que eu faço a como se deu, há alguns anos atrás, o processo de reforma psiquiátrica em Brasília – uma opinião muito pessoal essa, que eu cheguei a colocar em algumas reuniões de que eu participei – é que eu acho que não basta desconstruir um sistema desumano de assistência psiquiátrica. É preciso criar um outro sistema. Ao mesmo tempo em que se destrói algum sistema que não presta, é preciso criar outros, porque, senão, os pacientes e as famílias ficam entregues à própria sorte. Eu nunca defendi um sistema asilar como o que existia na Clínica Planalto, acho aquilo uma coisa triste. (...) me orgulho muito de participado do fechamento. Mas eu vi a situação em que ficaram as famílias quando aquelas pessoas voltaram para casa e não havia nenhum outro serviço pra substituir aquele, nenhum outro serviço melhor com o qual elas pudessem contar para ajudar no cuidado dos seus familiares. (...) o doente crônico que passou anos internado na Clínica Planalto, que tomava Haldol e Fenegam todos os dias – era a mesma dose para todos –, que teve seu transtorno cronicado, e que nós sabemos, infelizmente, que não vai melhorar, ele foi para casa e não pôde contar com um outro tipo de serviço melhor para esse cuidado. Foi como se nós tivéssemos dito às famílias: “agora toma, que o problema é seu”.

A assistente social menciona o Sistema Único de Assistência Social como uma possibilidade de melhor funcionamento e funcionalidade da rede social, compreendida num sentido mais amplo, para além da área de saúde, uma vez que as demandas dos usuários da saúde mental são diversas:

(...) essa é a realidade da nossa rede, uma rede extremamente frágil, não só nisso, mas em todos os níveis, na assistência principalmente. Agora a assistência está sendo reformulada, está sendo implantada a rede Suas, mas, até que isso comece a mostrar algum resultado, até que essa nova rede comece a mostrar resultado, nós estamos praticamente sem rede.

O Programa De Volta Para Casa (PVC) também faz parte do rol das questões feitas à profissional, uma vez que o assunto é abordado em outras partes deste trabalho. Verifica-se uma grave insatisfação da assistente social quanto aos requisitos para inclusão de beneficiários no programa, levando-se em consideração, como a própria entrevistada afirma, a realidade peculiar do DF nesse sentido – o fato de a Clínica Planalto ter sido fechada antes da

implantação do programa reduziu muito a quantidade de pessoas aptas a receber o benefício, embora muitas necessitassem.

Eu acho o Programa De Volta Para Casa bastante restritivo. Para a realidade de Brasília, ou para a minha pelo menos, enquanto assistente social na psiquiatria do HBDF, foi absolutamente restritivo. Eu não conseguia encaixar quase ninguém. Na verdade, eu consegui encaixar um paciente, que, por uma questão clínica, ficou mais de dois anos internado na unidade. Não foi por uma questão psiquiátrica, foi por uma questão clínica. (...) A clínica Planalto tinha pacientes que estavam lá há mais de dois anos. Falo de uma história recente. Eu não tenho conhecimento de como era antes. Quando fechou, 3 anos atrás – e eu tenho muito prazer em dizer que participei desse fechamento –, nós conseguimos mandar a grande maioria dos pacientes de volta para as suas casas, suas famílias. Na época, 25 pacientes foram transferidos para o Instituto de Saúde Mental, e parece que hoje há cerca de 15 pacientes apenas. Os outros todos foram devolvidos para suas famílias. Só a clientela da Clínica Planalto é que tinha esse período de internação tão grande, havia pacientes que estavam até há muito mais tempo que isso. Então, a grande maioria dos pacientes que nós atendemos não se enquadra nos critérios do programa. Mesmo pacientes que somam dois anos de internação, juntando todos os períodos de internação que não foram seguidos, não se enquadram. Tem que ser internação ininterrupta.

A partir da insatisfação e da não-concordância com os critérios do PVC, observadas na fala da assistente social, foi solicitada uma sugestão de alternativa que atendesse a demanda desses pacientes. A assistente social relatou, portanto, que o Benefício de Prestação Continuada (BPC) seria uma possibilidade viável se incluísse em seus potenciais beneficiários, não apenas pessoas com deficiência mental, mas também pessoas com transtorno mental. Algumas pessoas com transtorno mental que apresente uma cronicidade relevante, persistente e deletéria podem receber o benefício assistencial, mas “*nem todos os portadores de transtorno mental são deficientes*”.

Foi discutido na entrevista o fato de alguns profissionais recorrerem à interdição judicial de pessoas com transtorno mental a fim de que obtenham o benefício, mecanismo incoerente e irregular, como destaca a entrevistada:

Alguns funcionários do INSS passaram a exigir curatela de todos que requeriam o BPC como deficientes. Agora, veja que é um contra-senso nosso, porque, na medida em que nós queremos trabalhar a reinserção social do paciente, nós estamos acreditando na capacidade dele de se autogerir, de conviver em sociedade. Se nós encaminhamos esse paciente, que nós queremos inserir, para receber o benefício com a tarja de deficiente, ele teria, sim, que ter um curador, não é verdade? Porque ou ele é independente para os atos da vida diária ou ele não é independente para os atos da vida diária. Eu acho que nós criamos um paradoxo com essa situação. Eu já fiquei hesitando muitas vezes em encaminhar o paciente pro BPC, por não querer que ele se enquadre nesse critério de pessoa incapaz de se gerir para os atos da vida diária.

Segundo a profissional, os familiares desconhecem a proposta da reforma psiquiátrica, mantendo-se ainda muito envolvidos no que ela chama “*bate-volta no pronto-socorro psiquiátrico*”, definido como o movimento da pessoa com transtorno mental que “*vai para o*

*pronto-socorro, passa uns dois, três dias, pronto, vai para casa. Não tratou, não melhorou, é claro. Na semana seguinte, se interna novamente, fica mais dois, três dias, volta para casa outra vez*”. Ela lembra que há aqueles que conhecem o ambulatório, mas destaca a dificuldade de conseguir consulta.

Um paciente que já vinha sendo acompanhado por algum médico e cuja família já sabe que fazendo o tratamento corretamente, comparecendo às consultas, tomando os medicamentos, é possível manter o paciente tranqüilo, em casa, convivendo em sociedade, a família aceita e entende que isso é importante. Mas se esse paciente perde uma consulta, ele está fora do sistema e depois não consegue entrar novamente. A situação é crítica até mesmo para esses que já estão inseridos em ambulatório. Para os que não estão fica até difícil falarmos em outra proposta de atendimento psiquiátrico.

Questionada sobre a importância da participação da família no tratamento, a assistente social entra numa discussão que envolve uma proposta de tratamento que seja mais ampla que a prescrição de medicamentos:

(...) o tratamento psiquiátrico tem que ser feito dentro dessa compreensão psicossocial, não basta o medicamento. É nesse sentido que nós temos trabalhado todo esse tempo, fazendo a família participar do tratamento, se apropriar de informações que ela precisa ter para poder continuar cuidando e garantir a continuidade do tratamento.

A assistente social destaca, então, a importância do trabalho realizado em grupo com os familiares e a responsabilidade que a família tem no tratamento:

Nós procuramos atender, trabalhar com as famílias em grupo, convocando essas famílias no momento em que a internação acontece, para que durante o tratamento essas famílias tenham o espaço de participar, perguntar, trabalhar a sua ansiedade, a sua angústia, a sua dificuldade de lidar com o seu doente. E é um trabalho que eu acho que vale a pena ser feito. Diminui realmente a ansiedade, principalmente daquelas famílias que estão começando a lidar com a doença psiquiátrica agora, primeira, segunda crise. São famílias muito ansiosas, desesperadas mesmo. A ajuda mútua que acontece entre as famílias é algo que conforta bastante, que ajuda a diminuir a ansiedade, e é um espaço que as famílias têm para criticar o serviço, questionar, entender, tirar dúvidas. Eu acho muito importante. (...) não tem como responsabilizar só a instituição de saúde por um tratamento que também deve ter a responsabilidade da família.

Ela também dá ênfase ao fato de que a família precisa ser convocada pela instituição, caso contrário essa se mantém afastada, até mesmo descansando do trabalho que o paciente dá. A família precisa se sentir amparada pela instituição para que tenha interesse em estar presente e em cooperar no tratamento, ao menos durante aquela internação. Não se pode, entretanto, julgar a atitude dos familiares que não demonstram interesse em participar do cuidado da pessoa com transtorno mental, pois, segundo a assistente social, pois as famílias *“são as primeiras a serem abandonadas”*. Esse abandono sofrido pelas famílias é resultado das dificuldades impostas pela falta de serviços substitutivos e pelos obstáculos para se

conseguir atendimento nos serviços existentes. O Estado abandona as famílias e, conseqüentemente, as pessoas com transtorno mental.

Essa percepção da profissional do Serviço Social converge com a de Crispin (1992), que, numa análise psicológica, verificou que as famílias tinham, à época anterior à aprovação da Lei Paulo Delgado, interesse em permanecer com o paciente em casa após internação. O autor verificou, em pesquisa realizada no Hospital São Vicente de Paulo, que havia um sentimento de saudade dos familiares com relação às pessoas com transtorno mental internadas naquela instituição e que, se preferiam a internação a ficar com os pacientes em casa, isso se devia, principalmente, ao trabalho que o paciente dava. Era considerada desvantagem da presença do paciente em casa a agressividade com relação aos familiares.

Por outro lado, era considerada vantagem permanecer com os pacientes quando esses podiam auxiliar nas tarefas domésticas. Outras vantagens da presença do ente com transtorno mental em casa foram: a presença de uma pessoa querida em casa, o fato de o ente cuidar dos filhos e a manutenção da coesão familiar.

Crispin (1992) também analisou as vantagens e as desvantagens de manter a pessoa com transtorno mental internada. As famílias acreditavam que, quando internados, os pacientes recebiam tratamento adequado, se alimentavam melhor, tomavam os medicamentos corretamente e se recuperavam da crise. O afastamento do convívio familiar, o isolamento social e a saudade são apontados como pontos negativos da internação.

Além dessas verificações, Crispin (1992) concluiu que havia mais atitudes favoráveis frente à pessoa com transtorno mental: (a) quando as crenças comportamentais dos familiares eram mais positivas com relação ao paciente; (b) quanto mais positivas fossem as opiniões das outras pessoas sobre o comportamento dos familiares com relação à pessoa com transtorno mental; (c) quanto maior era o controle do familiar sobre o paciente.

Na entrevista com a assistente social, foi discutida a forma como os diagnósticos têm sido feitos na unidade, o que auxiliou na compreensão do conteúdo dos prontuários, também analisados nesta pesquisa. A assistente social, enfatizando o fato de não poder informar detalhes sobre isso por não ser médica, comentou que o diagnóstico na psiquiatria não pode mais ser feito em uma crise que o paciente apresente. Não há como tirar conclusões definitivas a partir de uma única internação, porque

cada crise que a pessoa tem pode ser completamente diferente da outra. Antigamente, o paciente que tinha uma crise psicótica ia para internação e já saía com o diagnóstico de esquizofrênico. Hoje em dia, nós temos pacientes que têm diagnóstico de esquizofrenia e que, quando são internados, não têm nada de esquizofrênicos.

O fato de os prontuários demonstrarem apenas diagnósticos prováveis se justifica pelo cuidado dos médicos em não se precipitarem. Poder-se-ia questionar as limitações da psiquiatria na compreensão do todo que envolve o transtorno mental e na tentativa dessa ciência de denominar e “sintomatizar” fenômenos por demais complexos, mas não é pretensão deste trabalho realizar tão ousada análise.

Na análise dos prontuários foi possível verificar a utilização de uma linguagem específica para aquele documento, levando em consideração o seu caráter institucional hospitalar, em que há a centralidade do saber médico. Assim, dos oito prontuários estudados, cinco não apresentavam a denominação do transtorno de que o paciente sofre. A ênfase foi, portanto, nas classificações da CID 10 (Classificação Internacional de Doenças). Também é válido ressaltar o fato de que os documentos não apresentam qualquer relato da assistente social, mesmo havendo abertura para isso. Justifica-se tal circunstância pela pouca permanência da profissional na unidade nos dias em que a pesquisa era realizada, ainda porque ela viria a se afastar do trabalho no hospital em breve. Assim, pode não ter havido oportunidade para que fizesse registros escritos sobre os pacientes que estavam na unidade no dia 15 de maio de 2007, data em que foi realizada a análise.

Também foi objetivo do estudo dos prontuários identificar possíveis tentativas dos médicos em abarcar em sua compreensão do quadro dos pacientes os fatores psicossociais envolvidos. Quanto a isso, notou-se a existência dessa preocupação, embora não tenha aparecido nenhuma análise consubstanciada a respeito, o que é compreensível pelo próprio caráter do relato médico, que não tem essa pretensão. Assim, nos registros aparecem escritos como: *“A paciente é antiga em nosso serviço, já esteve internada na enfermaria várias vezes. Familiares parecem não ter mais condições de dar suporte”*. A percepção da importância da família demonstra uma visão ampliada do fenômeno que é o transtorno mental e também constitui identificação de demanda para profissionais do Serviço Social e da Psicologia, caso houvesse na UP. Há escritos ainda mais completos sobre esses aspectos, mas não se apresenta qualquer intervenção ou encaminhamento a fim de haver melhor investigação do quadro: *“Informa que (...) queria morrer porque sua mãe preferia os outros filhos a ele. Relata que estudou até o 2º ano do 2º grau e abandonou os estudos porque se achava incapaz. Nunca trabalhou. Diz que na sua cidade todos o chamam de doido e por isso riem dele”*.

Os prontuários também são utilizados por profissionais da Enfermagem, sendo que seus relatos limitam-se à descrição de procedimentos cotidianos com os pacientes.

Outro fator importante a ser observado nos prontuários é que, em dois dos três casos em que os pacientes foram encaminhados pelo HSVP para o HBDF, apresentou-se no

diagnóstico “impregnação” ou “intoxicação medicamentosa”, o que pode sugerir uma prescrição de medicamentos sem maiores cuidados e sem o respeito à individualidade dos pacientes e de suas demandas naquele hospital especializado. Em um dos casos, há relatos de reclamação dos familiares quanto aos efeitos colaterais provocados por um dos medicamentos.

A assistente social destaca, em sua fala, o fato de os médicos psiquiatras formados no Distrito Federal não terem uma visão positiva com relação à reforma psiquiátrica. Lembra que os residentes advindos de outros estados da federação, onde a reforma está melhor implantada, não apresentam as mesmas dificuldades na lida com o tema. Esse fato pode não só ser originado na formação no curso de Medicina, mas também no próprio fato de eles não terem tido a oportunidade de conhecerem o pleno funcionamento de um sistema de atenção à saúde mental baseado em uma rede funcional e de qualidade. A compreensão da reforma como sendo um questionamento do saber em que são especializados também é presente nesses profissionais, como pode ser notado na fala da assistente social:

Eu vejo, por exemplo, que quando vem um residente de Belo Horizonte, de outro local onde a reforma está mais avançada, ele já vem com uma outra cabeça, ele já valoriza aquele serviço substitutivo, o que não se observa muito nos psiquiatras de Brasília, que só trabalham aqui e que nunca tiveram oportunidade de vivenciar isso em outro local. Eu sinto também que existe por parte de alguns psiquiatras um ranço muito grande com relação à terminologia “reforma psiquiátrica”, como se fosse um termo ameaçador para o poder, para o saber deles. E eu acho que isso só contribui para aumentar o nosso atraso com relação à mudança, porque não é possível que um psiquiatra hoje não perceba que só o tratamento de internação, e medicamentoso, não vai resolver, não vai solucionar o problema daquele paciente.

A assistente social destaca ainda o fato de os outros profissionais da saúde mental, como enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, também não possuírem maiores conhecimentos acerca da reforma psiquiátrica, o que aparece em suas práticas. Ela acredita que a mentalidade dos profissionais é o ponto mais difícil de modificar para a internalização de princípios que garantam direitos às pessoas com transtorno mental e o respeito às suas vontades e individualidade. Segundo a assistente social, os profissionais da UP

(...) fazem um bom trabalho, mas (...) a mentalidade ainda é daquela criatura como uma pessoa sem direito. “Ah, agora é hora de tomar café da manhã. Vamos todos tomar café da manhã. Agora é hora do banho, todos tomando banho. Agora é hora do almoço, todos almoçando”. Não interessa se você está com fome, se você não está com fome, se você está acostumado a tomar banho à noite e não de manhã cedo, enfim. Essas questões que tiram a individualidade das pessoas.

Foi discutida a atuação da luta antimanicomial na atualidade e como tem se dado a participação dos diversos setores da sociedade civil. A profissional destacou o fato de não haver participação dos médicos nessa luta, mas considerou que, caso houvesse, o movimento se fortaleceria, tanto pelo fato de eles representarem mais gente envolvida, quanto pelo

próprio saber médico, que é ideologicamente superior aos outros. *“É uma coisa que eu observo até nos trabalhos de grupo que eu faço, e digo isso sempre pra eles: ‘olha, cuidado com o que vocês dizem, porque a voz do médico é a voz de Deus na Terra’. As famílias falam muito isso: abaixo de Deus, só o médico”*.

A pouca atuação das famílias e dos profissionais da saúde mental no movimento também foi questionada:

Nós não temos em Brasília uma associação de familiares de portadores de doença mental forte. Nós temos uma associação que funciona no Riacho Fundo, que ainda não entendemos a que fim veio. Talvez nós, e aí eu me incluo, profissionais de saúde, estejamos sendo muito fracos no sentido de promover uma mobilização maior das famílias e fortalecer o movimento. Talvez nós devamos participar de uma forma mais combativa

Especificamente sobre a participação dos assistentes sociais na luta antimanicomial, a entrevistada afirmou que *“nós, enquanto assistentes sociais, estamos muito desmobilizados, desmotivados, desacreditados, todos os ‘des’”*. Em outro momento, ela destaca a importância da mobilização:

Sabemos que mudanças sociais não acontecem porque o Estado é bonzinho e, de repente, se sensibilizou com uma causa. Não é assim. Sabemos que as mudanças vêm a partir da pressão social que se possa exercer contra o Estado, exigindo o cumprimento de alguns direitos.

A assistente social também ressalta a redução do Serviço Social nas instituições governamentais recentemente. Segundo ela, tem havido um esmagamento da profissão nesses órgãos, enquanto, por outro lado, há um crescimento considerável do número de assistentes sociais demandados pelas organizações do terceiro setor. Destaca-se, assim, o papel da universidade nesse aspecto, uma vez que, se o Serviço Social vem perdendo, também são os assistentes sociais responsáveis por esse fato. *“Talvez a universidade tenha que começar a pensar mais em termos de metodologia de trabalho, de capacitação mais prática, para os profissionais que estão saindo da universidade”*. Essa afirmação se justifica por outra, ligada à experiência da profissional:

Estou há 25 anos formada e já trabalhei com muita gente, pessoas antigas e pessoas jovens e eu vejo que as colegas antigas eram muito mais técnicas, elas tinham muito mais instrumental técnico para trabalhar, embora não tivessem tanta preocupação ideológica, não fossem tão politizadas. Mas, na questão do atendimento à clientela, do trabalho social, elas eram até mais competentes do que nós. E quanto mais jovens são as colegas que tenho visto, menos capacidade técnica elas parecem ter. Tem muita teoria, muita politização, mas não sabem trabalhar, não sabem fazer, não sabem como colocar isso em prática. Não sei se isso seria um outro motivo. Porque se você contrata um profissional que só conversa, conversa, mas não sabe trabalhar, ele, em pouco tempo, deixa de ser necessário no serviço. Eu estou te falando o que eu venho observando. (...) Quando eu cheguei no HBDF nós éramos 23, hoje nós somos 7 e nem se pensa na possibilidade de voltar a aumentar o nosso quadro. O que aconteceu? Os pobres se mudaram daqui? Estão se tratando fora daqui? Não! A nossa clientela está a cada dia mais pobre, mais

afastada dos direitos dela, está mais necessitada de ser bem orientada a respeito dos seus direitos. E parece que isso hoje não preocupa mais a instituição, a instituição aprendeu a lidar com isso de uma forma a não ser incomodada. Eu acho que se isso está acontecendo é porque nós não sabemos trabalhar. Nós não mostramos o real valor do nosso trabalho para a instituição. De alguma forma nós erramos.

Levando em consideração o conteúdo da entrevista com representante do Serviço Social atuante na área de saúde mental num hospital geral, verifica-se que o atraso na implantação da reforma psiquiátrica do DF, expresso principalmente na incompletude da rede de atendimento e na não internalização da proposta pelos profissionais da saúde mental, constitui uma dificuldade para a atuação dos assistentes sociais. É um desafio para o Serviço Social a busca pela garantia dos direitos e da cidadania das pessoas com transtorno mental, uma vez que há tantos fatores corroborando o contrário.

## **Considerações finais**

A partir desta pesquisa, em especial a pesquisa de campo realizada no Hospital de Base do Distrito Federal, foi possível fazer um retrato, ainda em preto e branco, e não totalmente nítido, da saúde mental nessa unidade da federação. Esse esboço mostra um sistema de atendimento falho, principalmente no que concerne a articulação em rede. As famílias são um dos atores envolvidos na problemática, aparecendo como vítimas de um Estado que não lhes garante todos os direitos previstos em lei, o que também acontece com as pessoas com transtorno mental, principal público-alvo da política de saúde mental. Esses vêm seu potencial podado pela falta de espaço e incentivo para exercê-lo.

Uma gama de contradições emerge nas tentativas isoladas de garantia de direitos de cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental e daqueles que não conseguiram acessar esses serviços, espaço em que se insere o profissional de Serviço Social. O assistente social vê-se impelido a criar e a identificar circunstâncias que permitam a oferta de opções para os usuários, mesmo que a conjuntura não esteja propícia para tal. Evitar que os familiares e o ente com transtorno mental sejam culpabilizados pela situação em que se encontram é um dos objetivos do trabalho do profissional de Serviço Social na saúde mental como está disposta no momento.

Num sentido acadêmico, verifica-se que as poucas produções existentes não abordam todos os aspectos contidos na legislação que pauta a política de saúde mental brasileira. No Distrito Federal, nota-se uma tendência a averiguar situações em hospitais especializados. Na realidade, a maioria dos materiais encontrados trata do Hospital São Vicente de Paulo, o qual, segundo a lei local vigente, deveria ter sido extinto ou adequado aos princípios da reforma psiquiátrica.

Uma pesquisa mais ampla que busque situar historicamente a atenção à saúde mental no Distrito Federal seria de grande importância, pois que não há publicações da Coordenação de Saúde Mental com esse objetivo. Uma produção teórica nesse sentido auxiliaria a compreensão do quadro atual dessa política, permitindo o vislumbre de melhorias.

Compreende-se que se deve dar maior atenção ao potencial da modalidade de atendimento em Unidades de Psiquiatria de hospitais gerais, uma vez que pouco tem sido discutido a respeito, embora a meta de atenção integral à saúde possa ser cumprida com mais propriedade em ambientes que já disponham de aparato para tanto, o que existe – ou deveria existir – em instituições destinadas a prestar serviços de saúde em âmbitos diversos. A criação

ou ativação de unidades com essa proposta em hospitais regionais do Distrito Federal diminuiria também o problema do afastamento entre serviço e usuário, mas não eliminaria a necessidade de novos Centros de Atenção Psicossocial, Hospitais-Dia e Residências Terapêuticas.

Pesquisas que visem a verificar o perfil das pessoas com transtorno mental e seus familiares nas instituições públicas de atenção à saúde mental configurariam suporte para a criação de associações de usuários e profissionais e para o fortalecimento da luta por melhores serviços.

Por fim, uma temática crescente vem sendo a necessidade de se cuidar dos cuidadores, mais especificamente das cuidadoras, das pessoas com transtorno mental, o que é de extrema relevância para a elaboração de serviços e alternativas, inclusive no âmbito da Assistência Social. Com recorte de gênero, status social e trabalho, pesquisas que analisem o significado do cuidado para essas pessoas e possibilidades de amenização das suas responsabilidades seriam de grande valia para a promoção e o desenvolvimento dos indivíduos com transtorno mental e de suas famílias.

Vontade política e modificação dos paradigmas vigentes nas políticas sociais brasileiras são fundamentais para que as famílias consigam exercer o papel que lhes foi atribuído com a reforma psiquiátrica. Esse papel não deve extrapolar as possibilidades da família, uma vez que não pode representar uma transferência de responsabilidades, mas uma cooperação salutar, que leve em consideração as particularidades das pessoas com transtorno mental e seus familiares e as condições objetivas de vida da população.

Que o retrato feito neste trabalho possa ser colorido no devir e que a política de saúde mental do Distrito Federal possa encontrar na ciência um alicerce para a solução de questões práticas capazes de modificar a realidade verificada.

## Referência bibliográfica

- AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- ARAÚJO, Rodrigo Ramos; COELHO, Claudia Miguel da C.; VIEIRA, Ana Carolina Barcelos Cavalcante. **História da Psiquiatria do HBDF. Monografia de conclusão de Residência Médica**. Brasília: FHDF, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para o Programa “De Volta Para Casa”**. Brasília, 2003.
- CORREIO BRAZILIENSE. **Loucos e abandonados**. 15 abr 2007. Brasília: 2007.
- CONFERÊNCIA DE CARACAS. **Declaração de Caracas**. Caracas, 1990.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994.
- CRISPIN, Mário Antônio. **Atitude do familiar frente ao doente mental e intenção de permanecer com este em casa, após alta hospitalar: um aplicação da teoria de Fishbein e Ajzen**. Tese de mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Brasília: UnB, 1992.
- DISTRITO FEDERAL. **Lei 975, de 12 de dezembro de 1995**. Fixa diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal e dá outras providências. Brasília: GDF, 1995.
- FOUCAULT, Michel. **História da loucura: na Idade Clássica**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.
- LIMA, Maria da Glória. **Avanços e recuos da reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo do Hospital São Vicente de Paulo**. Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Orientação: Prof.ª Dr.ª Graciette Borges da Silva. Ribeirão Preto, 2002.
- PEREIRA, Ivana Carla Garcia. Do ajustamento à invenção da cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- RESENDE, Heitor. “Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica” in TUNDIS, Silvério Almeida (org.) & COSTA, Nilson do Rosário (org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987.

RODRIGUES, Denise Aparecida da Silva. **Caracterização dos usuários internados na Unidade de Psiquiatria do HBDF em 1998**. Brasília: FHDF, 1998. Relatório de pesquisa.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. As condições da família de baixa renda no provimento de cuidados com o portador de transtorno mental. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

*Referências da Web:*

ADITAL. **Manicômios Nunca Mais**. 2006. Disponível em:  
<<http://www.adital.com.br/site/noticia.asp?lang=PT&cod=25230>>. Acesso em: 26 jan 2007.

ARAÚJO, Tânia Maria de; PINHO, Paloma de Sousa; ALMEIDA, Maura Maria Guimarães de. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. In: **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, n. 3: 337-348, jul./set., 2005. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a10v5n3.pdf>>. Acesso em: 10 jun 2007.

COSTA, Fernando Nogueira da. **Se Brasil fosse Brasília...** Disponível em:  
<<http://www.eco.unicamp.br/artigos/artigo190.htm>>. Acesso em: 14 jun 2007

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Edição de notícias. **Hospital de Taguatinga comemora 31 anos**. Brasília, 2006. Disponível em:  
<[http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD\\_CHAVE=28775](http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=28775)>. Acesso em: 20 fev 2007.

\_\_\_\_\_. **Hospital Vicente de Paulo faz 28 anos e ganha farmácia**. Brasília, 2006a. Disponível em: <[http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD\\_CHAVE=25797](http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=25797)>. Acesso em: 20 mai 2007.

INVERSO. **Contando nossa história**. Disponível em:  
<<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/7066.html>>. Acesso em: 21 fev 2007.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. **Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico**. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 22, n. 4, 2000. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462000000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 fev 2007.

PROMETEU. Agência de Notícias. Notícias sobre universidades e centros de pesquisa. **Médicos não informam sobre efeitos de medicamentos psiquiátricos e minorias raciais têm tratamento pior**. 26 set 2001. Disponível em:  
<<http://www.prometeu.com.br/noticia.asp?cod=211>>. Acesso em: 14 jun 2007.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; PICCININI, Walmor J. **História da Psiquiatria: a loucura e os legisladores.** Psychiatry online Brasil, v. 11, n. 3, mar 2006. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano06/wal0306.php>> Acesso em: 16 jan 2007.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Famílias na rede de saúde mental: um breve estudo esquizoanalítico. In: **Psicologia em estudo.** Maringá, v. 11, n. 2, p. 305-314, mai/ago, 2006. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a08.pdf)>. Acesso em: 25 mai 2007.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: **Per la Salute Mentale/For mental health**, v. 1, 1988. Disponível em: <[www.exclusion.net/images/pdf/47\\_bicoi\\_istituz.invent\\_po.pdf](http://www.exclusion.net/images/pdf/47_bicoi_istituz.invent_po.pdf)>. Acesso em: 10 abr 2007.

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. 2, pp. 159-168, mai-ago 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n2/a05v11n2.pdf>>. Acesso em: 18 abr 2007.

## **Apêndice**

- Roteiro estruturado de entrevista (Público-alvo: familiares dos pacientes internados na Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base do Distrito Federal)
  
- Roteiro semi-estruturado de entrevista (Público-alvo: assistente social da Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base do Distrito Federal)

## Roteiro estruturado de entrevista

**Público alvo: familiares de pacientes internados na Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base do Distrito Federal.**

### **I - Dados do(a) informante**

1. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
2. Idade: \_\_\_\_\_ anos
3. Cidade em que reside: \_\_\_\_\_
4. Renda familiar mensal:
  - a. ( ) menor que um salário mínimo
  - b. ( ) um salário mínimo
  - c. ( ) entre um e dois salários mínimos
  - d. ( ) de dois a três salários mínimos
  - e. ( ) de três a quatro salários mínimos
  - f. ( ) mais de quatro salários mínimos
5. Tem emprego fixo? ( ) Sim ( ) Não
6. Você ou alguém de sua família recebe algum benefício assistencial? ( ) Sim ( ) Não  
- Se sim, qual? (caso não saiba o nome do benefício ou do programa, por favor, informe apenas o valor recebido) \_\_\_\_\_
7. Qual é o seu grau de parentesco com o(a) paciente atendido(a) na Unidade de Psiquiatria?
  - a. ( ) mãe/pai
  - b. ( ) companheiro(a)/cônjuge
  - c. ( ) irmão/irmã
  - d. ( ) filho(a)
  - e. ( ) outro: \_\_\_\_\_

### **II – Dados do(a) paciente**

8. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
9. Idade: \_\_\_\_\_ anos
10. O(A) paciente reside com o(a) informante? ( ) Sim ( ) Não
11. Se não, em que cidade reside? \_\_\_\_\_

### III – Questões específicas

12. Você conhece o Programa de Volta para Casa? ( ) Sim ( ) Não

13. O(A) paciente é ou já foi beneficiário(a) desse programa?  
( ) Sim, é beneficiário. ( ) Sim, foi beneficiário. ( ) Não.

14. Você conhece os princípios da Reforma Psiquiátrica? ( ) Sim ( ) Não ( ) Em parte

15. O(A) paciente tinha que idade quando foi descoberto seu transtorno ou sua doença mental? \_\_\_\_\_

16. Em que ano ocorreu a primeira internação do paciente? \_\_\_\_\_

17. Se você souber, informe qual é o transtorno ou a doença de que o(a) paciente sofre:

\_\_\_\_\_

18. Qual foi o tempo máximo de internação do(a) paciente em alguma instituição?

\_\_\_\_\_

19. Em que instituição ocorreu essa internação mais longa?

\_\_\_\_\_

20. Qual é o motivo da internação neste momento?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21. Você tem um bom relacionamento com o(a) paciente?

( ) Sim ( ) Não ( ) Mais ou menos

22. O(A) paciente tem algum comportamento de que você não goste, dentro ou fora das crises? Qual?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

23. Como você e sua família costumam lidar com esse comportamento?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

24. O(A) paciente faz uso de algum medicamento de uso contínuo? Qual(is)?

\_\_\_\_\_

---

---

25. Você tem acesso a esse(s) medicamento(s) gratuitamente ou precisa comprá-lo(s)? Caso você os compre, por favor, informe quanto você gasta por mês com isso.

---

---

---

26. Você ou sua família tem dificuldade em administrar o medicamento para o(a) paciente? Por quê?

---

---

---

---

27. Perto da sua residência, existe algum hospital a que você pode recorrer no caso de o(a) paciente precisar de atendimento de emergência em saúde mental?

---

---

---

28. O atendimento ambulatorial do paciente pode ser feito perto de sua residência, em algum CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ou hospital?

---

---

---

29. Você acredita que seja possível manter o(a) paciente em casa, fazendo um acompanhamento ambulatorial, se os medicamentos forem tomados corretamente?

---

---

---

30. O que você acha que precisa melhorar no atendimento de pessoas com transtorno mental no Distrito Federal?

---

---

---

---

---

### **Roteiro semi-estruturado de entrevista**

**Público-alvo: assistente social da Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base do Distrito Federal.**

1. Há quanto tempo você trabalha na Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base?
2. Você teve contato com a área de saúde mental antes de começar a trabalhar na unidade?
3. Você gosta de trabalhar com saúde mental?
4. Você conhece a reforma psiquiátrica?
5. Você concorda com os princípios da reforma psiquiátrica?
6. Você acredita que a reforma psiquiátrica tenha influenciado o Serviço Social? Em que sentido?
7. Como você vê a implantação da reforma psiquiátrica no Distrito Federal hoje?
8. O que você acha do Programa de Volta para Casa?
9. Como você vê a rede de atenção à saúde mental no Distrito Federal?
10. A Unidade de Psiquiatria trabalha em rede? Se sim, com quais instituições ou organizações?
11. Na sua opinião, como os familiares das pessoas com sofrimento psíquico lidam com a proposta antimanicomial?
12. Na sua opinião, qual é a posição da família perante a implantação da reforma psiquiátrica no Distrito Federal?
13. Você acha que a família é importante no tratamento das pessoas com sofrimento psíquico? Em que sentido?
14. Sabemos que existe um grupo de familiares de pacientes organizado por você. O que a levou a criá-lo, quais são os objetivos e qual é a rotina de trabalho com essas famílias?
15. A demanda pelo serviço de internação na Unidade de Psiquiatria é grande?
16. Quais são os principais motivos que trazem as pessoas à Unidade de Psiquiatria?
17. Você acompanha casos de desinstitucionalização efetiva após o advento da reforma psiquiátrica?

18. Você acredita que os profissionais da saúde mental conheçam os princípios da reforma psiquiátrica e estejam preparados para eles?

19. Você observa um esforço do Estado para a implantação da reforma psiquiátrica, amparada em requisitos básicos de cidadania, humanização e inclusão?

20. A que você atribui a atual situação da atenção à saúde mental no Distrito Federal?

21. Para você, qual é o papel da luta antimanicomial para a reforma e para o Serviço Social hoje?