

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

IONEIDE DE OLIVEIRA CAMPOS

Programa “De Volta para Casa” em um município do Estado de São Paulo – suas possibilidades e limites

RIBEIRÃO PRETO

2008

IONEIDE DE OLIVEIRA CAMPOS

Programa “De Volta para Casa” em um município do Estado de São Paulo – suas possibilidades e limites

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Orientadora: Prof. Dra. Toyoko Saeki

RIBEIRÃO PRETO

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Campos, Ioneide de Oliveira

Programa “De Volta para Casa” em um município do Estado de São
- suas possibilidades e limites. Ribeirão Preto, 2008.

112 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem da
Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Orientadora: Saeki, Toyoko

1. Desinstitucionalização 2. Saúde Mental
3. Programa “De Volta para Casa” 4. Enfermagem Psiquiátrica

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ioneide de Oliveira Campos

Programa “De Volta para Casa” em um município do Estado de São Paulo – suas possibilidades e limites

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovada em/...../.....

Banca Examinadora

Profª.Drª. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Profª.Drª. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Profª.Drª. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

*Dedico este trabalho a todos os moradores
e ex-moradores dos hospitais psiquiátricos.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Zilma e Fausto, pelo carinho e total apoio, em todos os momentos da realização deste trabalho;

A Irê, Ilce e Nilda, minhas manas do coração e amigas eternas;

Aos meus amados sobrinhos, Maria Cecília, Iago, Rodrigo e Ana;

Ao Gerson, meu marido, pela paciência e compreensão, principalmente nas intermináveis horas trabalhadas;

Um agracimento especial, a minha orientadora, Profa. Dra. Toyoko Saeki, pela cordialidade e pelo suporte fundamental na elaboração deste trabalho;

Às amigas, Lurdinha, Meire, Yumi e Léa, pelo apoio constante e presenças amigas;

À Prof. Dra. Glória Velasco (UFSCar), por suas valiosas sugestões e contribuições, pela amizade e apoio constante;

Ao meu amigo Prof. Daniel Marinho Cezar Cruz, pela colaboração com informações importantes e estímulo em todos os momentos;

Aos participantes da pesquisa, pela confiança e por terem tornado possível este trabalho;

Aos professores da EER/USP, em especial, à Profa. Dra. Cléa Regina de O. Ribeiro, pelo incentivo no investimento na carreira profissional.

“Eu sou aquilo que consegui fazer com o que fizeram de mim”

Sartre, 1987.

RESUMO

CAMPOS, I.O. **Programa “De Volta para Casa” em um município do Estado de São Paulo** – suas possibilidades e limites. 2008. 112p. Dissertação (Mestrado). - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Nas últimas décadas, a assistência à saúde mental no Brasil, sustentada pelo modelo convencional de exclusão social, que retira a pessoa do seu convívio, por meio de internações em instituições psiquiátricas, vem passando por transformações, sendo que a ênfase está em uma assistência comunitária e territorial, com a inclusão dessa pessoa nos planos dos direitos e do convívio social. Essas mudanças caracterizam o movimento pela Reforma Psiquiátrica, a qual inclui ações políticas de desinstitucionalização e propõe a ressignificação do sujeito, não apenas a partir da doença, mas considerando também que há implicações culturais, sociais, éticas, políticas e humanas e, principalmente, valorizando a idéia de fazer valer seus direitos de cidadania, preocupando-se com a sua saída das instituições psiquiátricas e com a viabilização dos instrumentos de suporte financeiro e social. Nesse contexto, o Programa “De Volta para Casa” insere-se como estratégia política no Brasil desde 2003 e tem como meta a inserção social de pessoas egressas de longas internações em hospitais psiquiátricos, por meio do auxílio- reabilitação psicossocial. O objetivo deste trabalho foi o de analisar o processo de implementação do Programa “De Volta para Casa” no município de Ribeirão Preto-SP, apontando as suas possibilidades e limites. A metodologia, de natureza qualitativa, foi conduzida por meio de seis (6) entrevistas semi-estruturadas com a equipe de saúde que coordena o referido Programa. Nos resultados e discussão são apresentados o processo de implantação do Programa “De Volta para Casa” no município de Ribeirão Preto e os seguintes temas de análise: o uso do auxílio reabilitação psicossocial, as limitações dos beneficiários decorrentes da institucionalização e o Programa “De Volta para Casa” - seus avanços e desafios. Diante da análise realizada, o processo de implantação ocorreu com dificuldades e seu desenvolvimento inicial mostrou incoerência entre a proposta de reinserção social e sua execução no município. O Programa abre possibilidades aos beneficiários de participação nos espaços sociais e ampliação do poder de troca; entretanto, alguns limites foram expostos com relação às limitações físicas e psicossociais dos usuários, o que exige, da equipe de saúde, o desenvolvimento de ações não apenas centradas no assistencialismo, mas que envolvam o acompanhamento, com criatividade e flexibilidade no cotidiano dos beneficiários, além de avaliações contínuas dos mesmos e do Programa como um todo.

Palavras-chave: Desinstitucionalização, Saúde mental, Programa “De Volta para Casa”, Enfermagem psiquiátrica.

ABSTRACT

CAMPOS, I.O. **Programa "De Volta para Casa" in a council of the State of São Paulo** - its possibilities and limits. 112p. Dissertation (Master Degree). - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

In recent decades, assistance to mental health in Brazil, backed by the conventional model of social exclusion, which cut the person of their daily living, through hospitalizations in psychiatric institutions, is going through changes, and the emphasis is on a community assistance and territorial, with the inclusion of that person in the plans of rights and social life. These changes characterizing the movement for deinstitutionalization, which includes shares of deinstitutionalization policies and proposes to rethink the subject, not only from the disease, but considering that there are also implications cultural, social, ethical, political and human and, especially, valuing the idea of asserting their rights of citizenship, concerning itself with its exit from psychiatric institutions and the development of instruments of financial and social support. In this context, the programme "De Volta para Casa" is part of strategy and policy in Brazil since 2003 and aims to social inclusion from people of long hospitalizations in psychiatric hospitals, through the aid-psychosocial rehabilitation. The objective of this study was to examine the process of implementing the programme "De Volta para Casa" in the city of Ribeirão Preto-SP, pointing their possibilities and limits. The methodology of a qualitative nature, was conducted by six (6) semi-structured interviews with the health team that coordinates the program. The results are presented and discussed the process of implementation of the Programme "De Volta para Casa" in the city of Ribeirão Preto and analysis of the following topics: the use of aid psychosocial rehabilitation, the limitations of the beneficiaries resulting from the institutionalization and 'De Volta para Casa"- their progress and challenges. Given the analysis, the process of deployment and difficulties occurred with its initial development showed inconsistency between the proposed social reintegration and their implementation in the municipality. It opens opportunities for beneficiaries to participate in social spaces and expansion of power exchange, but some limits were set in relation to psychosocial and physical limitations of users, which requires, the team of health, the development of actions not only focus no welfarism, but involving the monitoring, with creativity and flexibility in the daily lives of beneficiaries, as well as continuous assessments of them and the programme as a whole.

Keywords: Deinstitutionalization, Mental Health, Programme "De Volta para Casa", Psychiatric Nursing.

RESUMEN

CAMPOS, I.O. **Programa "De Vuelta al Hogar" en un municipio del Estado de São Paulo** – sus posibilidades y límites. 2008. 112p. Disertación (Máster). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, 2008.

En las últimas décadas, la asistencia de salud mental en Brasil, sustentada por el modelo convencional de exclusión social, que retira a la persona de su propio medio de convivencia mediante internaciones en instituciones psiquiátricas, está pasando por transformaciones. El énfasis se coloca ahora en un tipo de asistencia comunitaria y territorial, con la inclusión de la persona en sus respectivos ámbitos de derechos y de convivencia social. Estos cambios caracterizan las iniciativas del movimiento en favor de una Reforma Psiquiátrica, que incluye acciones políticas de desinstitucionalización y propone la resignificación del sujeto no apenas a partir de la enfermedad, sino también de la consideración de que existen implicaciones culturales, sociales, éticas, políticas y humanas. Este enfoque realza principalmente la idea de que la propia persona haga valer sus derechos de ciudadanía, empeñándose ella misma para salir de las instituciones psiquiátricas y para hacer viables sus instrumentos de soporte financiero y social. En este contexto, el Programa "De Vuelta al Hogar" se inserta desde 2003 como una estrategia política en Brasil y tiene como meta la inserción social de personas que egresan de largas internaciones en hospitales psiquiátricos, a través del denominado auxilio de rehabilitación psicosocial. El objetivo de este trabajo es el de analizar el proceso de implementación del Programa "De Vuelta al Hogar" en el municipio de Ribeirão Preto, en el Estado de São Paulo (SP), señalando sus posibilidades y sus límites. La metodología utilizada, de naturaleza cualitativa, se aplicó a través de seis (06) entrevistas semiestructuradas realizadas al equipo de salud que coordina el referido Programa. En los resultados y en la discusión de los datos obtenidos se presenta el proceso de implantación del Programa "De Vuelta al Hogar" en el municipio de Ribeirão Preto y se exponen los siguientes temas de análisis: el uso del auxilio de rehabilitación psicosocial; las limitaciones sufridas por los beneficiarios, derivadas del proceso de institucionalización; y los avances y desafíos del Programa "De Vuelta al Hogar". Del análisis realizado se desprende que el proceso de implantación se produjo en medio de dificultades y su desarrollo inicial en el municipio mostró incoherencias entre la propuesta de inserción social y su ejecución. El Programa abre para los beneficiarios posibilidades de participación en los espacios sociales y una ampliación de su poder de intercambio; no obstante, quedaron en evidencia algunas dificultades relacionadas con las limitaciones físicas y psicosociales de los usuarios, lo cual exige por parte del equipo de salud el desarrollo de acciones no apenas centradas en una tónica asistencial, sino aquellas que incluyan el acompañamiento, con creatividad y flexibilidad, de la vida cotidiana de los beneficiarios, además de evaluaciones continuas de los mismos y del Programa considerado en su conjunto.

Palavras-llave: Desinstitucionalización, Salud mental, Programa "De Vuelta al Hogar", Enfermería Psiquiátrica.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	12
2. CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA	18
2.1. Considerações históricas a respeito da Reforma Psiquiátrica brasileira e as políticas atuais de Saúde Mental.....	18
2.2. Os Serviços Residenciais Terapêuticos.....	25
2.3. O Programa “De Volta para Casa”	30
2.4. O Programa “De Volta para Casa” – a experiência em Ribeirão Preto....	40
3. PERCURSO METODOLÓGICO	46
3.1. Tipo de estudo	46
3.2. Local do estudo	47
3.3. Sujeitos	47
3.4. Instrumento para coleta de dados	48
3.5. O procedimento de coleta de dados	49
3.6. Procedimento para análise dos dados.....	50
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
4.1. Processo de implantação do Programa “De Volta para Casa” no município de Ribeirão Preto	53
4.2. O uso do auxílio reabilitação psicossocial	62
4.3. As limitações dos beneficiários decorrentes da Institucionalização	75
4.4. O Programa “De Volta para Casa” – seus avanços e desafios.....	85
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
REFERÊNCIAS.....	99
APÊNDICE.....	106
ANEXOS.....	110

Apresentação

1. APRESENTAÇÃO

Meu interesse pela área de Saúde Mental não é recente. Na graduação em Terapia Ocupacional, no período de 1995 a 2000, o contato e as experiências com a área ocorreram por meio de disciplinas específicas e estágio curricular em um Hospital Universitário, localizado em Botucatu-SP, pertencente à Universidade Estadual Paulista-UNESP. Durante o estágio, participei da dinâmica de funcionamento de dois serviços de saúde mental, localizados na Universidade: o Hospital-dia e o Ambulatório de Saúde Mental, e ainda de um terceiro, que também fazia parte do programa do estágio, na Associação de Usuários e Familiares, reunindo usuários, familiares, trabalhadores dos serviços de saúde mental e pessoas da comunidade, no município de Botucatu.

A aproximação a esses serviços de saúde mental, o contato e os vínculos com as “pessoas em sofrimento psíquico”¹, nos diferentes contextos de vida, suscitaram algumas reflexões relacionadas ao cuidado oferecido por esses serviços, como, por exemplo, o papel da instituição, a relação entre serviço e família, o sofrimento familiar e a função da equipe.

Posteriormente, a experiência profissional como terapeuta ocupacional no Hospital Santa Tereza, no município de Ribeirão Preto-SP, no ano de 2002, possibilitou um maior envolvimento com o processo de desinstitucionalização², o

¹ O conceito de “sofrimento psíquico” utilizado aqui não supõe a doença como objeto, mas a existência-sofrimento das pessoas, o que significa considerar as suas necessidades, suas possibilidades e as suas experiências (ROTTELLI et al, 1990). A legislação brasileira adota o termo “portador de transtornos mentais”.

² O termo desinstitucionalização, considerado neste trabalho, é o descrito por Rottelli et al (1990) como um trabalho teórico-prático de transformação institucional e cultural do sujeito em sofrimento psíquico, que começa no manicômio, no qual a ênfase não é mais colocada na doença e nem no processo de cura, mas no projeto de invenção da saúde e de reprodução social da pessoa.

qual já vinha ocorrendo desde o início da década de 1980, e que, a passos lentos, caminhava em busca de um avanço no contexto da Reforma Psiquiátrica. Esse processo teve como propostas para a reestruturação do espaço institucional algumas experiências, como, por exemplo, o Núcleo de Convívio, a Vila Terapêutica, as Pensões Protegidas, o Centro de Convivência e outras.

Dentre esses novos serviços, destaco o trabalho no Centro de Convivência “Canto das Artes”, um espaço aberto de convívio e integração com pessoas de outras unidades do hospital e da comunidade. Ressalto, ainda, a importante parceria entre esse Centro de Convivência e o Núcleo Municipal de Atendimento à Terceira Idade de Ribeirão Preto-SP, no sentido de garantir espaços de convivência e socialização para idosos da comunidade e interessados. No Centro, os usuários desenvolviam atividades artesanais, educativas, sócio-culturais e de lazer.

A experiência com a docência no Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos-UFSCar, no período de 2004 a 2005, permitiu discutir com os alunos alguns temas da área de Saúde Mental, como os aspectos históricos das instituições psiquiátricas, o movimento da reforma psiquiátrica internacional e brasileira, a construção dos novos serviços de saúde mental e a efetivação de ações políticas na área.

Assim, por meio dessas experiências, estabeleci relações mais próximas com as pessoas em sofrimento psíquico, reafirmando os desafios da operacionalização das políticas de saúde mental. A partir desses caminhos por mim percorridos na área de saúde mental surgiu o interesse em pesquisar o Programa “De Volta para Casa”, uma política em desenvolvimento, direcionada às pessoas que passaram um longo tempo de suas vidas internadas em hospitais psiquiátricos.

Nos últimos anos, a Política Nacional de Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (SUS) tem direcionado suas ações em prol da reforma psiquiátrica, com as seguintes diretrizes: a substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede³ de serviços de base comunitária, articulada à atenção básica; a redução e progressiva desativação de leitos em instituições psiquiátricas e o investimento em projetos de desinstitucionalização de moradores de hospitais psiquiátricos. Dentre estes projetos, há políticas específicas para os moradores dessas instituições, como a prevista pela Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, criando as residências terapêuticas; a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, formalizando a proteção a essas pessoas e a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003 e originando o Programa “De Volta para Casa”.

De acordo com o Ministério da Saúde, o Programa “De Volta para Casa”, elaborado no ano de 2003, é uma proposta de ressocialização e uma estratégia política no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. Esse Programa prevê o pagamento do auxílio reabilitação-psicossocial durante um ano, no valor mensal de R\$ 240,00 à pessoa, e tem, como meta, efetivar o processo de inserção social dos egressos de longas internações em instituições psiquiátricas (BRASIL, 2003a).

O Programa “De Volta para Casa” representa um desafio para a sociedade, considerando a cultura manicomial predominante. Sendo assim, para elaborar o objeto de estudo desta pesquisa, parti de indagações gerais: Estamos diante de uma nova solução para as pessoas internadas há longo tempo ou de um novo problema? Como vivem, na comunidade, os beneficiários deste Programa? Que redes de apoio

³ O conceito de rede, considerado neste trabalho, é amplo e articulado ao território, sendo associado a diversos espaços sociais, tais como de trabalho e lazer, não somente aos serviços em saúde mental, mas também os serviços de atenção à rede básica e programas, como, por exemplo, o Programa de Saúde da Família.

são oferecidas a essas pessoas em processo de inserção na comunidade? Como os beneficiários estão sendo acompanhados pelas equipes de referência do Programa?

A partir dessas questões iniciais, optei por conhecer as possibilidades e limites do Programa, no sentido de materializar, de certo modo, o processo de reforma psiquiátrica em uma dada realidade, sob a ótica dos profissionais da equipe de saúde mental. Desta forma, o objetivo desta pesquisa foi delimitado em analisar o processo de implementação do Programa “De Volta para Casa”, no município de Ribeirão Preto-SP, segundo a perspectiva dos profissionais da equipe de saúde.

Esta investigação está inserida na temática mais ampla da desinstitucionalização, proposta pelo movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, como uma diretriz da Política Nacional de Saúde Mental em vigência no Brasil. Por se tratar de um meio para conhecer o processo de implantação e implementação do Programa “De Volta para Casa”, suas possibilidades e limites, em uma realidade particular, acredito que este se constitui em uma relevante contribuição no sentido de compor o debate sobre as estratégias propostas pela política de saúde mental no atual cenário.

Trata-se de um Programa recentemente implantado, o que evidencia a necessidade de investigações neste campo. Para contextualizar o problema, recorri a uma revisão de literatura, baseada em documentos elaborados pelo Ministério da Saúde a respeito do Programa “De Volta para Casa” e às pesquisas relacionadas aos Serviços Residenciais Terapêuticos, sendo estes diretamente vinculados ao Programa em estudo.

Na revisão da literatura, apresento aspectos históricos sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira, bem como o enfoque das ações políticas atuais de Saúde

Mental no Brasil, dentre elas, a inserção do Programa “De Volta para Casa”, tanto em âmbito nacional, quanto municipal, na cidade de Ribeirão Preto-SP.

O percurso metodológico baseia-se em uma pesquisa qualitativa descritiva e exploratória, cujos sujeitos foram profissionais de saúde mental, participantes do processo de implantação e implementação do Programa “De Volta para Casa”, tendo, como realidade, o município de Ribeirão Preto-SP. A partir de entrevistas semi-estruturadas, os dados foram analisados à luz da proposta operativa (MINAYO, 2006).

Nos resultados e discussão, descrevo os achados e os analiso segundo o referencial teórico mencionado. Estes achados estão dispostos nos itens: Processo de implantação do Programa “De Volta para Casa” no município de Ribeirão Preto e a partir da identificação das seguintes categorias analíticas: o uso do auxílio reabilitação psicossocial, as limitações dos beneficiários decorrentes da institucionalização e o Programa “De Volta para Casa” - seus avanços e desafios.

Nas considerações finais, exponho algumas questões sobre o processo de implantação do Programa no município e aspectos relacionados à proposta de execução, bem como as possibilidades e limites que este apresenta aos beneficiários, no contexto da vida social e as implicações para a equipe de saúde.

Contextualizando o Problema

2. CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA

2.1 Considerações históricas a respeito da Reforma Psiquiátrica brasileira e as políticas atuais de Saúde Mental

A história da trajetória da saúde pública no Brasil não é o objetivo desta revisão, porém, para abordar o movimento social pela Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental, enquanto diretrizes para o Programa “De Volta para Casa”, é importante salientar que a saúde, no Brasil, não foi sempre reconhecida como um direito. Na história da saúde pública brasileira, as políticas deste setor caracterizam-se pelo vínculo com o sistema previdenciário⁴. Entretanto, os movimentos sociais em prol da redemocratização do Estado configuram-se como importante estratégia de criação de políticas públicas, dentre elas, as de saúde, inserindo-a no plano dos direitos de cidadania.

É nesse período histórico de redemocratização do Estado, no final da década de 1970, que tem início o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, questionando a assistência psiquiátrica, até então baseada em macroestruturas asilares. No Brasil, este processo ocorreu no seio do movimento da Reforma Sanitária, tendo, como ator principal, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), abrindo caminhos para discussões a respeito da superação dos manicômios e orientando sobre experiências práticas de mudanças. Assim, assumiu, por vários anos, a discussão a respeito do papel normatizador da psiquiatria (AMARANTE; GULJOR, 2005).

⁴ Para maiores detalhes sobre o período, consulte: CONH, A e ELIAS, P. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 6 Ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2005.

O principal objetivo do movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira é a mudança do modelo de assistência à saúde mental - do tradicional, centrado no hospital psiquiátrico (hospitalocêntrico), excluindo a pessoa do convívio e direitos sociais, para o modelo de serviços abertos no território e inclusão do sujeito nos planos dos direitos e do convívio social. Essa abordagem propõe uma ressignificação do sujeito, não só a partir da doença, mas como um sujeito social, em sua existência singular. Por essa razão, na assistência à pessoa em sofrimento psíquico, há implicações culturais, sociais, éticas, políticas e humanas.

Esse movimento sofreu influência das experiências de outros países, como os EUA, Inglaterra, França e Itália, sendo que este último, por meio das experiências de Franco Basaglia, marcou “decisivamente caminhanças e itinerários do projeto de transformação da instituição psiquiátrica em terras brasileiras” (NICÁCIO et al., 2005, p. 196).

Os temas advindos da experiência da desinstitucionalização italiana abriram novas perspectivas para pensar a instituição psiquiátrica e diferentes maneiras de lidar com o sofrimento psíquico. Essa experiência colocou em discussão a finalidade da instituição psiquiátrica, a modalidade de sua existência em sua relação com a estrutura social, desconstruindo o manicômio para recompor e restituir os direitos, as necessidades e as possibilidades das pessoas (NICÁCIO et al., 2005).

No entanto, no Brasil, a trajetória da Reforma Psiquiátrica foi construída de modo particular ao longo desses anos, sendo que diversos fatos históricos abriram um novo campo de possibilidades e de formulação de políticas de saúde mental.

Na década de 1980, ocorreram intensas movimentações sociais em torno das políticas públicas de saúde, as quais passaram a ser vistas pela sociedade civil como um direito à cidadania. Nesse período, com a crise das políticas sociais do

Estado militar, o projeto de descentralização da assistência à saúde, em termos de política pública, é retomado, no Brasil, e a discussão da reforma sanitária avança, explicitando questões centrais, tais como necessidade de universalização, hierarquização e acessibilidade. Esse movimento “teve um papel inegável para a aceitação das propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde”, em 1986 (LUZ, 2001, p. 18).

Ainda nesse período, com a promulgação da Constituição em 1988, a saúde passou a ser um direito de todo cidadão e um dever do Estado; essas transformações determinaram mudanças em diversas áreas, inclusive na Saúde Mental.

Nesse cenário de mudanças, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 1987, momento em que os usuários dos serviços de saúde mental foram inseridos na luta pela transformação do modelo, papel até então exercido, unicamente, pelos técnicos da área (AMARANTE; GULJOR, 2005). Destacam-se, assim, as primeiras experiências alternativas à assistência asilar, como a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), pela Prefeitura Municipal de Santos. Estas iniciativas foram marcantes no processo de reorientação do modelo de assistência em saúde mental.

Do ponto de vista político e jurídico, destaca-se o Projeto de Lei nº 3.657/89⁵, o qual, embora não tenha sido aprovado, tinha, como proposta, proibir a criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos e a construção de novos hospitais psiquiátricos. Este projeto representou um marco significativo no sentido de

⁵ De autoria do deputado Paulo Delgado - PT/MG

possibilitar a ampliação do debate público sobre a saúde mental e suas instituições e subsidiar o projeto denominado de Lei nº 10.216/2001, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2004a).

Outro marco na consolidação das diretrizes da reestruturação da assistência psiquiátrica foi a realização da Conferência Regional para as Américas, em 1990, coordenada pela Organização Mundial da Saúde. Alves (2001) enfatiza as diretrizes da Declaração de Caracas, que propunham diversidade na oferta de serviços, tratamento adequado nos hospitais psiquiátricos, enquanto estes existirem, e respeito aos direitos das pessoas com transtornos mentais. O Ministério da Saúde adere, então, a essas diretrizes e elabora as seguintes estratégias: alteração do financiamento das ações em saúde mental, constituição de um colegiado permanente de coordenadores ou assessores estaduais e pactuação com a sociedade no processo de mudança, convocando a II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM).

A II CNSM, em 1992, significou um avanço por orientar-se pela consigna “Por uma sociedade sem manicômios”; o movimento da Reforma Psiquiátrica passou de setorial para social, já que agregara, além dos profissionais, os usuários em saúde mental e estabelecia para a sociedade uma proposta de desconstrução/invenção de novos saberes e práticas no que se refere à loucura, ao ato em saúde e ao seu papel social (AMARANTE; GULJOR, 2005).

Nessa perspectiva, o surgimento de vários equipamentos de saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico, na década de 1990, como a implantação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos Hospitais-Dia (HD), das equipes de saúde mental em Unidades Básicas

de Saúde (UBS) e dos Centros de Convivências e Cooperativas (CeCCos), ampliaram as discussões em torno da efetivação da proposta de desinstitucionalização.

Contudo, de acordo com o Ministério da Saúde, nesse período, o processo de expansão dos CAPS e NAPS foi descontínuo, pois não havia uma linha específica de financiamento para estes serviços, sendo que, no final da década de 1990, existiam somente 208 CAPS em funcionamento e 93% dos recursos ainda eram destinados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005). Atualmente, com a regulamentação da Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, os NAPS foram recadastrados como CAPS, funcionando sob a lógica do território, com financiamento segundo a produtividade, ou seja, as modalidades de cuidados são faturadas via Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC).

A partir do ano de 2000, com o objetivo de reduzir progressivamente os leitos hospitalares e reorientar o novo modelo de assistência em saúde mental, foram criados outros serviços e programas que compõem o contexto atual da Política Nacional de Saúde Mental, entre os quais, destacam-se, os Serviços Residenciais Terapêuticos, o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa “De Volta para Casa” (PVC) e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH). Todos esses Programas foram criados entre os anos de 2000 a 2004.

Com a promulgação da Lei nº 10.216/2001 e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental são criadas linhas específicas de financiamento aos serviços abertos e promovida a discussão de novos mecanismos de fiscalização e redução do número de leitos. Segundo o Ministério da Saúde, essa lei redireciona o modelo de assistência e dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos

mentais, podendo conferir um novo impulso para a Reforma Psiquiátrica. Entretanto, não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Desse modo, ainda existem dois movimentos simultâneos - a construção de uma rede de atenção à saúde mental e a redução do número de leitos psiquiátricos existentes. Esta é uma questão crucial para a implementação satisfatória da reforma psiquiátrica e o cuidado para que não ocorra a desassistência dos usuários constitui-se em um dos grandes desafios para a consolidação da Reforma.

Dados do Ministério da Saúde sobre a redução dos leitos apontam que, a partir de 2002, esse processo foi impulsionado, pois, nesse período, existiam 51.393 leitos em instituições psiquiátricas no Brasil. Para tanto, foi criado o primeiro sistema de avaliação, denominado Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), com objetivo de avaliar a qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde, esse processo de avaliação dos hospitais psiquiátricos enfrenta dificuldades para sua implantação e consolidação, devido à resistência dos prestadores conveniados ao SUS, por meio de processos com a finalidade de suspender as vistorias por meio de ações judiciais, o que provocou atrasos na finalização das avaliações. Atualmente, ainda há processos judiciais em curso, com a finalidade de suspender a Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002, a qual institui o PNASH/Psiquiatria (BRASIL, 2007d).

Além do PNASH/Psiquiatria, o Ministério da Saúde criou, em 2004, o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica (PRH), por meio da Portaria GM nº 52 e 53, de 20 de janeiro de 2004, com vistas a direcionar a redução dos leitos e melhorar a qualidade da assistência nos hospitais psiquiátricos.

Apesar da ação judicial interposta pela Federação Brasileira dos Hospitais, esse Programa foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2007d).

Esses dois Programas têm os mesmos objetivos, porém o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica⁶ fundamenta-se em conduzir as seguintes discussões: a necessidade de estabelecer um plano racional dos investimentos financeiros no sistema hospitalar e na rede de serviços territoriais, critérios para reestruturar os procedimentos de atendimentos em hospital psiquiátrico, com recomposição das diárias hospitalares, e a necessidade de estabelecer um mecanismo de redução dos leitos, no sentido de modificar o perfil dos hospitais, privilegiando aqueles de menor porte (BRASIL, 2007d).

De acordo com o Ministério da Saúde, após a implantação do PNASH/Psiquiatria e o Programa Anual de Reestruturação Hospitalar, foram reduzidos 11.826 leitos, entre 2003 e 2006. Isso foi possível devido à expansão de uma rede de atenção aberta e comunitária (BRASIL, 2005). Vale ressaltar que o acesso às informações sobre a operacionalização desse processo de redução de leitos não é divulgado pelo Ministério da Saúde; apenas dados gerais sobre o número de leitos existentes.

No discurso oficial, observa-se uma grande ênfase no sentido de reduzir o número de leitos e redirecionar o financiamento de serviços abertos no território, porém essa tarefa é complexa e apresenta contradições. Considerando a preocupação com a desassistência, o sistema de saúde brasileiro ainda financia dois modelos de assistência em saúde mental, ou seja, de um lado estão os hospitais psiquiátricos, com um total de 38.842 leitos, em 2006 (BRASIL, 2007d) e, de outro,

⁶ Estabelece a redução progressiva de leitos para todas as grandes instituições psiquiátricas: as instituições com mais de 200 leitos deverão reduzir, no mínimo, 40 leitos por ano; para as instituições de 320 a 440 leitos, a redução deverá ser de 80 leitos/ano e, no mínimo, 40 leitos/ano; para as maiores instituições, com mais de 440 leitos, a redução prevista é de, no máximo, 120 leitos/ano (BRASIL, 2005).

os serviços territoriais, em processo de expansão, entretanto, ainda insuficientes em relação à demanda.

Segundo dados apresentados pelo Ministério da Saúde sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira, a partir de 2002/2003 houve um aumento da cobertura assistencial em saúde mental no país, com a criação de 1123 CAPS, 479 residências terapêuticas, 860 Ambulatórios de Saúde Mental, 60 Centros de Convivência e uma significativa redução do número de leitos. Entretanto, a exemplo da saúde mental na atenção básica, ainda permanecem alguns desafios, como ampliação e qualificação de leitos em hospitais gerais e melhor articulação entre urgência, emergência e regulação de leitos psiquiátricos, em municípios de grande porte (BRASIL, 2007a).

A seguir, destacarei os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa “De Volta para Casa”, pela sua interligação, a qual interessa, diretamente, ao presente estudo.

2.2 Os Serviços Residenciais Terapêuticos

Os Serviços Residenciais Terapêuticos, criados por meio das Portarias de nº 106 e nº 1.220, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004a), são definidos como:

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

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

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

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

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

sendo capazes de transformar e construir suas histórias, por meio das experiências vividas.

Além disso, esses espaços vêm atender às propostas preconizadas pela reforma psiquiátrica em curso no país e, portanto, os significados e as reações, diante desse processo, são algo novo e desconhecido (RESGALLA; FREITAS, 2004).

Alguns estudos foram desenvolvidos de forma a buscar a avaliação dos moradores a respeito das residências terapêuticas, considerando que são atores importantes no processo de mudança na assistência em saúde mental. Os estudos desenvolvidos por Scatena et al. (2000); Resgalla e Freitas (2004); Jaegger et al. (2004) e Pereira e Borenstein (2004) relatam as experiências do cotidiano de moradores das residências e a maneira como avaliam seus processos de saída do hospital psiquiátrico.

No estudo apresentado por Scatena et al. (2000), a avaliação de três mulheres, inseridas no Programa de Pensões Protegidas (Ribeirão Preto-SP), sobre a experiência de sair do hospital para residir na comunidade foi positiva. O estudo ainda permitiu refletir sobre temas como organização e manutenção da residência, organização da vida social, apropriação da cidade, medicação e reinternação. Para as autoras, os programas de reabilitação psicossocial têm sido desenvolvidos com a preocupação de ajudar o doente mental a ampliar suas habilidades cotidianas, imprescindíveis para a vida em comunidade, tais como cuidados pessoais, higiene, uso do transporte, observação de surgimento de sintomas, manipulação de medicamentos, administração de finanças, procura por empregos, prática de atividades de lazer e aperfeiçoamento das habilidades sociais.

Para Scatena et al. (2000), a reinserção social segue um curso próprio para cada pessoa, o que deve ser respeitado. Além disso, é necessário contar com uma rede apropriada para que essas pessoas não retornem à condição de asilamento, aumentando, assim, a deterioração nas áreas sociais.

Pereira e Borenstein (2004, p. 532) desenvolveram um estudo com mulheres portadoras de transtornos psíquicos, moradoras de uma residência terapêutica, com o objetivo de suscitar reflexões a respeito do significado da vivência cotidiana dessas pessoas, construindo possibilidades de vir-a-ser em saúde, cidadania e qualidade de vida. Segundo este estudo, a vivência em residências tem oferecido, às moradoras, uma riqueza de experiências, contribuindo para fazê-las seguir adiante. Nesse sentido, nota-se que elas passam “do que não é para o que é”, desde a execução dos afazeres domésticos, às habilidades pessoais, como lavar, passar, cozinhar, vestir-se e autocuidar-se, até à construção de valores, como responsabilidade, iniciativa, senso crítico, confiança, segurança, comprometimento, companheirismo, ajuda mútua e resgate de identidade. Além disso, as residências terapêuticas têm oferecido possibilidades de reabilitação e de perspectivas, tanto no movimento do cotidiano, como também têm favorecido e permitido que as moradoras possam engajar-se em atividades externas.

Outro estudo, buscando compreender o significado da travessia do hospital psiquiátrico para a residência terapêutica, na percepção de portadores de transtornos psíquicos, foi realizado por Resgalla e Freitas (2004). Em uma abordagem fenomenológica, esses autores, a partir das experiências das moradoras, buscaram a compreensão dos significados que emergiam das suas vidas cotidianas nas residências. O estudo concluiu que, na perspectiva dessas pessoas, a residência terapêutica é o melhor lugar para se viver.

Jaegger et al. (2004) avaliaram a satisfação dos usuários com a qualidade de um serviço de residências terapêuticas, por meio da aplicação da Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR). Dos 20 pacientes que responderam ao questionário, a maior parte mencionou estar satisfeita ou muito satisfeita com a equipe. Em relação às instalações da moradia e ao próprio serviço, o restante expressou satisfação regular. Os autores enfatizaram que as diversas dimensões da qualidade do cuidado e o grau de satisfação dos usuários devem ser constantemente avaliados para que atendam, adequadamente, às reais necessidades dessas pessoas.

Para Furtado (2006), o acompanhamento dos egressos de longas internações envolve questões delicadas e complexas, requerendo que as equipes técnicas sejam criativas para o planejamento de suportes residenciais diversificados, conforme as necessidades dos usuários.

Portanto, de acordo com Brêda et al., (2005), as concepções e práticas de saúde, segundo o novo paradigma decorrente da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, não comportam um olhar fragmentado da pessoa. Isso requer investir em políticas públicas de saúde que ofereçam uma forma de atenção mais complexa e, sobretudo, baseadas no respeito e na subjetividade das pessoas envolvidas.

Segundo esse novo paradigma, o território é adotado como uma estratégia que fortalece a idéia de que os serviços de saúde devam integrar a rede social comunitária, assumindo as responsabilidades pela atenção à saúde e incorporando, na sua prática, o saber das pessoas que dele fazem parte. Além disso, estes autores reafirmam a importância do investimento na comunicabilidade, articulação e integração entre os serviços especializados e aqueles que compõem a rede básica de saúde no Brasil, de forma a contemplar os princípios norteadores da Reforma

Psiquiátrica. Como exemplo, há o Programa “De Volta para Casa”, o qual prevê a “reintegração social de portadores de transtornos mentais à vida familiar e comunitária, cujo desenvolvimento e sucesso dependerão desse investimento” (BRÊDA et al., 2005, p. 3).

Assim, novas exigências comuns colocam-se em todos os contextos de atenção à saúde, sinalizando para caminhos de forma a transpor os desafios e efetivar o novo paradigma, tais como a garantia do direito à cidadania, com a ampliação do poder de contratualidade social e da capacidade da pessoa em se situar, de modo ativo, diante dos conflitos e contradições que vivencia, o desenvolvimento de novas tecnologias de cuidado, a modificação das relações de poder e de relações horizontais inter e intra-institucionais, a valorização dos recursos de auto-ajuda que as comunidades dispõem, a ampliação dos referenciais de escuta, a busca, em outros setores, por ajuda em situações difíceis e o investimento na formação e capacitação dos profissionais de saúde (BRÊDA et al., 2005).

Os referidos estudos, de maneira conjunta, apresentam aspectos favoráveis das moradias na construção da existência da pessoa, fora do contexto asilar, com enfoque nas relações com a comunidade. Além disso, a promoção da discussão de temas importantes para o cotidiano dos moradores, como território, contratualidade, autonomia e cidadania, é de vital importância.

2.3 O Programa “De Volta para Casa”

Algumas iniciativas anteriores ao Programa “De Volta para Casa”, embora pontuais e localizadas, propunham estratégias para a promoção da reinserção dos moradores de instituições psiquiátricas no convívio social, por meio de remuneração

ao usuário, como por exemplo, a criação do 1º instrumento normativo, por meio da Resolução de nº 711/92, da Secretaria Estadual do Rio de Janeiro, permitindo, aos pacientes, condições de permanecerem em Lares Abridados, recebendo 20% do valor da Autorização por Internação Hospitalar⁷ e a Lei nº 3.400/2002, criando, no município do Rio de Janeiro, a bolsa de incentivo à desospitalização aos portadores de transtornos mentais com história de longa internação psiquiátrica, mediante os seguintes critérios: quem retornar ao convívio familiar, receberá dois salários mínimos e os que ingressarem em um Serviço Residencial Terapêutico receberão um salário mínimo (FONSÊCA, 2005).

Nesse município, os moradores das residências terapêuticas recebem tanto a bolsa de incentivo, quanto o auxílio reabilitação psicossocial, advindo do Programa “De Volta para Casa” (FONSÊCA, 2005).

A primeira experiência nacional ocorreu com o Programa de Apoio à Desospitalização (PAD), criado pelo Ministério da Saúde, em 1996, cujo financiamento advinha do redirecionamento dos recursos financeiros dos hospitais psiquiátricos, divididos da seguinte maneira: o paciente ou sua família recebia metade do gasto referente à sua internação e, o restante, era repassado para a Secretaria Municipal de Saúde do município, responsável por prover a rede de cuidados em saúde mental para aquele paciente (ALVES, 2001).

Entretanto, a implantação do PAD não ocorreu com base no argumento da incapacidade civil da pessoa com transtornos mentais, de acordo com o Artigo 5º do Código Civil, o qual considerou que o paciente não teria condições e, assim legalmente, não poderia escolher seu representante pessoal ou legal para receber os recursos previstos pelo Programa. Assim sendo, com o parecer jurídico contrário

⁷ Informação obtida na Conferência Temática: Programa “De Volta para Casa”- Aspectos da Política Nacional da Clínica Psicossocial, realizada na Faculdade de Saúde Pública da USP/SP, no dia 26/10/2007.

à proposta de prosseguimento, a implementação do referido Programa não foi viabilizada. (NICÁCIO, 2003).

Desse modo, é possível compreender a fragilidade das propostas para promoção da reinserção das pessoas, moradoras de instituições psiquiátricas, ao convívio social, quando essas são realizadas sem que se altere o estatuto jurídico de tutela, atribuído às pessoas em sofrimento psíquico.

Já o Programa “De Volta para Casa” foi incluído no Plano Plurianual de 2000 a 2003 (BRASIL, 2003a) e apresenta sustentação legal e financeira, apoiada em uma nova condição da pessoa, inserida no plano dos direitos sociais, em especial, o de cidadania.

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

O auxílio-reabilitação psicossocial, como parte integrante do Programa, é um benefício mensal oferecido aos usuários, durante um ano, no valor atual de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), podendo ser renovado. Em caso de incapacidade do usuário para exercer, pessoalmente, atos da vida civil, o auxílio poderá ser entregue ao seu representante legal (BRASIL, 2003a). Além desse auxílio, o usuário também recebe o Benefício de Prestação Continuada (LOAS), no valor de um salário mínimo.

O Programa “De Volta para Casa” está articulado à rede municipal de assistência, sendo que a participação do município ocorre mediante uma série de

procedimentos, entre eles, o envio de um ofício, ao Ministério da Saúde, com a solicitação de inclusão, habilitação e justificativa. Após a aprovação, será publicada portaria específica, formalizando a habilitação e, na seqüência, o município tem prazo de 30 dias para enviar o Termo de Adesão ao Programa e indicar a referência técnica, ligada à gestão municipal, para acompanhamento da implantação e gestão do Programa na cidade. Além disso, o município torna-se responsável pelas ações de saúde mental na rede de serviços de saúde que atendam às demandas dos beneficiários (BRASIL, 2007b).

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

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

controle social e a fiscalização da execução do Programa serão realizados pelas instâncias do SUS (BRASIL, 2003a).

O Ministério da Saúde considera este Programa como uma “das estratégias mais potencializadoras da emancipação de pessoas com transtornos mentais e dos processos de desinstitucionalização e redução de leitos nos estados e municípios”, pois se trata de um dos principais mecanismos no processo de reabilitação psicossocial, na medida em que intervém, de forma significativa, no poder de contratualidade social dos beneficiários, possibilitando o aumento de sua autonomia (BRASIL, 2005, p 12).

O Programa “De Volta para Casa” é amparado pelas Portarias nº 106 e nº 1.220, as quais criaram, em 2000, os Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2004a), como iniciativas para desinstitucionalização e instrumentos para as políticas de saúde mental, com objetivo de superação das instituições psiquiátricas e das internações de longa duração (MÂNGIA; ROSA, 2002). Ampara-se, também, na Lei nº 10.216/2001, a qual dispõe “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2004b, p.17).

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

o paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida (BRASIL, 2004b, p. 18).

Assim, os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa “De Volta para Casa” são duas estratégias distintas de desinstitucionalização, porém associadas

enquanto diretrizes políticas de construção do processo de reinserção social de pessoas egressas de instituições psiquiátricas.

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

No Brasil, existem 447 municípios habilitados nesse Programa (BRASIL, 2007c) e um total, até agosto de 2007, de 2.741 beneficiários. No entanto, a estimativa era expandir a até 14 mil pessoas, no período de 2004 a 2007, mas esse planejamento foi prejudicado devido às dificuldades e resistências para a implementação no plano local e ao não cumprimento, por parte do Governo Federal, de diretrizes políticas de campanha no sentido de reverter o modelo econômico e social em vigência no país e aumentar o investimento em políticas sociais (VASCOCELOS, 2006).

Para tanto, a proposta do Ministério da Saúde é agilizar o processo de desinstitucionalização de pacientes de longa internação em todo o Brasil, com a construção de 1000 novas residências. Esta possibilidade foi mencionada pelo presidente, Luís Inácio Lula da Silva, em carta enviada aos beneficiários presentes no I Seminário do Programa “De Volta para Casa, realizado nos dias 08 e 09 de maio de 2007 (BRASIL, 2007a).

O Programa “De Volta para Casa” prevê o acompanhamento dos beneficiários por uma equipe de saúde nos municípios brasileiros, da qual deverá fazer parte, pelo menos, um profissional da área de saúde mental do município, com formação de nível superior, o que não significa substituir os profissionais de referência para as intervenções clínicas específicas. A orientação é de que haja um profissional para cada 15 beneficiários e que as ações dessa equipe tenham, como base, a proposta de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2003a).

O tema da reabilitação psicossocial será abordado para contextualizar as ações da equipe e, para tanto, utilizo a sistematização elaborada por Benedetto Saraceno.

Para Saraceno (2001a, p. 14), trata-se de uma estratégia ética de solidariedade, que “implica muito mais do que simplesmente passar um usuário, um paciente, de um estado de desabilidade a um estado de habilidade, de estado de incapacidade a um estado de capacidade”.

O termo contratualidade assume, na reabilitação psicossocial, uma grande importância e possibilita ao usuário a construção e reconstrução da cidadania em três grandes eixos: habitar, rede social e trabalho. O habitar deve ser uma preocupação e um compromisso da reabilitação psicossocial; não se trata de, simplesmente, ter uma casa, mas oferecer aos usuários um lugar para estar, um espaço com qualidade no habitar, da apropriação do lugar onde se vive e com possibilidades de aumento do poder contratual dessas pessoas (SARACENO, 2001).

O processo de reabilitação psicossocial inclui também a possibilidade de participar de troca ou criar os locais nos quais esta seja possível, ou seja, construir uma rede social. (SARACENO, 2001). Essa rede social pode ser trabalhada pela equipe que acompanha os egressos de instituições psiquiátricas, com objetivo de

criar interações entre os usuários e a vizinhança, as associações de bairro, os centros comunitários, o Serviço Social do Comércio (SESC), ampliando, assim, sua rede de trocas sociais.

O outro eixo discutido por Saraceno (2001) diz respeito à questão do trabalho como possibilidade de produção e troca de mercadorias e valores. Esse autor considera que o trabalho é importante na vida dos usuários e, nesse sentido, há necessidade de direcionar ações de reabilitação para este eixo, mas enfatiza que “o lugar real do trabalho na organização de assistência à doença mental, é bastante precário” (p. 131). Por outro lado, destaca que a desinstitucionalização possibilita a restituição da contratualidade do sujeito, ou seja, por meio de recursos para trocas sociais e, conseqüentemente, a sua cidadania social.

A discussão a respeito dos três eixos: habitar, rede social e trabalho, enquanto estratégias de reabilitação, requer, da equipe que acompanha os egressos dos hospitais psiquiátricos, um trabalho contínuo de suporte no cotidiano, no que se refere às questões relacionadas à convivência com outros moradores, ao convívio com familiares, ao desenvolvimento da independência para atividades diárias, além da grande tarefa de incluí-los a uma rede social e de lazer, aos serviços de saúde oferecidos e, conseqüentemente, promover a conquista da autonomia pelo usuário.

Para Saraceno (2001a), a reabilitação psicossocial deve ser vista como uma tecnologia e também enquanto uma necessidade ética que implica uma política geral de serviços de saúde mental. Para tanto, deve englobar todos os profissionais, os usuários e suas famílias e toda a comunidade.

Considerando que as ações dos profissionais envolvidos no Programa “De Volta para Casa”, em âmbito local, devem se pautar na reabilitação psicossocial,

para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003a), esses técnicos têm as seguintes atribuições:

- ✓ Estar habilitados a garantir o atendimento ao beneficiário em situações de crises, por solicitação do próprio beneficiário, de familiares ou do seu representante legal; realizar visitas a todos os beneficiários sob sua responsabilidade, assim como aos seus familiares (quando for o caso);
- ✓ Mobilizar outros recursos assistenciais, sempre que julgar necessário, e incentivar atividades coletivas de ressocialização, como, por exemplo, trabalho, cultura e lazer;
- ✓ Sensibilizar e orientar pessoas e grupos, no contexto da rede social do usuário, com objetivo de integrá-lo, de forma satisfatória, ao convívio social;
- ✓ Defender o pleno exercício dos direitos civis e políticos do usuário, bem como a discussão permanente dos limites da tutela, acionando, para tal, a assistência jurídica adequada e avaliando a provisão do apoio direto ao beneficiário pelo representante legal, se houver;
- ✓ Submeter ao gestor municipal um relatório trimestral sobre o acompanhamento de cada beneficiário.

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

municipal ou estadual, processar, mensalmente, a folha de pagamento aos beneficiários e constituir Comissão Gestora do Programa (BRASIL, 2003a).

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

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

Nesse sentido, vale ressaltar a importância do papel dos técnicos na implantação e consolidação do Programa “De Volta para Casa” enquanto articuladores, mediadores e avaliadores das ações no território e no contexto da rede social do beneficiário. Além disso, o constante diálogo entre o técnico e a comunidade potencializa o papel de formador de opinião pública.

Para concluir, destaco os esforços para tornar possível esta revisão da literatura, no sentido de contextualizar o Programa “De Volta para Casa”, considerando a inexistência de estudos específicos sobre essa temática.

2.4 O Programa “De Volta para Casa”- a experiência em Ribeirão Preto

Considerando que esta pesquisa aborda o Programa “De Volta Para Casa” em Ribeirão Preto-SP, neste item serão expostos dados demográficos, dados gerais sobre a saúde e a rede de serviços de saúde mental, as experiências de desinstitucionalização que já vêm ocorrendo neste município e a inserção do Programa no referido processo. Para isso, utilizo documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto e relatório quantitativo sobre o Programa neste município, publicado pelo Ministério da Saúde.

O município de Ribeirão Preto foi fundado em 19 de junho de 1856 por pessoas que fizeram doação de terras e também por outras que trabalharam pela localidade. Situa-se na região nordeste do Estado de São Paulo, a 313 km da capital. Os limites da cidade são dados pelos seguintes municípios: ao sul, Guataporá; a sudeste, Cravinhos; ao norte, Jardinópolis; a leste, Serrana; ao oeste, Dumont; a noroeste, Sertãozinho; e, ao nordeste, Brodoswki. Segundo a Fundação do Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) e Censo Populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população, no ano de 2006, era de 559.651 habitantes (RIBEIRÃO PRETO, 2005b).

Segundo a Portaria estadual de nº 2553, de 05 de maio de 1998, o município está habilitado, desde 04/05/1998, como Gestão Plena do Sistema Municipal (RIBEIRÃO PRETO, 2005b). Desta forma, existem alguns serviços que prestam

assistência às pessoas em sofrimento psíquico: um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), um Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas (CAPS-ad), um Ambulatório Regional de Saúde Mental, um Núcleo de Saúde Mental ligado à Unidade Básica Distrital de Saúde Sumarezinho-CSE Cuiabá, um Hospital-Dia, uma Unidade de Atendimento de Urgência, duas Enfermarias em Hospital Geral-Hospital das Clínicas (32 leitos), 80 leitos no Hospital Santa Tereza e 18 residências terapêuticas (RIBEIRÃO PRETO, 2006). No município, os beneficiários do Programa “De Volta para Casa” têm, como referência clínica, o Ambulatório Regional de Saúde Mental.

Para contextualizar o Programa “De Volta para Casa”, faz-se importante pontuar algumas experiências de desinstitucionalização na cidade de Ribeirão Preto, relacionadas à gestão estadual e municipal, as quais vêm ocorrendo desde a década de 1990.

O hospital psiquiátrico, sob administração estadual, implantou o Projeto Moradias Assistidas, desde 1991, juntamente com a reestruturação do espaço institucional. Dessa maneira, foram criadas as primeiras moradias localizadas na cidade, com o nome de Pensões Protegidas. Uma particularidade deste projeto foi a opção do Estado por contratar serviços de uma sociedade filantrópica para administrar essas casas na cidade, por meio de prestação de serviços firmada com a Secretaria de Estado da Saúde e com suporte técnico de um serviço de saúde mental, pertencente à gestão municipal (RIBEIRÃO PRETO, 2005a).

Outro programa desenvolvido por este Hospital é o das residências do Conjunto Habitacional (COHAB), fruto de convênio entre Estado, município e COHAB, por meio de um protocolo de intenções. Assim, alguns moradores

adquiriram a casa própria e não dependem das verbas repassadas pelas instâncias estadual e municipal.

Com a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (Portaria de nº 106/2000), a gestão municipal estimulou a criação de novas moradias no município, porém, com o nome de Residências Terapêuticas. A partir do ano de 2004, com o descredenciamento de leitos de uma instituição psiquiátrica filantrópica e a existência de pacientes em processo de alta do hospital psiquiátrico estadual, e, de forma a atender a essa demanda, foram criadas nove residências (RIBEIRÃO PRETO, 2005a), localizadas em diferentes bairros da cidade, gerenciadas por uma entidade filantrópica.

Assim, no município de Ribeirão Preto, as moradias assistidas⁸ não são todas denominadas Serviços Residenciais Terapêuticos, mas identificadas com os seguintes nomes: Pensões Protegidas, Residências do Conjunto Habitacional (COHAB) e Residências Terapêuticas. Além disso, tais moradias caracterizam-se pela articulação entre o poder público estadual e municipal com entidades filantrópicas, com exceção das residências da COHAB. Durante o período de realização desta pesquisa, todos os usuários vinculados a estes serviços eram beneficiários do Programa “De Volta para Casa”.

O financiamento das Pensões Protegidas é realizado por meio do repasse da Secretaria Estadual da Saúde – SP a uma entidade filantrópica que as gerencia. Já o financiamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos é realizado por meio do repasse do município para outra instituição filantrópica, a qual administra estes serviços. Trata-se de um contrato de serviços dessas instituições filantrópicas, resultado de uma opção, tanto do Estado, quanto do Município.

⁸ Apesar dessa configuração, neste trabalho estas diferentes moradias assistidas serão tratadas como residências terapêuticas.

Essas entidades filantrópicas realizam a seleção e contratação de cuidadores para auxiliar os moradores das Pensões Protegidas e Serviços Residenciais Terapêuticos no desenvolvimento das tarefas domésticas. A carga horária de trabalho dos cuidadores é estabelecida em diferentes turnos, de acordo com as necessidades dos moradores.

No que se refere aos moradores das casas do COHAB, não há cuidadores para ajudá-los nas tarefas domésticas, pois não há repasse de verbas. Os usuários mantêm suas casas com dinheiro advindo do Programa “De Volta para Casa” e Benefício de Prestação Continuada (BPC).

O Programa “De Volta para Casa” foi inserido nesse processo de desinstitucionalização no município a partir de 31/10/2003, de acordo com a Portaria de nº 2079/GM, (BRASIL, 2003b), sendo a primeira a habilitar, inicialmente, 15 municípios para cadastramento junto ao Programa, dentre eles, Ribeirão Preto.

Segundo dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto sobre o relatório do Programa “De Volta para Casa”, gerado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), estavam cadastrados no Programa, até dezembro de 2007, 92 beneficiários (BRASIL, 2007e), dos quais 50 eram homens e 42 mulheres; todos egressos de instituições psiquiátricas.

Desse total de beneficiários, 38 usuários (21 homens e 17 mulheres) eram moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos (8 residências); 35 (10 casas) moradores das Pensões Protegidas (19 homens e 16 mulheres); 5 (2 homens e 3 mulheres) residiam em 3 casas da COHAB (Conjunto Habitacional), e 14 (8 homens e 6 mulheres) retornaram à família de origem.

Quadro 1: Beneficiários do “Programa de Volta para Casa”

Programa “De Volta para Casa”	Serviços Residenciais Terapêuticos	Casas da COHAB	Pensões Protegidas	Retornaram à família de origem	Total de beneficiários
Homens	21	2	19	8	50
Mulheres	17	3	16	6	42
Beneficiários	38	5	35	14	92

Fonte: Pesquisa de campo e Ministério da Saúde (BRASIL, 2007e).

Além do benefício do Programa “De Volta para Casa”, os usuários também recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC), garantido pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), no valor mensal de R\$ 380,00 por pessoa.

O Programa “De Volta para Casa” apresenta critérios de adesão, sendo um deles a composição de uma equipe de saúde, responsável pelo Programa na instância municipal. Portanto, em Ribeirão Preto, os participantes da equipe que acompanham os beneficiários no município são pessoas vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde e representantes de sociedades civis filantrópicas, em um total de quatro pessoas.

Percurso Metodológico

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

A presente pesquisa é de natureza descritivo-exploratória, inserindo-se no campo das pesquisas qualitativas. A escolha pela investigação qualitativa implica considerar que este tipo de metodologia contribui para ponderar sobre o objeto de estudo, no sentido de analisar a realidade social e, ao fazer essa análise, procura refletir profundamente sobre o universo dos significados das ações e relações humanas, bem como responder à questões muito particulares, as quais não podem ser quantificadas (MINAYO et al., 2004).

O principal foco do estudo descritivo consiste no desejo de conhecer uma determinada realidade, bem como suas características e seus problemas (TRIVIÑOS, 1987). Neste trabalho, descrevo os fatos e fenômenos relacionados a uma dada realidade de profissionais da área de saúde mental a respeito do Programa “De Volta para Casa”.

Para Gil (2002), o objetivo do estudo exploratório é o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições, com planejamento flexível, de modo a possibilitar a consideração dos mais variados aspectos relacionados ao tema em estudo. Assim, também considero esta pesquisa um estudo exploratório, na medida em que me dirijo, enquanto pesquisadora, a um grupo específico, buscando explorar um campo ainda pouco abordado.

3.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada na cidade de Ribeirão Preto-SP. Os dados foram coletados junto a profissionais de três diferentes instituições⁹: um serviço de saúde mental e duas instituições filantrópicas.

3.3 Sujeitos

Os sujeitos escolhidos para compor este estudo foram pessoas com experiência de gestão (implantação e desenvolvimento) do Programa “De Volta para Casa” e atores privilegiados com informações sobre as ações políticas e práticas pertinentes ao Programa. O critério para seleção dos sujeitos foi, primeiramente, considerar sua vinculação direta com o Programa.

Inicialmente, me dirigi ao serviço de saúde mental do município ao qual o Programa está vinculado, de forma a explicar o estudo e seus objetivos. Solicitei à coordenadora informações acerca dos possíveis sujeitos para compor este estudo e, de acordo com ela, algumas pessoas já não faziam mais parte, pois ocorrera uma recomposição da equipe de saúde do Programa, em 2005.

Assim, quatro pessoas faziam parte da equipe de saúde e gerenciavam o Programa. Dessas, duas trabalhavam no serviço de saúde mental, outra era o coordenador das Pensões Protegidas, vinculado a uma entidade filantrópica, e, por último, o coordenador dos Serviços Residências Terapêuticas, também vinculado a outra entidade filantrópica. Desses sujeitos, solicitei, a dois deles, que discorressem sobre o período de implantação do Programa, visto que participaram desse processo

⁹ Como procedimento ético, o nome das instituições participantes foi mantido em anonimato.

e poderiam, assim, contribuir com informações relevantes para este estudo. Embora não fizessem mais parte da equipe de saúde da coordenação atual do Programa “De Volta para Casa”, foram incluídas, neste estudo, duas pessoas que participaram da implantação do Programa no município, em 2003.

Dessa forma, foram selecionados seis sujeitos para esta investigação, cabendo ressaltar que a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para expressar sua representatividade, mas na vinculação do sujeito com o assunto pesquisado (MINAYO et al., 2004). Logo, não há um número pré-determinado de sujeitos, pois a quantidade é substituída pela intensidade, pela imersão profunda, não se apoiando, portanto, na expressividade numérica (GOLDENBERG, 1999).

Das seis pessoas selecionadas, cinco possuíam nível superior e uma o segundo grau completo; cinco eram do sexo feminino e uma do masculino. O tempo médio de vinculação ao Programa “De Volta para Casa” variou de dois a quatro anos.

Por meio de contato telefônico foram convidados a participar da pesquisa os seis sujeitos que compuseram o estudo.

3.4 Instrumento para coleta de dados

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, com o objetivo descrever e analisar um dado processo, a opção pela entrevista foi a mais adequada. A elaboração de uma entrevista semi-estruturada, em especial, me aproximou dos sujeitos de modo a favorecer a possibilidade de conhecer a realidade do Programa “De Volta para Casa”, a partir dos discursos dos participantes a respeito do processo de implantação e implementação na cidade de Ribeirão Preto.

A entrevista semi-estruturada é um recurso para coleta de informações que possibilita a combinação de perguntas fechadas e abertas, permitindo, ao entrevistado, “discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condição prefixadas pelo pesquisador” (MINAYO, 2000, p. 108).

A entrevista foi elaborada com base em seis perguntas, com o propósito de permitir a livre expressão dos participantes a partir do tema da pesquisa. O conteúdo do roteiro enfocou a implantação do Programa e seu desenvolvimento (Apêndices A e B).

3.5 O procedimento de coleta de dados

Em maio de 2007, enviei, para a apreciação do coordenador de saúde mental do município de Ribeirão Preto, o projeto de pesquisa, a folha de rosto para apresentação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para posterior assinatura do Secretário Municipal de Saúde, e uma carta solicitando autorização institucional para o desenvolvimento da mesma.

Após o consentimento do Secretário Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, a proposta foi enviada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, em 03 de junho de 2007 e sua aprovação ocorreu em 12 de julho de 2007 (Anexo A).

Dessa maneira, iniciei uma aproximação gradual com os participantes da pesquisa por meio de encontros periódicos, com o objetivo de apresentar a proposta, seus objetivos, os procedimentos, deixando clara a opção de aceitarem ou não a participar do estudo. As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos entrevistados e o tempo aproximado de duração foi de uma hora.

Todos os seis sujeitos se dispuseram a contribuir com a pesquisa. Nesse sentido, considero que o contato inicial auxiliou na dinâmica das entrevistas realizadas, principalmente no que se refere ao desenvolvimento de uma relação de confiança entre entrevistador e entrevistado, o que, para Minayo (2006), é um aspecto fundamental na pesquisa qualitativa.

De acordo com os critérios éticos, regulamentados pela Resolução de nº 196/96 (BRASIL, 1996) as seis entrevistas foram gravadas, após permissão dos sujeitos. Vale ressaltar que, antes de iniciar as entrevistas, esclareci a todos que a participação era opcional e realizamos a leitura conjunta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e também das questões a serem respondidas (Apêndices A e B). Para isso, foram fornecidas explicações acerca da pesquisa e acordada a devolução das transcrições das entrevistas para eventuais esclarecimentos de dúvidas.

O período de realização da coleta de dados ocorreu de setembro de 2007 a janeiro de 2008.

3.6 Procedimentos para análise dos dados

Os dados foram analisados de acordo com o método operativo proposto por Minayo (2006), definido em três fases: a ordenação dos dados, a classificação de dados e a análise final. Essa proposta considera a questão da compreensão do contexto sócio-histórico dos sujeitos e a empírica, na qual se busca apreender “as conexões que a experiência empírica mantém com o plano das relações essenciais” (MINAYO, 2006, p. 354).

Na primeira etapa de análise, realizei a ordenação dos dados (transcrição literal das entrevistas, leitura do material, organização dos dados), de forma a possibilitar a ordenação em categorias.

Na fase de classificação dos dados, realizei a leitura exaustiva e repetida dos textos, na busca por apreender as estruturas relevantes e identificar as idéias centrais geradoras das temáticas. Os roteiros foram numerados em algarismos arábicos, segundo a ordem de ocorrência das entrevistas, o que permitiu o anonimato dos sujeitos, bem como o tratamento dos dados.

Foi realizada uma cópia de cada entrevista e, durante a leitura exaustiva, foram assinalados, com canetas de diferentes cores, recortes das falas dos sujeitos, a fim de identificar possíveis categorias de análise. Na etapa seguinte, fiz uma leitura transversal, recortando cada texto, em termos de unidade de sentido.

Na análise final, as categorias que emergiram foram discutidas à luz dos referenciais teóricos, os quais subsidiaram a elaboração desta pesquisa.

Como procedimento de padronização, as entrevistas foram identificadas por meio de abreviaturas entre parênteses, como, por exemplo, Entrevista 1= (E.1), e, assim, sucessivamente. Para pessoas citadas ao longo das entrevistas, manteve-se o anonimato.

É pertinente destacar que, na discussão dos resultados, foi elaborado um histórico sobre como a implantação ocorreu no município de Ribeirão Preto, segundo a visão dos sujeitos. As categorias de análise construídas estão explicitadas nos Resultados e Discussão, próximo item desse estudo.

Resultados e Discussão

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Processo de implantação do Programa “De Volta para Casa” no município de Ribeirão Preto.

As ações de desinstitucionalização no município de Ribeirão Preto vêm ocorrendo desde 1992, com a criação das Pensões Protegidas e, posteriormente, dos Serviços Residenciais Terapêuticos. O Programa “De Volta para Casa” insere-se nesse processo de pensar essas novas práticas de cuidado dirigidas à pessoas com internação de longa permanência.

Algumas residências vinculadas à gestão municipal foram implantadas após a criação da Portaria nº 106/2000, porém, no município, a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos foi intensificada a partir da discussão sobre o fechamento de uma instituição asilar. Essa discussão coincidiu com a divulgação da portaria do Programa “De Volta para Casa”, a qual foi incorporada a esse processo.

No período da divulgação desse Programa em Ribeirão Preto, a equipe do serviço ambulatorial não obteve informações sobre sua operacionalização e funcionamento porque desconhecia sua proposta, objetivos, havendo muitas dúvidas, principalmente para quais pacientes ele era destinado - para os que iriam residir com a família ou para os moradores das residências terapêuticas.

As informações, quando recebidas, eram muito conflitantes e referentes ao acúmulo ou não dos benefícios. A fala abaixo expressa as dificuldades em obter as informações relacionadas ao Programa:

(...) informações, principalmente do Estado, porque eu tinha pouco contato com o Ministério. Porque o contato principal era com o órgão estadual aqui em Ribeirão e esse órgão trazia as informações, porém não sabia dizer muito como as coisas iam funcionar. Então, a princípio, se falava que não era para pacientes das residências terapêuticas, era pra paciente que ia sair pra ir morar com a própria família, com as famílias. Então, a gente achava que não ia servir pra gente no primeiro momento, depois a informação que veio é que não, podia ser usado pra residência terapêutica, mas o paciente perderia o LOAS. Ele não poderia ter dois benefícios, ele teria um benefício só, ou o “De Volta para Casa” ou ele teria o LOAS. Aí, a gente também ficou meio em dúvida, então, qual que é melhor se o LOAS ou “De Volta para Casa”, vai perder um pra pegar outro, melhor um pássaro na mão que dois voando...a gente ficava com essa dúvida, né ? Aí, nós discutíamos muito isso se valeria a pena abrir mão do LOAS, aí, a gente achou que não valeria abrir mão do LOAS e ficar com o “De Volta para Casa”; melhor ficar com o LOAS e só o paciente que não conseguisse o LOAS, a gente ia dar entrada no “De Volta para Casa” (E.6).

É importante esclarecer que as pessoas em sofrimento psíquico têm o direito de receber o Benefício de Prestação Continuada¹⁰ (BPC). Entretanto, não é necessário interditá-las, exceto nos casos em que não tenha a menor condição de exercer seus direitos civis. O Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) é o órgão responsável pela realização da perícia médica para comprovar se a pessoa, para a qual está sendo solicitado o benefício, encontra-se, de fato, dentro dos critérios estabelecidos pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS).

Cabe dizer que a maioria dos moradores das residências terapêuticas no município já possui o BPC, pois, durante o processo de alta da instituição psiquiátrica hospitalar, já havia sido providenciada a documentação necessária para recebimento desse benefício.

Assim, mesmo com todas as incertezas sobre o Programa, o coordenador de saúde mental do município de Ribeirão Preto, encaminhou, na época, ao Ministério da Saúde, a documentação necessária para adesão ao Programa, o qual foi implantado em 31/10/2003, de acordo com a Portaria GM de nº 2079/2003. O apoio do gestor, naquele período, foi importante para essa adesão.

¹⁰ A Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) prevê que o valor é de um salário mínimo, não restrito aos portadores de transtornos mentais, mas destinado às pessoas incapacitadas para exercer as atividades laborativas ou que recebem uma renda inferior a ¼ do salário mínimo.

O relato abaixo reafirma as dúvidas a respeito da acumulação dos benefícios e explicita os meses de espera entre a adesão e o cadastro oficial dos possíveis beneficiários, decorrentes da falta de informações pontuais referentes ao Programa:

(...) A gente fez o cadastro oficial, ou seja, o Termo de Adesão do município. Só que ficava aquela eterna dúvida, será que o usuário que pleiteia o Programa, o benefício, ele perderia o BPC, o auxílio que ele tinha pelo INSS? essa era nossa grande dúvida. Então, nós fizemos o pleito, cadastramos o município. Mas, no ano de 2004, a gente não pediu nenhum benefício, até que novembro ou outubro nós fomos para Paracambi num encontro¹¹ das residências terapêuticas. Lá, nós soubemos que já existia uma Lei que dizia que podia ser acumulativo o benefício do INSS junto com o “De Volta para Casa” (E.1).

Embora a fala refira-se a uma Lei, ressalto não se tratar de uma lei específica para esclarecer tal dúvida, mas de um ofício circular do Ministério da Saúde, datado de 28 de julho de 2004, o qual esclarece que, para a acumulação do BPC, com o auxílio reabilitação psicossocial do Programa “De Volta para Casa”, não havia obstáculo legal, dadas as características indenizatórias, de provisoriedade e de assistência à saúde do Programa, sendo sua continuidade assegurada pelo próprio orçamento do Ministério da Saúde.

Mesmo após a adesão ao Programa, não havia sido designada nenhuma equipe para coordená-lo. Apenas após a divulgação do ofício circular, decorridos aproximadamente seis meses, é que foi indicada uma equipe responsável pelo gerenciamento, composta por pessoas vinculadas à entidades filantrópicas e ao serviço ambulatorial:

(...) Então, decidimos que quem já administrava as residências terapêuticas iria administrar o “De Volta para Casa” (E.6).

Quando as questões incertas a respeito do Programa foram esclarecidas no final de 2004, o processo de cadastramento começou a ser realizado; todos os

¹¹ I Encontro Brasileiro sobre Residências Terapêuticas, realizado no período de 23 a 25 de setembro de 2004, em Paracambi – RJ.

usuários das residências terapêuticas foram cadastrados, inclusive as pessoas que estavam em processo de alta do hospital e que iriam residir, com suas famílias em outros estados, como por exemplo, na Bahia, no Paraná, dentre outros. Atualmente, o cadastro de usuários ao Programa é permitido somente para quem vai residir em Ribeirão Preto e municípios circunvizinhos, respeitando a abrangência regional. A fala abaixo explicita o início do processo de cadastramento dos possíveis beneficiários:

(...) Então, o primeiro processo foi feito todo aqui no (serviço ambulatorial), o preenchimento das fichas, depois nós fomos abrindo as contas no banco, juntamente com outros técnicos que são da Residência Terapêutica e da Pensão Protegida. (...) E, assim, no início, nós preenchemos mais ou menos 80 fichas, eram o tanto de moradores que já estavam em residências (terapêuticas e Pensão Protegida), fora os que estavam indo pra família, que muitos que estavam indo pra família, foi tudo preenchido aqui no (serviço ambulatorial), com acompanhamento nosso. (...) Nós ficamos quase uma semana só fazendo este preenchimento, porque muito minucioso, são números, o nome da mãe era muito importante, não podia ir nada, nada errado (E.2).

No decorrer do processo de cadastramento, algumas dificuldades foram surgindo com relação à documentação, à abertura das contas e ao preenchimento das fichas. Inicialmente, a equipe responsável pelo Programa organizou um mutirão, junto aos possíveis beneficiários, com o objetivo de conferir a documentação dos usuários e cadastrá-los para receber o Cartão Nacional de Saúde (CNS), requisito básico para o cadastramento. Esse Cartão visa a identificação individualizada dos usuários ao Sistema Único de Saúde e, assim, busca viabilizar o acesso ao mesmo (BRASIL, 2002). A fala abaixo comenta sobre o mutirão:

(...) No início foi difícil porque os usuários não tinham toda a documentação exigida e tivemos que fazer um mutirão, todos, ninguém sabia direito como fazer o cadastro. Quando a gente teve certeza que o que o Ministério, o que ele pedia pra cadastrar usuários, na época ele pedia o cartão SUS e a maioria desses usuários nossos não tinha o cartão SUS ainda. Então, nós tivemos que marcar dois dias no (serviço de saúde mental), marcar todos esses usuários no mesmo dia, acertar com o pessoal da Secretaria Municipal de Saúde, vir cadastrar o usuário no cartão SUS, pra depois a gente poder entrar com o Programa (E.1).

Após o mutirão, o segundo passo foi a abertura das contas apenas no banco determinado pelo Ministério da Saúde. Como exigência para receber o benefício do Programa “De Volta para Casa” ainda se fez necessária a abertura de uma conta especial de número 023, na Caixa Econômica Federal, destinada somente ao recebimento de benefício social, não se caracterizando, portanto, como conta-poupança.

No processo de abertura das contas, a equipe encontrou ainda algumas dificuldades devido à exigência da abertura de uma nova conta para recebimento do auxílio, mesmo para aqueles que já possuíam outra conta no banco. Essa questão emergiu nas falas:

(...) A abertura dessas contas foi difícil, tinha que ser uma conta aberta, separada, não era a conta que o usuário tinha; muitas vezes, o usuário tinha conta no próprio banco e não podia ser aquela conta, segundo a orientação (E.1).

A única dificuldade, o que se pode chamar de dificuldade, é que foi limitado que a conta deveria ser na Caixa Econômica Federal e não poderia ser conta-poupança, era uma conta específica 023, o tipo específico e essa conta, ela gera um problema para gente no sentido que ela tem um limite de valor pra permanecer na conta, pode ficar até mil reais (R\$1.000,00), mais que isso, não (E.4).

Outra dificuldade encontrada no processo de abertura das contas foi a exigência, por parte do gerente, de interditar o usuário, alegando sua incapacidade para administrar o auxílio-reabilitação psicossocial. Os depoimentos a seguir verbalizam esse obstáculo:

(...) um gerente que tinha na época, nem sei se ainda está lá, ele nos ajudou porque como eles são analfabetos, não poderia estar abrindo conta, eles precisavam ser todos curatelados (E.2).

(...) Nós tivemos um grande problema que foi com o banco para a abertura das contas. Nós tivemos um gerente aqui o banco central daqui da cidade, que foi muito (...), aceitou de que a gente levasse o usuário lá, fizesse o cadastro, fizesse tudo. Mas por outro lado, logo ele saiu de férias e o que assumiu queria que a gente fizesse uma interdição do usuário pra conseguir o processo. Interditar ele (usuário) dizendo que ele não era capaz pra gente poder resolver as coisas que tivessem com do “De Volta para Casa”. Porque

muitos deles não sabem ler e escrever, então na hora de você cadastrar a senha, cadastrar tudo, sempre tinha um técnico junto (...). Mas o Gerente achava que isso era um absurdo, se eles não tinham condições, então tinham que ser interditados. Então, foi uma luta mostrar pra ele que eles tinham uma cidadania, apesar de não saber ler e escrever, de serem ex moradores de hospital. Isso foi muito difícil, mas a gente conseguiu, porque logo em seguida volta o gerente, o que a gente tava acostumada e que aí o processo avançou (E.1.)

Além de reafirmar essas dificuldades, a fala abaixo expressa, sobretudo, um esforço para esclarecer os gestores da instituição financeira sobre a nova concepção a respeito da cidadania do beneficiário, em contraposição à visão de tutela.

(...) Muito fora do contexto (processo de interdição), foi uma briga de ter que levar para o banco o porquê a cidadania, levar um pouco da história de saúde mental. A história desses usuários pra eles entenderem; mesmo assim, depois que a gente cadastrou esses primeiros que foi aceito (...). Então, você percebe que os próprios gerentes do banco, perante um Programa Social, estavam desinformados disso. (...) o primeiro dia que nós marcamos no banco, nós marcamos às 9 da manhã pra cadastrar as contas e eu lembro que quando o gerente viu chegar aquela enorme quantidade de pessoas, a maioria mostrando que realmente eram pacientes psiquiátricos, que tem todo aquele prejuízo, toda aquela dificuldade, ele ficou muito assustado e queria colocar a gente no segundo andar do banco. Não queria que a gente ficasse na sala de atendimento do banco. No final, nós conseguimos, mas foi um processo que deu muito medo. A gente tinha até já acionado, já tinha ido procurar o promotor da cidadania, que na época era da deficiência (...) pra conversar com eles que talvez a gente tivesse que levar o gerente do banco lá (E.1).

Posteriormente, realizados os esclarecimentos junto ao banco sobre a importância da abertura das contas para recebimento do benefício, foi necessário ir à casa de alguns usuários, os quais não haviam comparecido ao mutirão para conferir a documentação. Então, esse processo foi viabilizado de modo coletivo, simultaneamente, tanto no próprio banco, como na casa dos usuários, conforme a fala abaixo:

(...) Foi feita uma negociação com o banco, agência do centro aqui de Ribeirão e como tinha um prazo definido para poder ser encaminhado essas contas, então foi uma parceria, vamos chamar assim, de uma parceira, que o banco abriu um precedente para que a gente abrisse essas contas ao mesmo tempo. Então, a gente fez todos nos trâmites burocráticos, mas no sentido coletivo. Não foi cada morador abrindo sua conta; eles abriam, mas assim, nós éramos o meio para poder estar fazendo isso. Então, nós pegamos os papéis, nós levamos ao banco, foi até a casa colher a

impressão, a assinatura digital. O banco foi até a casa de alguns, outros nós trouxemos. Foi assim, foi uma emergência, o que era mais viável para o momento (E.4).

Com relação à representação legal do beneficiário, não foi necessária nenhuma indicação de representante, no momento da abertura das contas:

No nosso caso não (da representação legal). Se teve, foram poucos. A maioria, eles abriram conta no nome deles mesmos, por conta deles (E.6).

Eles (beneficiários) são os representantes legais; não tinha ninguém sendo representado por eles (E.1).

Após a abertura das contas, a equipe de saúde encontrou outras dificuldades com relação ao preenchimento do cadastro dos usuários junto ao Programa “De Volta para Casa”, principalmente porque esta equipe não havia recebido nenhuma orientação sobre como preencher as duas fichas de cadastramento do beneficiário (Anexos B e C). Os municípios vizinhos, como Casa Branca e Santa Rita do Passa Quatro, que possuem Serviços Residenciais Terapêuticos, já haviam realizado o cadastramento dos moradores ao Programa e, assim, ajudaram a equipe do Programa em Ribeirão Preto nesta tarefa.

O relato abaixo esclarece que as instruções referentes ao Programa não chegavam ao município, havendo dificuldades com alguns dos itens das fichas:

(...) Não vieram (informações). Tinha muita pouca coisa no site, não tinha quase que nada no site, no final de 2003, não tinha nada, não tinha. Casa Branca tinha feito de uma forma, sabia mesmo se tinha conseguido tirar os dois formulários e tinha que preencher o formulário e aí você não sabia direito como preenchia, e aí alguém de SP mandou uma instrução de como que punha os códigos aqui. Por ex.: existia um código chamado CBO-R, que depois nós fomos descobrir que era qual é a profissão do usuário nesse código e, nossos usuários, a maioria não tinham profissão. Não veio instrução de que raça e cor é número. Aí, é a tal história, eles pediam coisas. Isso aqui nem havia saído, o manual “De Volta para Casa”, quando chegou à nossa mão, a gente já tinha feito. A gente só recebeu isso aqui em Paracambi (E.1).

Outra questão fundamental decorrente das dificuldades para obter informações nesse processo de cadastramento foi a falta de distinção, por parte da equipe, entre o Cartão Nacional do SUS e o Número de Identificação Social (NIS), que consistia em um item do Cadastro Complementar do Programa. Atualmente, o NIS já não faz parte da ficha atual de cadastramento. A fala abaixo diz respeito a essa questão:

(...) E o NIS, porque, no começo, a gente não sabia o que era, então a gente achava que era o cartão SUS. Então, a gente cadastrou todo mundo no cartão SUS, coisa que não era necessário fazer. Nós não tínhamos orientação e não sabíamos que esse NIS era o número gerado por eles (Ministério da Saúde), então, o que acontece, no formulário de cadastramento do usuário, nós não sabíamos e marcávamos o número do SUS. Não sabia o que era esse NIS, largávamos em branco, mas a gente, no começo, marcava cartão SUS. Fizemos o mutirão pra cadastrar o cartão SUS, porque a gente achava que era necessário. A falta de informação nos levou a fazer o cadastro do cartão SUS. Além da abertura do mutirão pra ver a documentação, pra ver as aberturas das contas, nós também fizemos mutirão pro cadastro do cartão SUS. Nós não sabíamos o que era esse NIS (E.1).

Após o cadastramento de todos os beneficiários junto ao Programa, o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) gerou uma listagem com todos os nomes, porém havia erros como duplicação dos nomes e das datas de nascimentos, conforme revela a fala abaixo, apontando suas conseqüências:

(...) Os nomes saíram super trocados, saíram duplicados, teve mulheres que, dependendo de quem cadastrou aqui, teve mulher que saiu com nome de homem no cadastro de usuário. Então, gerava o pagamento de uma pessoa que não existia, tivemos muita dificuldade com isso, foram dez ou nove usuários que aconteceu isso (...). Aí que a gente foi acertando e mandando pro Ministério (E.1).

Em 2005, foi realizada a renovação de todos os beneficiários cadastrados junto ao Programa. Não houve, nesse período, a suspensão do benefício, pois não ocorreu reinternação igual ou superior a 30 dias:

(...) No primeiro ano de renovação que teve, foi em 2005. Primeiro ano de recadastramento, que também ficou muito mal orientado pelo Ministério como deveria ser feito: eu recadastrei todos que a gente tinha iniciado o processo e aqueles (beneficiários) que estavam longe (E.1).

Do exposto, a implantação do Programa “De Volta para Casa”, no município de Ribeirão Preto, foi considerada positiva, uma vez que todos os moradores das residências terapêuticas e usuários, em processo de alta, que iriam residir com suas famílias, foram cadastrados, conforme a fala abaixo:

(...) Eu lembro que a gente já tinha cadastrado 90 e tantos, porque mesmo usuário que não fosse residir em Ribeirão, tava saindo do hospital (instituição psiquiátrica estadual), nós tínhamos a orientação do Ministério da Saúde que, se no município que ele iria morar não tivesse o “De Volta para Casa”, para nós cadastrarmos ele aqui em Ribeirão (E.1).

Contudo, a implantação foi realizada com muitas dificuldades, relacionadas à operacionalização do Programa, como a abertura das contas. Nestes casos, emergiu a questão jurídica dos usuários, a realização do cadastramento para recebimento do Cartão Nacional de Saúde (CNS) como um processo desnecessário, informações insuficientes e o próprio preenchimento das fichas para cadastro que, na sua primeira versão, ainda apresentou problemas.

Diante destas questões, saliento a importância do planejamento para operacionalizar tal política, principalmente por meio de articulações entre o Ministério da Saúde e as instâncias estadual e municipal, que deveriam manter um diálogo constante, com objetivo de respaldar os profissionais diretamente envolvidos com a implantação do Programa.

Atualmente, é possível ter acesso ao manual do Programa “De Volta para Casa”, publicado em 2003, no qual constam seus objetivos, as atribuições das diferentes instâncias, como deve ser a atenção continuada ao beneficiário, a renovação do benefício, o controle e avaliação do Programa. Outra publicação

importante encontra-se no site do Ministério da Saúde, intitulada “passo a passo para o cadastramento de beneficiários no Programa “De Volta para Casa”, descrevendo os caminhos para a habilitação, adesão e cadastramento dos beneficiários.

A seguir, passarei à discussão dos temas de análise.

4.2 O uso do auxílio reabilitação psicossocial

O uso do auxílio reabilitação psicossocial foi um tema que emergiu freqüentemente nos discursos dos sujeitos. No primeiro momento, não estava claro, para a equipe de saúde sobre o uso do benefício, pois os moradores já recebiam o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e todas as despesas das Pensões Protegidas e Serviços Residenciais Terapêuticos já eram supridas por financiamento próprio, exceto as casas da COHAB. Assim, uma das possibilidades de uso desse benefício era a compra de uma casa própria para os beneficiários e, para tanto, o dinheiro era depositado em conta-poupança, em nome do beneficiário, conduta esta não consensual entre os membros da equipe de saúde.

(...) A princípio, quando nós fazemos o PTI, que é o Projeto Terapêutico Individual¹², nosso pensamento é que no futuro eles pudessem estar morando numa residência própria supervisionada, mas uma residência própria (E.2).

Em minha opinião, o projeto é excelente desde que eles (equipe) dão liberdade de uso desse dinheiro porque, se for pra ficar só na poupança, então não tem necessidade; então, eu acho assim que o morador devia ter toda liberdade porque o dinheiro vem pra ele, pro uso dele, pra ser usado nas suas necessidades. Eu acho que esse dinheiro não é para ser guardado, não é pra ficar escondido. Esse dinheiro é pra ser usado, para ajudar dentro de casa (E.3).

¹² O Projeto Terapêutico Individual (PTI) tem como principal objetivo particularizar a atenção oferecida aos usuários, contrapondo-se à tradicional coletivização de planos e ações que sempre organizavam o funcionamento das instituições psiquiátricas (FURTADO, 2001).

O Programa “De Volta para Casa” propõe a reinserção social do usuário e essa decisão inicial dos membros da equipe de saúde sobre a compra de uma casa parece não ter sido um processo discutido de forma coletiva com os beneficiários, mas realizado de maneira unilateral.

Considerando que a maioria dos usuários não tem famílias, tendo passado pelo longo processo de institucionalização e sendo formada por pessoas que necessitam de cuidados contínuos, a aquisição de um patrimônio é algo complexo no que se refere ao aspecto jurídico, assim como em relação ao acompanhamento desses moradores e a própria manutenção das casas.

Nesse sentido, a equipe de saúde reavaliou o seu posicionamento sobre a compra da casa própria. Os beneficiários tinham reserva de dinheiro na poupança e, então, foi realizada uma reunião para discutir o uso deste benefício. Um dos aspectos decisivos que contribuiu para refletir sobre a utilização do dinheiro foram as próprias condições em que se encontravam esses usuários. Eram pessoas que passaram a maior parte de suas vidas confinadas, sem liberdade de expressão, sem direitos à cidadania. Além disso, as fragilidades inerentes ao processo de envelhecimento foram surgindo, constituindo-se em um aspecto importante a ser considerado, pois, além do sofrimento mental, havia também as questões da velhice:

(...) Mas alguns já estão muito velhos, devido ao tempo de internação que eles ficaram nos hospitais psiquiátricos e eu acredito que eles não tenham condições de estar morando numa residência própria (E.2).

(...) Tem pessoas muito idosas, por exemplo, tem um morador das residências (Serviços Residenciais Terapêuticos) que tem 82, 85 anos de idade, você vai usar o dinheiro pra guardar, pra comprar uma casa? Eu acho que não mais, ele tá bem lá onde ele está, você vai usar isso pra ele usufruir a vida, pra ter conforto, pra passear, pra comprar as coisas que ele precisa, entendeu? (E.5).

Considero importante a reavaliação da equipe nesse segundo momento da execução do Programa; entretanto, o não envolvimento e a não escuta ao

beneficiário sobre as decisões de compra ou não de casas parecem reproduzir o que ele vivenciou na instituição, ou seja, condutas totalmente alheias às situações referentes à sua vida, dependente do outro para tomada de decisões.

Nesse novo redirecionamento, a equipe diversificou o uso do benefício, considerando as necessidades básicas dos moradores, como saúde, alimentação diferenciada, autocuidado e lazer. Portanto, no movimento de execução do Programa, houve um repensar sobre o uso do recurso financeiro direcionado ao contexto da pessoa, somente identificado ao longo do processo. Vários fatores, reconhecidos pela equipe, influenciaram neste movimento, tais como os efeitos da institucionalização de longa permanência, o próprio sofrimento psíquico em si, aliado ao curso natural do envelhecimento e a dependência do outro para o uso dos bens. Tais fatores são desafios importantes no contexto da desinstitucionalização e revelam a necessidade de desenvolvimento de outras formas de cuidado, direcionadas para a abertura de novas possibilidades de vida e de cidadania.

Os relatos abaixo mencionam outras possibilidades para uso do benefício, as quais vão ao encontro de uma das funções da equipe junto ao Programa que é a de incentivar as atividades coletivas de ressocialização, como, por exemplo, o trabalho, cultura e lazer (BRASIL, 2003a).

Então, esse dinheiro, na verdade, atualmente pra eles é só para benefício próprio. O que eles adquirem, eles compram coisas que nunca eles tiveram dentro de um hospital, DVD, som, uma roupa melhor, eles comem melhor, vão ao Shopping, eles estão fazendo muita viagem, eles estão viajando. Então, esse dinheiro tá contribuindo para o bom lazer pra eles (E.2).

(...) Ele pode participar de outras atividades que, sem o “De Volta pra Casa”, ele não faria, como participar de passeios, mais de viagens, ter um atendimento especializado e individualizado (E.4).

Além do uso do dinheiro em atividades como o lazer, alimentação e autocuidado, a equipe mobilizou outros recursos assistenciais, com objetivo de

atender aos usuários em suas necessidades e, assim, melhorar a sua qualidade de vida, o que também é uma das atribuições da equipe de saúde, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003a).

Muitos que têm problemas de saúde, tá sendo usado esse dinheiro pra tá contratando profissionais pra tá ajudando, pois alguns profissionais que não existe na rede, pra que eles tenham uma condição de vida melhor, principalmente na parte da saúde (...) quando nossos usuários saíram do hospital, muitos precisavam de avaliação da fonoaudióloga, da odontologia, de fisioterapeutas. Então, o que foi feito, a rede não oferece e quando oferece é uma lista muito grande, e tinha alguns que tinham condições de ter uma vida melhor se eles tivessem uma avaliação mais rápida. Então, através do PTI, a gente chegou à conclusão, que se eles tivessem uma avaliação com um profissional particular, isso ajudaria. Tanto que muitos já adquiriram aparelho para surdez, óculos, prótese dentária, tudo através desse dinheiro, dessa avaliação que nós precisamos pagar. Não que a rede não oferece, a rede até oferece, só que é uma fila de espera muito grande. Então, alguns precisaram dessa avaliação (E.2).

(...) Que seja usado, assim, pra comprar coisas úteis. Uma coisa que eu me preocupo é com sapato, sapato confortável e não importa que seja caro, sabe? O pessoal, às vezes, se choca: nossa, mas um sapato que custa setenta reais? Eles caem, uma fratura, vai ficar muito mais caro, entendeu? Então, compra um sapato ortopédico, anatômico, ergonômico. Outra coisa, um colchão bom porque não vai dar dor, dor aqui, dor ali, esse tipo de coisa pro benefício da pessoa. Lembrando que ele já está ficando idoso, prevenção de queda é importante, ela precisa de um conforto, tudo isso (E.5).

Esses depoimentos evidenciam o processo de transição de um modelo manicomial tradicional para as propostas da desinstitucionalização, explicitando a condição de desassistência em que se encontravam os usuários nos manicômios, uma vez que várias esferas da saúde integral da pessoa, que extrapolam a própria saúde mental, deixam de ser contempladas. Isso possibilita a reflexão sobre a instituição psiquiátrica, com características segregadoras, baseadas em políticas públicas desarticuladas, o que não propicia efetivas condições para ressocialização do usuário, mas reproduz a segregação e agrava o quadro geral dos sujeitos, caracterizando, como nos diz Basaglia (2005), abuso e violência entre o poder e não poder. A desinstitucionalização se mostra como inversão dessa relação de poder.

Nesse sentido, o Programa “De Volta para Casa” é inovador na vida dessas pessoas, pois apresenta, em sua proposta, a possibilidade de reinserção desses egressos de longa internação. Nas falas dos participantes, são explícitas as contribuições que o Programa trouxe aos beneficiários, uma vez que favoreceu o acesso aos bens de consumo, às atividades de lazer e a determinados recursos, tais como próteses e órteses ¹³. A questão dos bens de consumo é mencionada por Scarcelli (2006) como a ligação com a comunidade e isso parece ser possível por meio do acesso ao mundo do consumo, ou seja, quando há recursos disponíveis para assumir o papel de consumidor, é possível transitar pela cidade; quando estes recursos se esgotam, resta o recolhimento ao espaço privado da casa.

O acesso aos bens e ao lazer denota uma importância para os beneficiários, devido à privação vivenciada na instituição psiquiátrica, com conseqüente ruptura dos laços sociais e sua inserção no mundo do consumo; pode possibilitar o aumento do poder contratual e a participação nas trocas sociais, aspectos fundamentais para reabilitação psicossocial, na qual os profissionais assumem um papel primordial no que se refere à busca da emancipação dessas pessoas em relação ao acesso aos seus direitos de cidadania (ROTELLI et al., 1990).

Outra possibilidade de uso do benefício é o investimento em reforma da casa e aquisição de mobiliários:

(...) A princípio, quando eles pegaram a casa, a casa tava toda detonada, eles já reformaram a casa, eles compraram móveis novos, tudo comprado com o dinheiro do “De Volta para Casa”; atualmente, eles estão pintando a casa (E.2).

(...) Nós tivemos um caso de uma moradora que a gente já tinha certeza que a família não queria e nós usamos o “De Volta pra Casa” em benefício do lar dela, compramos tudo novo! Compramos armário, fogão e sofá. Ela ficou felicíssima (E.3).

¹³ Prótese refere-se à substituição de um órgão ou função, e órtese à um dispositivo de auxílio para a função.

Considero importante o uso do benefício direcionado às ações de melhoria nos espaços das casas, o que pode representar uma reconstrução da cidadania no eixo habitat, de acordo com uma das premissas da reabilitação psicossocial, ou seja, relacionada à idéia de casa (SARACENO, 2001) e ao sentido do morar. Essa ação dos moradores, por intermediação da equipe, é uma das maneiras de se reapropriarem de seus espaços, não no sentido do estar, mas do habitar esse lugar com qualidade.

Ainda em relação ao uso do benefício, ocorreram situações em que o usuário pôde utilizar determinado tipo de transporte, respeitando suas limitações físicas. Entretanto, o ir e vir nos espaços da cidade lhes confere acesso, liberdade e vivência:

(...) Por exemplo, nós temos muitos moradores que, eu acho, sem o “De Volta pra Casa” ele não iria nem a cidade porque tem dificuldade de deambular. E ele só pode fazer isso porque ele pode pegar um táxi, ele pode ir a qualquer outro lugar, Ele ajudou muito isso (o auxílio reabilitação psicossocial), ele deu direitos a essas pessoas que, talvez, eles não poderiam experimentar (E.4).

Em outra situação, o uso do benefício é mencionado para o pagamento de cuidadores¹⁴. O papel exercido por estas pessoas nas casas é realizar o acompanhamento dos moradores devido ao baixo desempenho em atividades de vida diária. Portanto, a necessidade do cuidador justifica-se pelo alto grau de dependência do usuário, como por exemplo, no que se refere à atividades como tomar banho, administrar a medicação e preparar a alimentação. Somente há cuidadores nos Serviços Residenciais Terapêuticos e Pensões Protegidas, pois o

¹⁴ A Portaria nº 106/2000, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos, é complementada pela Portaria nº 1220/2000, a qual institui a atividade profissional do cuidador em saúde para acompanhar os pacientes em residências terapêuticas. Inclui-se, nesse acompanhamento, um conjunto de atividades de reabilitação psicossocial que tenham, como eixo organizador, a moradia, tais como: auto-cuidado, atividades da vida diária, frequência a atendimento em serviço ambulatorial, gestão domiciliar, alfabetização, lazer e trabalhos assistidos, na perspectiva de reintegração social.

dinheiro repassado às instituições filantrópicas já contempla a contratação dos mesmos para o período diurno.

(...) Eu acho que em todas as casas seria importante ter uma pessoa (um cuidador) e usar o benefício "Volta pra Casa" pra pagar a pessoa que fica lá à noite. Como são muito idosos, nós não sabemos o que vai acontecendo. Como foi o caso desse morador que eu citei. Ele passou mal à noite, a diabete dele abaixou muito e se não tivesse uma pessoa lá ele teria morrido. A sorte foi que o vizinho socorreu e nós vimos a necessidade também dessa pessoa passar à noite lá. (...) Nós temos uma casa também que os moradores são muito idosos e nós temos uma pessoa à noite. O próprio morador pediu para que a gente colocasse uma pessoa à noite. Então a (instituição responsável pela administração das Pensões Protegidas) não tem possibilidade de pagar, de custear essa pessoa, esse funcionário à noite, então esse valor é retirado de cada morador uma quantia do "Volta pra Casa" pra pagar esse funcionário (E.3.).

Considerando que a maioria dos beneficiários é idosa e necessita de cuidados contínuos, ou seja, durante 24 horas, é importante que os membros da equipe repensem sobre quem realmente deve pagar esse cuidador: se o morador ou se essa quantia deva ser incluída nas despesas de manutenção das casas, como já é realizado com os cuidadores do período diurno.

Assim, os cuidadores passam a maior parte do tempo com os moradores, tornando fundamental o investimento em capacitação para administrar questões para além dos afazeres domésticos, de forma a serem integrados na discussão sobre aspectos da reabilitação psicossocial, uma vez que todos devem fazer parte desse processo (SARACENO, 2001a). Vale dizer que os cuidadores são pessoas da comunidade e o aproveitamento desse saber permite, ao beneficiário, a exploração dos recursos locais.

Os cuidadores também são orientados e supervisionados quanto ao uso do benefício. Há uma preocupação por parte da equipe de saúde para que o auxílio reabilitação psicossocial seja usado em prol do usuário e, dessa forma, o cuidador deve prestar contas à equipe sobre o destino desse dinheiro.

Apesar da equipe rever a questão da compra de casa própria para os usuários, um casal optou pelo acúmulo do auxílio na conta, com o objetivo de adquirir a sua casa:

Um casal que tá juntando dinheiro a grande custo, que eles têm um sonho de ter uma casa própria, mas eles querem uma casa própria num bom bairro. Um tem dez mil e o outro tem oito mil na poupança. É pra adquirir essa casa porque eles têm desejo de ter uma casa deles. O “De Volta pra Casa”, vem como uma coisa fundamental pra eles, porque juntando “De Volta pra Casa” eles vão conseguir comprar essa casa. Então, eles têm uma meta (E.4).

Alguns entrevistados mencionaram que o auxílio reabilitação psicossocial facilitou a promoção de algumas situações e, sobretudo, permitiu ao beneficiário sonhar em ter a casa própria, juntamente com Benefício de Prestação Continuada (BPC). A maioria dos beneficiários recebe o BPC, o qual faz parte da renda mensal dos moradores. O gerenciamento desses dois benefícios é realizado pela equipe de saúde, a qual não participa de reuniões exclusivas para discutir o Programa “De Volta para Casa” em si; no entanto, os benefícios são abordados quando se discute o Projeto Terapêutico Individual (PTI) dos moradores:

Como o Programa tá dentro da situação do morador, evidente que se discute, mas não necessariamente vamos discutir o “De Volta pra Casa”, o que nós vamos fazer com o “De Volta pra Casa” Não, porque quando esse dinheiro vem, ele passa a fazer parte do montante que o morador tem. Então, a gente sabe separar (E.4).

(...) na verdade, o “De Volta para Casa” é discutido por causa do PTI, nós fazemos um PTI dos moradores e no PTI dos moradores tem os benefícios; então, é discutido o Benefício de Prestação Continuada e o “De Volta para Casa”. A gente não se reúne só pra discutir o “De Volta para Casa” (E.2).

É relevante que a equipe realize discussões a respeito do Programa, suas particularidades, seus problemas e desafios, pois não se trata apenas da questão do dinheiro e seu uso; existem também atribuições da equipe de saúde relacionadas à estratégia de acompanhamento dos beneficiários e à avaliação regular do seu

processo de reintegração social (BRASIL, 2003a). O Ministério da Saúde recomenda o envio de relatórios trimestrais de acompanhamento dos beneficiários no sentido de subsidiar o monitoramento e avaliação do desempenho do Programa e seu alcance. Com relação a isso, não houve menção sobre a elaboração de relatórios, pela equipe, durante as entrevistas.

Um ponto positivo relacionado a essa equipe de saúde é a sua composição: são quatro pessoas, sendo que duas estão vinculadas a um serviço de saúde mental e outras duas à entidades filantrópicas (um participante por instituição). Dessa equipe, três participantes possuem curso superior. Esta é uma particularidade do Programa, a princípio favorável, considerando que a recomendação do Ministério da Saúde é de que, pelo menos um profissional da área de saúde mental do município, tenha formação de nível superior (BRASIL, 2003a). Por outro lado, a equipe não adota a recomendação proposta pelo Programa, que é a de um profissional de referência para cada 15 beneficiários. Sua distribuição é realizada da seguinte maneira: um profissional é responsável por 38 beneficiários; outro por 5; um terceiro por 35 e o quarto é responsável somente pela coordenação da equipe.

É questionável a recomendação de apenas um profissional com nível superior, com formação em saúde mental, para compor a equipe, dada a complexidade do Programa e as especificidades das ações, que devem ser pautadas na reabilitação psicossocial (BRASIL, 2003a). É necessário que, para compor essa equipe de saúde, os profissionais tenham formação em saúde mental e que o processo de capacitação seja contínuo, com vistas à real eficiência do Programa.

O gerenciamento do benefício, incluindo o planejamento para o uso adequado do recurso financeiro, surgiu, com frequência, nos depoimentos dos profissionais.

Primeiramente, o dinheiro recebido é depositado em outra conta, em nome do beneficiário, e usado de acordo com as suas necessidades. A prestação de contas é realizada pelos participantes da equipe de saúde, ou seja, pelo coordenador dos Serviços Residenciais Terapêuticos, das Pensões Protegidas e das casas da COHAB, para com a coordenação da equipe:

(...) A maioria do dinheiro do Programa “De Volta Casa” é colocado na poupança deles e, no decorrer do mês, eles vão retirando da poupança pra está fazendo uso do dinheiro do “De Volta para Casa”, mas quando sai é todo depositado na poupança Então, no decorrer do mês, precisa de um bom calçado, então é usado esse dinheiro, eu levo eles até ao Shopping ou algum lugar que eles já estão acostumados para tá comprando as coisas que eles necessitam no decorrer do mês (E.2).

(...) O dinheiro fica tudo na poupança. Aí vai lá, saca o dinheiro e nós temos a prestação de contas (E.4).

O controle do dinheiro é realizado pelos membros da equipe de saúde, pois, devido ao longo período de internação dos moradores, muitos têm dificuldades em manuseá-lo como valor de troca. Entretanto, para alguns beneficiários, este controle é viável, ou seja, essas pessoas responsabilizam-se por seus cartões e pela realização das transações bancárias e ainda fazem suas compras. Para aqueles que não possuem tais habilidades, cabe aos coordenadores das respectivas residências terapêuticas a função de administrar o recurso, inclusive a responsabilidade pelos cartões dos usuários.

Não ficam (com os cartões) porque todos vivem nas residências e eles ficam uma boa parte do tempo sozinhos, doze horas do dia eles ficam sozinhos e volto a falar a questão da segurança; então, esses cartões não ficam de posse deles. Eles vão ao banco uma vez ao mês. Então, é feito mais nesse sentido, não deixando o cartão com eles e tal, porque a gente tem que ter um controle, a equipe técnica, porque passa também muitas pessoas mexendo, por exemplo, tem os cuidadores e não dá pra você falar não, vamos confiar em tudo e em todos. Nós temos que estar ali, seguindo de perto, pra que o morador não seja lesado (E.4).

(...) Então, eles ficam com o cartão, o cartão fica com eles, senha fica com eles, só que a dificuldade deles é ir até ao banco; então eles vem, eu vou ao banco, tudo que tiver que ser comprado, compra, eles levam a nota, eles ficam com o cartão, com senha com tudo, eu tenho pra no caso deles perderem, eu tenho que ter uma garantia, porque senão tem que começar

tudo, nova senha, novo cartão, então fica comigo, mas eles também têm (E.2).

O cartão, ele fica guardado certinho na casa, mas eles (beneficiários) precisam de ajuda (E.5).

Nesse sentido, concordo com a cautela que a equipe de saúde tem para com o benefício do usuário, pois, além da segurança pessoal, há também a questão da autonomia do morador, considerada ponto crucial no contexto da vida dessas pessoas. Por outro lado, a busca pela autonomia deve ser entendida pela equipe como um processo que contempla um aumento gradual da participação do sujeito nos processos de tomada de decisão, acompanhado da incorporação de responsabilidades, contrapartida necessária na busca pelo protagonismo dessas pessoas.

A cidadania assistida é a passagem gradual de uma tutela completa para uma autonomia assistida, supondo que, além de uma rede de serviços e de cuidados em saúde mental, os usuários de internação longa necessitam ser preparados para estar na comunidade (MARCOS *apud* DESVIAT, 2004).

Nesse planejamento realizado pela equipe, há a inclusão, em algumas situações, de orientações diretas ao usuário no que se refere ao uso do benefício, principalmente em relação ao controle pessoal quanto à segurança na comunidade e orientação para compras:

É feito um planejamento do que vai se adquirir no mês seguinte, a casa, por exemplo, com cinco moradores; então, às vezes, é feito no coletivo "olha, o que nós vamos fazer nesse mês? Qual que é a proposta que tem pra esse mês? (E.4).

Tem usuário que vai ao banco, tira todo o dinheiro, um tanto ele quer dar pra família, tudo é conversado. (...) Então, tem que ficar orientando, deixa um tanto de dinheiro em casa e só sai na rua com uma quantidade tipo vinte reais, o que você vai fazer? Você vai comprar uma bolsa? Não, então sai com um pouco mais. Você vai comprar um guaraná? Não, cinco reais está bom? Isso é feito o tempo todo e é exaustivo porque às vezes ele tem dificuldade de entender o valor do dinheiro. Agora você imagina uma pessoa que esteve 50 anos internado, quantas vezes o dinheiro mudou? Muitas vezes o dinheiro mudou, então é uma dificuldade

correlaciona a nota com o produto que vai ser comprado, então isso aí tem que ser conversado o tempo todo e é feito dessa forma. E aí, às vezes, o dinheiro fica em casa e vai dando aos pouquinhos, tem uns que é combinado assim: você vai ter um tanto de dinheiro por semana porque senão gasta tudo de uma vez. É gasta tudo de uma vez, se você der o valor todo do benefício gasta tudo, sai gastando e eles viram alvo de pessoas mal intencionadas que querem vender produtos que não tem utilidade. Tem uns que são muitos seguros, têm outros que não, varia muito da pessoa. Então é feito dessa forma (E.5).

É compreensível a dificuldade do beneficiário em relação ao manuseio do dinheiro, dadas as perdas dos referenciais de valor financeiro, decorrentes da dinâmica das instituições Psiquiátricas de modelo asilar, nas quais passou grande parte de sua vida. Entretanto, a equipe de saúde desempenha um papel importante de apoio a esses beneficiários, no sentido de orientar, discutir e mediar situações específicas, além de defender e incentivar o exercício dos seus direitos civis e políticos, incluindo a discussão permanente sobre os limites da tutela (BRASIL, 2003a).

Em síntese, apesar da realização do planejamento para o uso do auxílio, quem controla e decide sobre o destino dos gastos é a equipe. Alguns usuários não tem autonomia para gastar seu dinheiro como quiser e, excepcionalmente, a instância decisiva para autorizar ou não o uso do benéfico é a coordenação da equipe de saúde:

Que nem um morador queria uma bicicleta; não tem condições de ele comprar uma bicicleta. Amanhã ele vai ter uma consulta no clínico, o clínico vai tá conversando com ele pra gente ver se pode comprar essa bicicleta. Então se for uma compra muito grande, precisa do aval da (coordenação da equipe de saúde) (E.2).

(...) Mesmo ele tendo o dinheiro, ele depende da apreciação de um grupo maior pra poder dar esse aval do gasto do dinheiro. Ele é tutelado, uma vez que você tem que discutir a vida dele, enquanto quem foi para a família ele saiu do hospital, ele perdeu o vínculo e o que ele fizer tá feito. Enquanto que os moradores do projeto não tem essa liberdade toda (E.4).

Além disso, não há uma discussão específica da equipe que redimensione a questão da gestão do Programa “De Volta para Casa”, o que talvez possa explicar o

gerenciamento atual centrado no controle do dinheiro, sem que fossem mencionados, pelos sujeitos desta pesquisa, protocolos, relatórios, dentre outros mecanismos possíveis de prestação de contas e avaliações contínuas sobre o Programa.

A avaliação foi apontada por um dos sujeitos, porém, no sentido de avaliar o mérito do beneficiário para continuar ou não no Programa. Percebe-se que o mesmo tem expectativa de uma avaliação externa. Entretanto, esta é uma função da equipe no momento da renovação do benefício, a qual deve ser realizada com a antecedência de 60 dias do término de um ano de recebimento do auxílio, mediante apresentação de relatório do gestor local ao Ministério da Saúde, contendo parecer da equipe de saúde indicando necessidade de permanência do beneficiário no Programa (BRASIL, 2007b):

Eu acho que o (PVC) deveria ser mais flexível no sentido de assim, olha esse precisa e ele vai continuar recebendo e esse eu acho que já não precisa, sabe? Eu acho que deveria ter uma avaliação mais de perto sobre esse Programa porque tem pessoa que se nega a querer aproveitar o valor, então vai ter um acúmulo de dinheiro. Isso a gente não pode falar que é geral, não é verdade, é um caso ou outro, mas quer dizer que gera uma renda que se a pessoa não usar, ela vai só aumentando (E.4).

As avaliações sistemáticas devem fazer parte do processo de trabalho de forma a avaliar tanto os beneficiários quanto o próprio Programa. O Ministério da Saúde sistematizou um protocolo de avaliação dos beneficiários para ser realizada no início da implantação; nesse protocolo constam dados pessoais, história clínica e social, dados clínicos e autonomia do usuário, dispositivo residencial proposto, proposta de programa terapêutico, proposta de indicação terapêutica de cuidado e parecer da equipe técnica para concessão do benefício (BRASIL, 2003a).

No que se refere à dimensão avaliativa em saúde mental, Amarante e Torre (2007) mencionam que tanto a ausência das práticas de avaliação quanto sua

idealização na forma prescritiva colaboram para a cronificação dos sistemas de saúde mental e manutenção do circuito psiquiátrico. Para esses autores, os processos e estratégias de avaliação requerem a construção de novas abordagens e novos indicadores, capazes de compreender, diagnosticar, analisar e interpretar além do que permitem os instrumentos já utilizados.

Diante do exposto, o que se percebe é que pode estar havendo uma falta de avaliação do desenvolvimento do Programa no município no que tange seus objetivos, alcance e acompanhamento dos beneficiários. A aplicação do protocolo de avaliação, proposto pelo Ministério da Saúde, pode ser um instrumento norteador para o trabalho da equipe de saúde, principalmente no que se refere aos aspectos relacionados à autonomia e dependência dos beneficiários; estas questões serão discutidas na próxima categoria, dada sua relevância, percebida por meio dos relatos dos participantes deste estudo.

4.3 As limitações dos beneficiários decorrentes da institucionalização

Embora o auxílio reabilitação psicossocial apresente várias possibilidades de uso para os beneficiários, como o autocuidado, alimentação e lazer, é importante considerar que alguns apresentam determinadas limitações, impostas pela institucionalização, como por exemplo, o baixo nível de autonomia e dependência para algumas atividades do cotidiano, tanto nos espaços das casas, como na comunidade.

Além disso, a situação dos beneficiários do Programa “De Volta para Casa”, no município de Ribeirão Preto, caracteriza-se por um processo de envelhecimento, envolvendo limitações culturais, físicas e psíquicas, com perdas dos vínculos

familiares e sociais. Nesse sentido, a família de alguns usuários emergiu nas falas dos participantes, em situações esporádicas, ora em momentos de aceitação do beneficiário, ora de rejeição, abandono e oportunismo:

(...) um morador que ficou conosco somente quatro meses e foi achado a família desse morador e esse morador foi com a família recebendo o LOAS, que é o benefício que ele recebe mensal e também o “Volta pra Casa”. E isso é tão importante, o “Volta pra Casa”, porque fez com que, pagasse uma pessoa porque os pais são muitos idosos e tem uma pessoa que toma conta dentro do próprio lar desse morador. (...) Tivemos um falecimento de um do morador e o dinheiro que estava na poupança foi entregue ao irmão, que era o do “De Volta pra Casa”, eu não acho justo porque se a família não quer, a família despreza o morador e então somente ela (família) é beneficiada quando o morador morre. E somente naquele dia a família visitou o morador (E.3).

(...) Você sabe se ele vai pra uma internação longa, ele perde o benefício do Programa “De Volta para Casa”. Me parece que ele (beneficiário) ficou mais de uma internação em São Paulo, acho que no Água Funda e a família continuou recebendo o “De Volta para Casa” (E.2).

Uma questão importante nestes relatos, do ponto de vista da execução do Programa, refere-se ao fato da família do beneficiário continuar recebendo o auxílio, após um período longo de internação. Nestes casos, o Ministério da Saúde depende de informações advindas da equipe de saúde dos municípios, sobre os óbitos ocorridos e as internações prolongadas dos usuários para cancelamento e cessação do pagamento do benefício, respectivamente. Assim, a identificação destes casos faz parte do trabalho de acompanhamento dos moradores na comunidade, como também das instâncias do SUS que devem monitorar a execução dessa política.

Para participar do Programa “De Volta para Casa” é exigido que a pessoa tenha ficado no mínimo dois anos internada. No caso de alguns beneficiários de Ribeirão Preto, o período de internação é 20, 40 e 50 anos, o qual é bem maior que o requerido pelo Ministério da Saúde para participar do Programa, que é, no mínimo, de dois anos. Vale destacar que somente uma pequena parcela dessas pessoas ficou um tempo menor nas instituições psiquiátricas.

Ressalto que a maior parte dos usuários viveu sob condições de completa tutela institucional, a saber: minoridade social face aos direitos sociais, inimizabilidade perante à lei, periculosidade e exclusão do convívio social. Barros (1994) enfatiza que a armadilha histórica que encarcerou os loucos e, posteriormente, os impediu de participar da vida social e de exercer sua cidadania, vincula-se ao pressuposto da periculosidade a eles atribuído. Nesse sentido, a proposta da desinstitucionalização é buscar devolver a afirmação dos direitos civis, sociais e políticos a essas pessoas.

O tempo de institucionalização é significativo para os beneficiários, uma vez que a dependência institucional gerou diversos agravantes a essa clientela, como co-mobirdades, baixo nível de autonomia, dentre outras seqüelas. Na fala abaixo, o profissional reafirma que o dinheiro advindo do Programa “De Volta para Casa” é uma forma da sociedade pagar uma dívida social para com o usuário, devido ao tempo em que ele viveu enclausurado na instituição psiquiátrica:

A pessoa viveu tantos anos excluída e ela não precisava mais viver excluída e aí viveu trancada dentro do hospital, tendo sua liberdade abolida; não podia nem abrir o portão pra sair pra rua, aliás nem poderia abrir a porta da geladeira, que é uma coisa tão básica na vida; então, isso seria um pedido de desculpas ou estar ressarcindo essa pessoa por tudo isso que ela passou; então, eu acho muito válido que se dê benefício pra essa pessoa se reinserir melhor, isso contribui pra vida em comunidade (E.5).

O processo de institucionalização da loucura é histórico e as pessoas que viveram no hospital psiquiátrico perderam sua individualidade e liberdade e ainda ficaram à mercê do funcionamento da instituição, com seus dias fracionados e ordenados, segundo horários ditados por exigências organizacionais, caracterizando um esquema institucionalizante e isolamento social (BASAGLIA, 2005).

O Programa “De Volta para Casa” é uma proposta inserida nas políticas de saúde mental do SUS, como um projeto que pretende viabilizar a retomada da

cidadania e não como uma forma de pagamento de dívida, como uma política compensatória. Toda a ação pública ou privada que não objetive a superação da dependência e o emponderamento dos sujeitos sobre suas próprias existências, por meio de processos coletivos e participativos, contribuirá para a continuidade de um tipo de assistencialismo que busca, simplesmente, atenuar os efeitos do processo estrutural de exclusão social, política e econômica.

Devido à institucionalização, os beneficiários do Programa, em Ribeirão Preto, apresentam uma situação clínica e psicossocial fragilizada. A equipe de saúde abordou algumas questões referentes a essas condições, nas quais, em algumas situações, autonomia e dependência se confundem:

Eu acredito que, diante dessas pessoas que estão nas residências e nas pensões, significa que eles não tiveram condições de autonomia, se eles ainda estão dentro de uma pensão e de uma residência, eles não conseguiram. Na conclusão dos nossos PTI's que a gente faz de todos os nossos moradores, eles não têm condições de tá morando sozinhos, eles não conseguem ir ao médico sozinhos, eles não conseguem ir numa consulta tanto clínica quanto psiquiátrica sozinhos: tudo eles tem que tá acompanhado. Então, eles não conseguiram autonomia ainda. Eu não acredito que eles vão conseguir, eu não acredito. (E.2)

Para Delgado (2006), os usuários considerados de baixa autonomia, seja pela dependência a que foram submetidos pela vida asilar ou pelo quadro psiquiátrico ou físico, caracterizam uma situação relevante. Nas instâncias da Coordenação Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde e de debates da Reforma Psiquiátrica, tem sido discutida uma forma de organização em módulos residenciais, ditos de cuidados intensivos, envolvendo uma equipe ampliada, na qual cuidadores poderiam juntar-se a outros profissionais, principalmente para cuidados de enfermagem, além de contar com a solidariedade dos demais moradores para apoiar aqueles que necessitassem de maior atenção.

Sobre essa discussão, Saraceno (2001) lembra a mistificação da autonomia como objetivo primordial dos programas de reabilitação, o que faz com que ocorra a hiperseleção dos usuários, ou seja, procura-se inserir os menos comprometidos. Esse autor propõe o modelo de rede de negociação, no qual o enfoque não é a autonomia, mas a participação do usuário, de forma a não fazer com que os fracos deixem de ser fracos, mas que fracos e fortes participem dos processos de trocas permanentes de competências e interesses.

Todavia, a autonomia, para Kinoshita (2001), é compreendida como a capacidade de um sujeito gerar normas e ordens para a sua vida, de acordo com as situações enfrentadas, o que não deve ser confundido com auto-suficiência, nem com independência, pois somos todos dependentes e, assim, a questão dos usuários reafirma o fato de que eles dependem, excessivamente, de poucas relações. É justamente essa relação restrita que diminui sua autonomia.

Desse modo, os usuários que conseguem participar dos espaços das trocas sociais nas redes de negociação, embora com todas as limitações possíveis, geradas pela institucionalização e cronificação das relações de dependência, pelo curso do envelhecimento, pelo estigma e pela falta de suporte social e familiar, ampliam as possibilidades de gerar novos horizontes para suas vidas e isso deve ser compreendido como um processo, envolvendo ações mínimas na comunidade e significativas do ponto de vista da participação e conquista da cidadania, como propõe Delgado (2006) a respeito da autonomia possível.

Ainda com referência ao fragmento comentado, observa-se que, dada a condição de dependência do beneficiário em várias situações, a contratação de cuidadores faz-se imprescindível. Nos relatos dos participantes, há menção de que

alguns moradores não têm condições de viver sem a presença dos cuidadores, deles necessitando para o resto de suas vidas:

Mesmo eles estando na residência e na Pensão, tem alguns que ainda precisam ser supervisionado o banho, que é a coisa mais simples. Às vezes, não é supervisionado não, é dado o banho pelo cuidador. Então, eu acredito que eles mudaram de lugar, saíram de um hospital e foram pra uma residência, mas não mudou muita coisa. Tem alguns que não têm condições de tomar banho sozinhos, você tem que entrar e dar o banho. Eu não acredito que isso é autonomia não, eles só saíram do hospital, os cuidados continuam. Eles não sabem tomar medicação sozinhos, essa pessoa tem condições? Se eles não sabem, a maioria é analfabetos, eles não sabem ver qual a medicação que tem que tomar naquele horário, se não tiver o cuidador ali, ele não precisa colocar na boca, mas é separada a medicação. Eles não sabem cozinhar, a maioria não sabe fazer seu próprio alimento. Nas residências já vem pronto em marmitas, a Pensão Protegida faz a alimentação na casa, eles não fazem sozinhos; foi feito um programa pela nutricionista que eles iam começar a ensinar alguns a cozinhar em casa, muitos desistiram pela falta de higiene de lidar com os alimentos. Eles não estão tendo autonomia ainda, mesmo morando em residências e Pensões Protegidas. Eles saíram do modelo hospital, mas eles precisam de muitos cuidados (E.2).

Pelo fato de serem pessoas com dificuldades para Atividades da Vida Diária (AVD's)¹⁵, é importante a contratação de cuidadores. Entretanto, estes devem ser alvo de preocupação por parte de todos os envolvidos.

Considero que nesse processo de transição da instituição psiquiátrica para um Serviço Residencial Terapêutico a meta seja a reinserção social e, para tanto, é necessário que a equipe incorpore e trabalhe na perspectiva da construção de um lugar social para a loucura, na transformação das relações entre a sociedade e os usuários com experiências de sofrimento (AMARANTE e TORRE, 2007), fundamentadas em um redimensionamento de ações, com ênfase no cuidado

¹⁵ Atividades da Vida Diária (AVD's) são todas as atividades realizadas de modo rotineiro pela pessoa. Subdividem-se em básicas ABVD, que são aquelas relacionadas ao cuidado com o próprio corpo (higiene pessoal e autocuidado; banho, alimentação, vestuário, controle de esfíncter, mobilidade funcional, cuidados com equipamentos, atividade sexual, dormir e descansar. Já as AVD's instrumentais ou AVDI incluem cuidado com o outro, seleção de gerenciamento do cuidador, cuidado de animais de estimação e doméstico, uso de equipamento para comunicação, gerenciamento financeiro, cuidado e manutenção da saúde e gerenciamento do lar, preparo da refeição e limpeza, fazer compras e resposta à emergências (CREPEAU, 2002).

ampliado, não restrito ao assistencialismo. Esta tarefa constitui-se em um dos principais objetivos do processo de desinstitucionalização.

Marcos (2004) menciona que a saída do hospital e a chegada em casa não asseguram a passagem do modo de vida institucional ao da vida na cidade, pois os moradores podem reproduzir o cotidiano do hospital em casa, como, por exemplo, fechando-se em seus quartos, andando pelo quintal, recusando-se a participar das tarefas domésticas e esperando pela tutela e pelos cuidados hospitalares. Além disso, podem não saber cuidar do próprio corpo e dos objetos de uso pessoal, não saberem sentar-se à mesa e comerem com garfo e faca e não servirem sua própria comida. Outra questão apontada pelo autor é o medo da cidade, a qual se modificou ao longo dos anos de internação e cujos referenciais já não existem mais.

Os usuários de longa internação demandam uma série de cuidados, em especial os de saúde mental. Alves e Guljor (2004) referem que a questão do cuidado em saúde mental baseia-se em duas premissas. A primeira, diz respeito à liberdade em negação ao isolamento o que implica romper com a necessidade de manter a pessoa afastada de seu meio, para que seu quadro seja identificado. Assim, ao lançarmos mão do conceito de liberdade, logo nos reportamos às diferenças; neste sentido, o cuidado demanda o investimento no usuário para operar suas escolhas, de forma singular. A segunda, diz respeito à integralidade em negação à seleção, ou seja, há o deslocamento do olhar, voltado somente à doença, para outro, o qual envolve um conjunto de fatores relacionados à vida da pessoa. Assim, o cuidado inclui projetos de vida em contraposição ao reducionismo de uma intervenção com base na remissão de sintomas.

Nessa perspectiva de cuidado ampliado, a reinserção social da clientela no território¹⁶ deve ser um instrumento cotidiano de trabalho da equipe de saúde no sentido de ajudar os usuários, mesmo com suas dificuldades, a realizarem as trocas sociais. Sobre esta questão, foram mencionados alguns obstáculos, advindos das limitações físicas e psicossociais dos beneficiários nos espaços da cidade, no que diz respeito às Atividades da Vida Diária Instrumentais (AVDI), as quais são mais complexas que as de autocuidado, por requererem resolução de problemas, como por exemplo, manejo de dinheiro, uso de serviços como banco, respostas à emergências, tais como pronto-socorro e polícia. Vejamos suas falas:

(...) A maioria não conhece o dinheiro. Se ele chegar com R \$ 50,00 numa padaria e pedir um filão que custa R \$ 0,20, e a pessoa falar está certo o troco, não tem troco, ele sai e paga R \$ 50,00 de um filão. Então, pra eles irem pra uma casa própria, precisaria ter tudo isso, conhecer dinheiro, saber gerenciar esse dinheiro, fazer sua própria comida, tomar sua medicação. Acontece alguma coisa com eles, saber como chamar uma ambulância, a polícia, tudo isso faz parte da nossa vida, chamar ambulância e levar lá pro posto. Se eles forem assaltados, conseguir chamar a polícia. Uma pessoa foi roubada, roubaram o DVD dela dentro da casa dela, ela colocou o ladrão dentro da casa dela, ela que colocou o ladrão, mas ela teve toda uma iniciativa, ela chamou a polícia, a polícia veio, ela mostrou quem era, mas eles falaram "como a gente vai chegar ate eles? Então, alguns não têm essa autonomia de fazer tudo isso (E.2).

Nós temos que levar em conta que a maioria dos nossos usuários tem muita dificuldade de compreensão e essa questão mais burocrática da vida aí social é muito assim rapidinho e eles não conseguem absorver (E.4).

Honorato e Pinheiro (2007) mencionam que o trabalho dos profissionais não deve estar limitado à relação com o morador, mas necessita incluir seu território de circulação, território esse afetivo, social e cultural, pois desinstitucionalizar, reintegrar o louco, que há anos sobrevivia atrás dos muros da instituição psiquiátrica, é algo que requer paciência e delicadeza. Tal tarefa não é simples, pois envolve a cooperação e adequação dos espaços públicos, constituindo-se em um desafio

¹⁶ O termo território tem origem na experiência de desinstitucionalização italiana de reestruturação e subdivisão dos serviços de assistência em saúde mental por regiões da cidade, criados a partir de critérios demográficos e de pertencimento subjetivo dos seus moradores (ROTTELLI et al., 1990). Trata-se do lugar onde o sujeito estabelece a rede de relações na comunidade.

frente ao Programa “De Volta para Casa”, uma vez que a comunidade não está preparada para receber o usuário. Essa foi, inclusive, uma questão apontada pelos participantes, no que se refere ao sistema bancário.

Em alguns depoimentos, a tecnologia do sistema bancário brasileiro é considerada avançada, porém não há nenhum suporte e ou orientação dos bancos, de maneira geral, para as pessoas com necessidades especiais e para aquelas em sofrimento psíquico. A diminuição dos reflexos, com conseqüente lentidão, é uma condição limitadora decorrente do uso da medicação, assim a dinâmica do sistema bancário contribui para uma incapacitação:

Então, tudo precisa de um tempo maior e nós estamos vendo uma instituição financeira que precisa atender o mais rápido possível as pessoas; então, encontra essa dificuldade sim, eu vejo que não tem um canal aberto pra questão do atendimento da pessoa com deficiência, nós não temos pessoa treinada na agência pra poder dar esse suporte, entendeu? (E.4).

O nosso sistema bancário ele é tido como uns dos mais, uns dos melhores do mundo o sistema bancário brasileiro, mas ele não satisfaz a necessidade do deficiente, tem muitas dificuldades de lidar com aquelas letrinhas que aparecem no painel e nem pessoas que têm alguma condição como os nossos usuários que tomam medicamentos psicotrópicos e têm uma doença psiquiátrica então eles têm um reflexo mais lento e eles se atrapalham na senha, nas letras do painelzinho lá da caixa eletrônica, da informática, eles se atrapalham muito com aquilo. Porque, olha, ter na mente a senha eles esquecem ou, quando lembra, tem dificuldade, não dá o tempo e eu acho que tinha que existir uma condição jurídica que interpussem essa situação Eles não são totalmente incapazes porque não são e em muitas situações eles têm condições de assumir até juridicamente o que faz e em outras situações não, entendeu? De vez em quando a gente até fala assim que precisava de alguém da OAB pra acompanhar esses novos programas de residências terapêuticas, o “De Volta pra Casa”, eu acho, um dia nós vamos conseguir um voluntário da OAB pra ajudar, pra participar, porque eu acho que seria uma coisa muito boa. Então, isso aí é uma coisa tão complicada porque não existe uma instância jurídica parcial, não existe semi-curatela, entendeu? É uma situação que está por ser resolvida ainda por que, às vezes, a lei ela vem depois. É uma condição que não existia, não é tão antiga a condição da pessoa ter um problema mental e não ser capaz de viver sem apoio por que essa é a verdade; ele por exemplo, esses que moram na COHAB, esses das residências terapêuticas, eles não são capazes de viver sem um apoio, eles precisam de uma orientação constante, senão eles vão ter problemas (E.5).

Nesse sentido, a dimensão jurídica é um aspecto importante para a equipe de saúde, pois os profissionais sentem-se sem respaldo institucional frente à situações

que emergem no cotidiano dos beneficiários. É inegável a necessidade de adaptação de um marco regulatório jurídico que contemple as necessidades e garanta os direitos, condizentes com o estado democrático, para os programas e, principalmente, para os beneficiários. Esses direitos, historicamente, são conquistas da sociedade civil organizada, principalmente por meio dos movimentos sociais, os quais, de modo articulado, pressionam o poder público, buscando atender às demandas.

Esse tipo de ação no plano político demonstra ser necessária e legítima, considerando o resultado de conquistas, como, por exemplo, o Estatuto do Idoso e o Estatuto da Criança e do Adolescente, os quais proporcionaram avanços significativos no que tange à melhoria da qualidade de vida e garantia da cidadania para esses segmentos.

No entanto, no que diz respeito às limitações dos usuários, mencionadas pelos participantes, é necessário ponderar sobre dois aspectos. Primeiramente, as limitações, da forma como foram colocadas, parecem inviabilizar qualquer possibilidade de autonomia para a pessoa, o que, no mínimo, é algo questionável, uma vez que níveis de autonomia nos processos de reinserção social podem ser alcançados; por outro lado, tais limitações não são exclusivas dessa clientela, pois, pessoas idosas ou com dificuldades de acesso à informação, enfrentam grandes obstáculos no que se refere às novas tecnologias, tais como a informatização bancária, mencionada nas falas.

Outro aspecto, conforme mencionado anteriormente, refere-se à dificuldade de olhar o usuário de maneira integral, assim como à necessidade de políticas públicas transversais que articulem todos os programas e políticas afins. De acordo com as características da população em questão, maioria idosa, o Estatuto do Idoso

pode nortear algumas ações, uma vez que estabelece direitos apropriados às demandas relatadas. Da mesma forma, outras estratégias são possíveis, como a busca de Defensoria Pública, parcerias com as universidades ou qualquer programa ou ação pública ou privada, condizente com os princípios necessários e as demandas apresentadas.

A equipe de saúde estudada já desenvolve algumas ações por meio do estabelecimento de parcerias como, por exemplo, o contato com vizinhos dos beneficiários, a identificação do que a comunidade oferece em termos de lazer, religião, escola, o contato com os pequenos comércios da comunidade e a mediação da relação entre os beneficiários e os serviços de atenção à saúde, como as Unidades Básicas de Saúde e Ambulatório Regional de Saúde Mental de Ribeirão Preto. Essas iniciativas são positivas, porém devem estar articuladas a uma rede de atenção, efetivamente sistematizada, planejada e com controle social, possibilitando o atendimento ao beneficiário e buscando, assim, envolver toda a complexidade desse processo de reinserção social.

4.4 O Programa “De Volta para Casa” - seus avanços e desafios.

Em relação ao tema, alguns pontos relevantes emergiram dos depoimentos dos participantes sobre os avanços e desafios do Programa “De Volta para Casa” em seu processo de desenvolvimento. De modo geral, para os sujeitos desta investigação, o auxílio reabilitação psicossocial contribuiu, significativamente, para a vida dos beneficiários, pois aumentou sua renda, facilitou a condição de uma vida melhor, incluindo atividades de lazer e, por último, o dinheiro mostrou-se como um propulsor de qualidade de vida, uma vez que estimulou o consumo.

No início da implementação do Programa no município, a forma de utilizar o auxílio tinha uma finalidade específica, a qual foi sendo modificada ao longo do processo. A partir disso, os aspectos que dizem respeito às condições de vida dos sujeitos foram respeitados, embora com a imposição, pela equipe, de alguns limites no que se refere ao uso do dinheiro. A fala seguinte comenta esta questão, considerada como um avanço:

(...) Na minha experiência com o “De Volta para Casa”, eu acho que nós tivemos um avanço muito grande, porque, no início, esse dinheiro, a gente não sabia o que a gente ia fazer com ele, então, nós pensamos: vamos proporcionar uma vida boa pra eles. Então, esse avanço pra nós foi muito grande e a gente conseguiu ver que a gente tava só juntando dinheiro, para no futuro ter casa própria e a gente viu que eles não vão ter condições de ir pra uma casa própria (E.2).

Esta mudança na forma de pensar os avanços para o Programa remete a uma visão parcial do processo de reinserção social, ou seja, uma visão alienada do contexto do usuário, de forma a não articular todas as complexidades inerentes à temática da reinserção.

Outro pensar sobre os avanços do Programa foi apontado no relato seguinte e diz respeito à importância do aspecto financeiro na vida do usuário. A inserção dos beneficiários no mundo do consumo, embora mediada pela equipe, possibilitou uma ampliação da rede de sociabilização, com novos instrumentos de relação, tais como o dinheiro, regras e possibilidades:

Eu acho que contribuiu muito pro morador saber o valor que essa questão financeira muda na vida das pessoas. Eu acho que o morador não tinha noção de que lá fora tudo custaria, entendeu? Eu acho que ele não tinha noção como ele conseguiu. Aqui dentro era dentro da instituição psiquiátrica é tudo assim, é aquilo que tem e pronto. Então, eu acho que com isso ajudou a fazer com que o ex paciente aí observasse que ele tem o poder e com o dinheiro ele consegue transformar alguma coisa; não sei se ele tem essa noção dessa forma, mas ele vê que ele não é mais a mesma pessoa, tanto que as vezes ele fala: “O dinheiro é meu! Eu faço o que quero!”, então, eu acho que isso é ganho (E.4).

Além dos avanços comentados, o desafio é garantir eficácia ao Programa. Na fala seguinte é possível observar questões que geram dúvidas, e que, de alguma forma, podem limitar a atuação da equipe.

Eu acho que o maior desafio seria usar o dinheiro, usar o benefício corretamente de acordo com as necessidades do usuário e de uma forma de bom senso, que ele não gaste naquilo que ele não tem necessidade, que ele não seja enganado por vendedores esse tipo de coisas que façam eles usarem errado o benefício que é pro bem dele e outro desafio eu acho que é a questão jurídica de, no meu caso, por exemplo, eu não estou em contato direto, mas eu estou supervisionando o uso que é feito de um benefício que é pra uma pessoa e como que fica a questão legal disso, eu posso eu não posso, que amparo que eu tenho, eu acho que quando você trata de questão financeira tem que ser tudo muito claro, tudo muito cristalino (E.5).

Por essa fala, é possível notar que os membros da equipe assumem o gerenciamento dos recursos dos beneficiários, o que é uma situação preocupante, pois envolve dinheiro público. No entanto, talvez haja um desconhecimento do que já está estabelecido pela lei que criou o Programa no que diz respeito à representação legal.

Desse modo, os membros da equipe de saúde são os representantes legais dos beneficiários, embora, isso não tenha sido oficializado durante o cadastramento do usuário; assim, de acordo com o Ministério da Saúde, o representante legal do beneficiário do Programa terá sua indicação e desempenho acompanhados pela equipe de saúde e também deverá firmar termo de compromisso de, fielmente, zelar pelos direitos e deveres do beneficiário no âmbito do referido Programa (BRASIL, 2003a). Observa-se um acúmulo de atribuições da equipe, ou seja, além de acompanhar os beneficiários, os participantes exercem, na prática, a função de representantes legais.

Considerando que a equipe realiza o gerenciamento do auxílio, a fala seguinte explicita a prestação de contas como um desafio:

Quando (o Programa “De Volta para Casa”) chegou pra nós foi um desafio porque como que a gente ia ter prestar contas desse dinheiro? O dinheiro deles você vai prestar conta pra quem? Daqui quanto tempo pode vir uma auditoria que queira saber o que foi feito com o dinheiro deles? Isso pra nós foi um desafio. A gente começou a usar esse dinheiro todos com nota. Pode ser que eles (Ministério da Saúde) nem peçam; esse Programa era por um ano, já foi pra dois, já estamos indo pra três de Programa. A principio saiu pra um ano, Já renovamos e eu acredito pelo que o (coordenador de saúde mental do Ministério da Saúde) falou no Seminário, isso vai ser pra sempre, eu não acredito que esse Programa acabe mais não (E.2).

A prestação de contas não é uma exigência do Ministério da Saúde. Em casos de irregularidades, é acionada a Comissão de Acompanhamento¹⁷ do Programa “De Volta para Casa”, de forma a tipificar a natureza das irregularidades que, quando constatadas, cabe a ela determinar as medidas a serem tomadas diante de cada ato irregular, tais como notificar o poder executivo municipal e estadual, determinar a suspensão do pagamento, de acordo com a análise dos casos, para evitar prejuízo ou perda de direitos do beneficiário quando as irregularidades tiverem sido cometidas pelo representante legal ou município (BRASIL, 2003a). Além disso, a lei que cria o Programa “De Volta para Casa”, determina que o controle social e a fiscalização da execução do Programa sejam realizados pelas instâncias do SUS¹⁸ (BRASIL, 2003a), ou seja, pela Conferência de Saúde e Conselho de Saúde.

Sobre a continuidade do Programa, mencionada na fala acima, a mesma é assegurada pelo orçamento do Ministério da Saúde; entretanto, o valor é fixo, de R\$ 240,00, podendo ser reajustado pelo Poder Executivo, conforme disponibilidade

¹⁷ Essa Comissão foi instituída pela Portaria GM nº 2078/2003 e é composta pelos seguintes representantes: Secretaria de Atenção à Saúde-Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde Mental, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e Comissão Intersetorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2003a).

¹⁸ A Lei 8.142/90 instituiu as instâncias sociais de controle. Cabe à Conferência de Saúde a proposição de diretrizes para formulação de políticas e o Conselhos de Saúde é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, em caráter permanente e deliberativo e sua atuação diz respeito à formulação de estratégias e ao controle da execução da política de saúde na instância correspondente, também nos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990).

orçamentária (BRASIL, 2003a), ou seja, o reajuste depende de uma vontade política, não havendo nenhuma forma de indexação para o mesmo; também não foi estabelecida a sua periodicidade. Sobre esta questão, em um dos relatos, foi citado que os beneficiários presentes no I Seminário Nacional do Programa De Volta para Casa: “voltar para casa: os desafios da desinstitucionalização”, realizado em Brasília, nos dias 08 e 09 de maio de 2007, reivindicaram o reajuste do valor do auxílio.

Outro desafio apontado refere-se ao imaginário social sobre a loucura; nessa perspectiva, a postura de alguns vizinhos para com os moradores é de hostilidade, face ao estigma, preconceitos e estereótipos; para outros, a postura é de aceitação. Provavelmente, isso se deva ao trabalho realizado pela equipe junto à vizinhança, no sentido de manter uma boa convivência e espírito de solidariedade:

Olha, mas na verdade o maior desafio é fazer com que a sociedade aceite esses moradores. Que a sociedade vê esses moradores como loucos. Tem residência que o quarteirão inteiro aceitou, mas nós temos residência que o vizinho, por exemplo, passa na outra rua de medo de passar em frente aquela residência; então, é um desafio. É um grande desafio (E.3).

Amarante (2007) menciona que a psiquiatria em muito colaborou para que a sociedade compreendesse o louco como alguém perigoso e para a crença de que “lugar de louco é no hospício”. Nesse sentido, destaca que não basta falar sobre direitos, cidadania e aprovação de leis, pois a construção da cidadania é um processo social, sendo necessário mudar as mentalidades, atitudes e relações sociais.

Em consonância com o imaginário social, Basaglia (2005) lembra não ser fácil refazer regras, instituições e preconceitos que, há tempos, determinam nossa vida. Enquanto o clima de medo, de recusa e de exclusão do doente mental não for extinto na sociedade atual, por meio de uma radical transformação de suas

estruturas sociais e culturais e a distância entre as pessoas sadias e doentes não for reduzida em seu reconhecimento recíproco, e a barreira de prevenções e preconceitos que as separam não for rompida, a doença mental continuará a apresentar-se com a face do excluído, ainda que sejam construídas novas estruturas em saúde.

Nesse sentido, no relato seguinte, é apontada a valorização da pessoa e não da doença, de forma que a intervenção não esteja restrita às ações técnicas, mas que a pessoa, em seu contexto, seja ouvida, acolhida e respeitada:

O desafio, eu acho que passa a ser assim, será que nós estamos acertando, sabe? Assim, junto com essas pessoas, será que a gente tá conseguindo oferecer, porque tem hora que bate uma dúvida. A gente que trabalha mais visando lado humano, deixando o sintoma, a doença aí de lado, deixando aquele cidadão que tinha um diagnóstico (...) não sei das quantas e vendo a pessoa. Então, eu acho que o desafio tá em nós profissionais ainda deixar de lado mesmo a questão da doença e tratar da pessoa. Eu acho que a gente ainda não alcançou em linhas gerais (E.4).

Esse desafio é extremamente complexo. No entanto, se a perspectiva de trabalho da equipe for pensar na pessoa em todo o seu contexto, isso já sinaliza para uma forma de avançar na diretriz da desinstitucionalização, que propõe o rompimento com a lógica manicomial histórica na desconstrução de saberes e práticas horizontalizadas.

Desta forma, é importante questionar as práticas, mas também procurar sentir e se relacionar com as pessoas em sofrimento, dirigir-se a elas e não às suas doenças e, a partir de então, almejar espaços terapêuticos nos quais seja possível escutar e acolher angústias e experiências; espaços de cuidado e acolhimento, de produção de subjetividades e de sociabilidades (AMARANTE, 2007).

Além disso, outros questionamentos devem ser avaliados pelas pessoas envolvidas no processo de desinstitucionalização, tais como a não participação dos gestores, profissionais e usuários na construção das políticas de saúde mental.

Quando uma política é construída sem a participação desses atores há dificuldade para compreensão das demandas reais e para o desenvolvimento dos meios necessários à sua execução, principalmente, o emponderamento, por parte dos executores dessa política e dos usuários dos programas, para atingir as metas e os objetivos estabelecidos.

Diante dos avanços comentados e de outros relatos sobre as possibilidades que o Programa “De Volta para Casa” oferece aos beneficiários, é fato que o mesmo representa um grande passo no processo de desinstitucionalização. No entanto, essa estratégia deve estar articulada a outras políticas públicas para que esse processo se concretize, ou seja, para que os beneficiários aumentem o poder contratual e participação nos espaços reais de trocas.

A partir da operacionalização do Programa, vários desafios foram apontados, sendo necessário refletir sobre essas questões e sobre os caminhos condizentes com os princípios de valorização da pessoa, de forma a adequar a política para criação de condições reais para ela, considerando que o processo de desinstitucionalização articula diversos atores; sua participação democrática na elaboração das políticas e no monitoramento das ações é condição fundamental para a eficácia de uma política realmente emancipatória e inclusiva.

Considerações Finais

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi analisar o desenvolvimento do Programa “De Volta para Casa”, apontando as suas possibilidades e limites. A partir dos discursos dos participantes, pretendo ponderar sobre algumas questões relacionadas à implantação do Programa e seu desenvolvimento no município de Ribeirão Preto.

As considerações aqui apresentadas dizem respeito a um processo de uma realidade específica, não se tratando de um processo linear e unívoco. Embora os resultados obtidos decorram do grupo investigado, acredito ser possível contribuir para uma reflexão ampla no que tange às práticas de saúde mental no Brasil.

Para apreender a realidade do Programa no município, procurei resgatar o panorama de sua implantação. Desta forma, foi possível evidenciar aspectos relacionados ao momento político favorável em que a implantação ocorreu, a organização do trabalho da equipe frente à implantação, as dificuldades enfrentadas pelos profissionais no que se refere à comunicação entre as instâncias federativas, a abertura das contas e ao próprio cadastramento dos futuros beneficiários.

Desse modo, recompor e valorizar estes aspectos permitiu compreender a inegável importância da experiência da desinstitucionalização desenvolvida em Ribeirão Preto, desde 1990, onde, apesar das dificuldades, novos espaços foram criados para as pessoas em sofrimento psíquico, como os serviços de saúde mental na comunidade, as residências terapêuticas e a adesão ao Programa “De Volta para Casa”.

O fato do município aderir ao Programa mostrou, a princípio, o esforço dos membros da equipe de saúde mental em implantá-lo, trabalhando para sua

implementação, sua vontade política e do gestor, na época, bem como a coragem de avançar para apropriação e resgate da cidadania das pessoas em sofrimento, questões estas preconizadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O Programa foi implantado em Ribeirão Preto, sem o apoio da Comissão de Acompanhamento, constituída pelo Ministério da Saúde, a qual teria, como atribuição, acompanhar e assessorar a implantação e avaliação desse Programa. Além disso, não houve apoio da Comissão Estadual, prevista pela Portaria GM nº 2077/2003, para acompanhar a implantação e implementação do Programa nos municípios. Essa situação é contraditória, uma vez que a política pública tem que ser pensada na sua totalidade e os meios institucionais estão construídos e, na prática isso não ocorreu.

Esse mesmo distanciamento das Comissões de Acompanhamento do Programa também foi verificado no monitoramento e avaliação dessa política, uma vez que a renovação do auxílio está condicionada à apresentação do relatório do gestor local ao Ministério da Saúde, contendo parecer da equipe de saúde que indicará a permanência do usuário no Programa. Em Ribeirão Preto, a renovação dos benefícios foi efetivada, entretanto, suponho que, os problemas de comunicação entre as instâncias envolvidas pode ter dificultado o entendimento sobre a operacionalização da mesma.

No município, apesar dos esforços da equipe de saúde em garantir direitos aos usuários, a experiência inicial do Programa evidenciou certa incoerência entre a proposta de reinserção social e sua execução, pois todo o auxílio era depositado em conta poupança com a finalidade de alguns beneficiários adquirirem casa própria. Essa finalidade foi repensada pela equipe, com base nas condições físicas, psicossociais e de envelhecimento dos beneficiários. Nesse redirecionamento do

uso do auxílio, os usuários não participaram das decisões sobre o destino do seu próprio auxílio; além disso, o gerenciamento e o controle do uso do dinheiro foram realizados pela equipe.

O fato é que a falta de envolvimento do usuário no gerenciamento do benefício, sinaliza para um limite de atuação da equipe de saúde, uma vez que não houve ampliação do olhar sobre os beneficiários para além de suas incapacidades sendo excluídos dos processos de tomada de decisão.

Outro limite identificado diz respeito à representação legal, pois diante da incapacidade do usuário para exercer atos da vida civil, o Programa prevê a figura de um representante legal. No entanto, é a equipe quem administra os recursos, sem a contrapartida da responsabilidade jurídica e o monitoramento da aplicação dos benefícios. Nesse sentido, considero importante que esta tenha o devido respaldo legal e, para tanto, é necessária a indicação de uma pessoa para exercer a função de representante legal.

Nos relatos das experiências da equipe de saúde, há menção sobre as várias possibilidades que atualmente o Programa oferece aos beneficiários, juntamente com o LOAS, como o acesso aos serviços particulares de saúde, a participação em atividades de lazer, a aquisição de bens de consumo e recursos assistivos e a obtenção de mobiliários e reforma da casa. Assim, por meio do auxílio, as possibilidades de acesso e participação nos espaços sociais foram ampliadas no que se refere ao estabelecimento de relações de solidariedade entre os moradores e a vizinhança, bem como ao aumento das percepções sobre o autocuidado e a autonomia, ou seja, o dinheiro ampliou o poder de troca dos usuários e abriu novas possibilidades de relacionamento na vida social.

Por outro lado, alguns limites foram expostos, relacionados ao fato dos beneficiários apresentarem comprometimentos de suas condições físicas e psicossociais, decorrentes da institucionalização, o que os tornou vulneráveis, implicando em cuidados intensivos e tutela por parte da equipe de saúde e dos cuidadores.

É inegável a importância do Programa “De Volta para Casa” no contexto da desinstitucionalização, pois, apesar das limitações mencionadas, ele oferece oportunidades de convivência na comunidade, da pessoa viver experiências cotidianas em uma sociedade capitalista, contraditória e complexa, na qual o beneficiário assume o papel de consumidor e tenta adquirir sua contratualidade social, o que exige, do técnico, ações para além do cunho essencialmente assistencial, envolvendo criatividade, flexibilidade e investimentos em sua formação profissional.

Assim, para que o Programa “De Volta para Casa” alcance seus objetivos, deve estar articulado a outras políticas públicas, como as de saúde, educação e cultura, nas quais os técnicos envolvidos são atores importantes no processo de reinserção dos usuários. Desta forma, acredito que o desafio prático para a equipe consiste em realizar algumas mudanças nas suas estratégias de ação, de forma que as pessoas possam repensar as relações estabelecidas e as potencialidades dos beneficiários, o que pode permitir a emancipação dos mesmos no território, bem como a possibilidade de mudanças sociais no que diz respeito à presença dos usuários na sociedade, a qual ainda é marcada por preconceitos e estigmas.

Uma avaliação efetiva e profunda do Programa se faz necessária, a ser realizada pela equipe e usuários, a qual deve contemplar as dificuldades enfrentadas pelos beneficiários na comunidade, seja por limitações pessoais, pela

não adequação dos equipamentos sociais, preconceitos envolvidos. A operacionalização concreta da política realizada pela equipe de saúde também é fator relevante a ser considerado.

Assim, creio na importância desse estudo e na necessidade de investimento em novas pesquisas relacionadas ao Programa, com metodologia participante, com vistas a conhecer sua realidade, sob a perspectiva do beneficiário. Vejo também a necessidade de estudos que contemplem dimensões do envelhecimento das pessoas em processo de alta dos hospitais psiquiátricos, potencialmente beneficiárias do Programa “De Volta para Casa”.

Referências

REFERÊNCIAS

ALVES, D. S. N. Por um Programa de Apoio à Desospitalização: o programa de apoio à desospitalização (PAD) enquanto estratégia nacional de reabilitação. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 27-30.

ALVES, D. S. N; GULJOR, A.P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPES/UERJ; ABRASCO, 2004. p. 221-240.

AMARANTE, P. D. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 120p.

AMARANTE, P. D; GULJOR, A. P. Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização: a (re)construção da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPES/UERJ; ABRASCO, 2005. p. 65-76.

AMARANTE, P. D; TORRE, E. H.G. Avaliação em saúde mental: da mensuração diagnóstica e psicopatológica em direção à complexidade no campo da saúde e das políticas públicas. In: PINHEIRO, R. et al.. **Desinstitucionalização da saúde mental** (Org.). Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2007. p. 41-61.

BASAGLIA, F. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização. In.: AMARANTE, P. D. C (Org.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 23-34.

_____. Um problema de psiquiatria institucional: a exclusão como categoria sociopsiquiátrica. In: AMARANTE, P. D. C (Org.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 35-59.

BARROS, D. D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p.171-203.

BRÊDA, M. Z. et al. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 450-452, maio/jun., 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 05 ago. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>>. Acesso em: 26 ago. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1589 de 03 de setembro de 2002**. Dispõe sobre a criação do Cartão Nacional de Saúde. 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1589.htm>>. Acesso em: 27 fev. 2008.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2079 de 31 de outubro de 2003**. Dispõe sobre a habilitação do município de Ribeirão Preto ao Programa “De Volta Para Casa”. Brasília, 2003b. Disponível em: <<http://www.pvc.datasus.gov.br/documentos>>. Acesso em: 18 jul. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000. Dispõe sobre a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. In: _____ **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. 5. ed. Brasília, 2004a. p.100-104.

_____. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em saúde mental. In: **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. p. 17-19.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**: conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados-4: a rede de atenção psicossocial: Programa “De Volta Para Casa”. **Informativo eletrônico**, ano 2, n. 4. Brasília: 2007a. Disponível em: <[http://www. Inverso.org.br/blob/182.pdf](http://www.Inverso.org.br/blob/182.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Passo a passo para o cadastramento de beneficiários no Programa “De Volta Para Casa”**. Brasília: 2007b. Disponível em: <http://www.pvc.datasus.gov.br/documentos/passo_a_passo_cadastramento.doc>. Acesso em: 20 nov. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portarias que habilitam municípios**. Brasília: 2007c. Disponível em: <<http://www.pvc.datasus.gov.br/documentos.asp?nivel=v&acesso=pvccapspvccapspvccapspvccapspvccapspvccapspvccaps>>. Acesso em: 20 nov. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília, 2007d. 85 p. Relatório de gestão 2003-2006.

_____. Ministério da Saúde. **Programa “De Volta Para Casa”**: acesso ao sistema. Brasília: 2007e. Disponível em: <<http://www.pvc.datasus.gov.br/>> Acesso em: 20 set. 2007.

_____.Ministério da Saúde. **Acesse os relatórios gerados pelo sistema do Programa “De Volta para Casa**. 2007f. Disponível em: <<http://pvc.datasus.gov.br/documentos/Resolucao%20n%204%20CNPCP%20-%20Programa%20de%20Volta%20para%20Casa.doc>> Acesso em: 06 jul. 2008.

CREPEAU E.B. Análise de atividade: uma forma de refletir sobre desempenho ocupacional. In: NEISTADT, M.E.; CREPEAU, E.B. **Terapia ocupacional Willard & Sparckman**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 121-133.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. 6. ed. São Paulo: Cortez editora; CEDEC, 2005. 133p.

DELGADO, P. G. Instituir a desinstitucionalização: o papel das residências terapêuticas na Reforma brasileira. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 22, nov-dez, p. 19-33, 2006.

FONSÊCA, L. M. **O debate sobre o destino dos egressos de longas internações psiquiátricas**: o caso do Instituto Municipal de Assistência à Saúde (IMAS) Juliano Moreira. 2005. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005.

FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. **Revista Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S14131232006000300026&script=sci_arttext> Acesso em: dez. 2007.

FURTADO, J. P. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos da unidade de reabilitação de moradores ao CAPS estação. In.: HARARA, A; VALENTINI, W. (Org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 37-58.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175p.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 1999. 107 p.

HONORATO, C. E. M.; PINHEIRO, R. O “cuidador da desinstitucionalização”: o trabalho político no cotidiano das equipes de saúde mental nos Serviços Residenciais Terapêuticos. In: PINHEIRO, R. et al.. **Desinstitucionalização da saúde mental** (Org.). Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2007. p. 169-188.

JAEGGER, R. C. et al. A experiência de morar fora: avaliação da satisfação de usuários em um serviço de saúde mental. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p. 27-39, 2004.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.p. 55-59.

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In.: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. A (Org.). **Os sentidos da**

integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2001. p. 19-39.

MARCOS, C. M. A reinvenção do cotidiano e a clínica possível nos Serviços Residenciais Terapêuticos. **Revista Psychê de Psicanálise**, São Paulo, v. 14, p.179-90, jul.- dez., 2004.

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

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 393 p.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7. ed. São Paulo: Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO, 2000. 269 p.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, C.S; DESLANDES, S.F; CRUZ NETO, O; GOMES, G. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 23. ed. Rio de Janeiro; Petrópolis: Vozes, 2004. p. 9-29.

NICÁCIO, M.F.S. et al. Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Nau, 2005. 224p.

NICÁCIO, M. F. S. **Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental.** 2003. 205p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2003.

PEREIRA, V. P.; BORENSTEIN, M. S. Iluminando as vivências de mulheres portadoras de transtornos psíquicos e moradoras de uma residência terapêutica. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 527-534, out./dez., 2004.

RESGALLA. R. M; FREITAS, M. E. A residência terapêutica: o melhor lugar de se viver. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 8, n.2, p.283-289, abr./jun., 2004.

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização: uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Terapêutico do Serviço Residencial**. Ribeirão Preto, 2005a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Saúde de Ribeirão Preto-2005/2008**. Ribeirão Preto, 2005b. Disponível em: <www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/vigilância/planeja/plno05-08.pdf>. Acesso em: 20 set. 2007.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. 2006. **Programa de Saúde Mental** Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/cidadao/cidadao.php?pagina=/ssaude/programas/i16indice.htm>. Acesso em: 15 de out. 2006.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 2001. 178p.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001a. p. 13-18.

SCATENA, M. C. M. et al. Saindo do hospital psiquiátrico: o impacto da vivência “extra muros”. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 5, n.2, p. 63-68, jul./dez., 2000.

SCARCELLI, I. R. Os sentidos do morar e a cidade: um olhar sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v.12, n. 22. nov./dez, p.71-81, 2006.

TRIVINOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

VASCONCELOS, E. M. Os dispositivos residenciais e de reinserção social em saúde mental: contexto, política, estratégias, tipologia, abordagens teóricas e desafios. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v. 12, n.22, nov./dez., p. 53-69, 2006.

APÊNDICE

APÊNDICE

APÊNDICE A
ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Fale sobre o período de implantação do Programa “De Volta para Casa”.
2. Comente sobre as dificuldades enfrentadas nesse processo.
3. Quais foram as facilidades encontradas nesse período?

APÊNDICE B
ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Diga o que você pensa sobre o Programa.
2. Fale sobre como você vê o desenvolvimento do Programa no município.
3. Em sua opinião, quais as estratégias de acompanhamento do Programa, utilizadas pela equipe de saúde, que favorecem a reinserção social do beneficiário?
4. Em que aspectos o Programa pode contribuir para o processo de desinstitucionalização no município?
5. Do seu ponto de vista, quais os avanços, desafios do Programa no município?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Ioneide de Oliveira Campos, sou aluna de mestrado do Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, onde realizo uma pesquisa que tem como objetivo analisar processo de implementação do Programa “De Volta para casa”, no município de Ribeirão Preto, junto aos profissionais que coordenam esse Programa. Convido você a participar desta pesquisa que consistirá de uma entrevista com 6 perguntas, com duração de aproximadamente 01h00min. Para que nenhuma informação passe despercebida, é importante realizar a gravação, se você permitir. Estimo que a realização das entrevistas, com todos os participantes, será no período de setembro a dezembro de 2007.

Nossos encontros serão estabelecidos de acordo com a sua disponibilidade de horário e poderão ser realizados no seu local de trabalho ou outro local de sua preferência.

Desta forma, gostaria de contar com sua participação nesta pesquisa e esclareço que sua colaboração é importante para produção de conhecimento no campo da saúde mental. Asseguro que você receberá uma cópia deste termo de consentimento e que as informações emitidas por você não causarão nenhum dano físico, risco ou ônus à sua pessoa. Sua identidade será preservada, ou seja, seu nome e identidade pessoal não serão divulgados e sua participação não envolve qualquer benefício financeiro. No decorrer da pesquisa você poderá solicitar esclarecimentos e terá a liberdade de recusar-se a participar ou retirar este consentimento.

Estou à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários e será garantida resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados a este trabalho, bem como a liberdade de desistir da participação, em qualquer fase da pesquisa.

Ioneide de Oliveira Campos
(pesquisadora)

Eu, _____,
aceito participar desta pesquisa e estou ciente de como será a minha participação na mesma. Li e compreendi o que consta neste documento e, após assiná-lo em duas vias, ficarei com uma cópia.

Data: ____ de _____ de 2007

Para contato com a pesquisadora: Rua Gastão Viera, 807
Parque Santa Felícia, São Carlos/SP
Tel: (16) 3411 0672/91570702
E-mail: ioncampos@hotmail.com

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A

Aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da EERP/USP



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 161/2007

Ribeirão Preto, 12 de julho de 2007

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 12 de julho de 2007.

Protocolo: n° 0809/2007

Projeto: O PROGRAMA "DE VOLTA PARA CASA": UMA ESTRATÉGIA POLÍTICA INSERIDA NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.

Pesquisadores: Toyoko Saeki
Ioneide de Oliveira Campos

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.


Atenciosamente,


Enfª Maria Antonieta Spino Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª Drª Toyoko Saeki
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B

Formulário de inclusão do solicitante

	SUS	Cadastramento de Usuário no Estabelecimento de Saúde
1. DADOS DO ESTABELECIMENTO		
<input type="checkbox"/> INCLUSÃO 1.1-Nome do EAS _____ <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO 1.2-CNES _____ 1.3-Código IBGE _____ 1.4-Data de Preenchimento _____		
2. MOTIVO DO CADASTRAMENTO		
2.1-Motivo do Cadastro _____ 2.2-Doc. Referência (AIH/APAC) _____ 2.3-Número do Documento de Referência _____ 2.4-Número Provisório _____		
3. DADOS RESIDENCIAIS		
3.2-UF _____ 3.3-Município de Residência _____ 3.4-Código IBGE _____ 3.5-Tipo Logradouro _____ 3.6-Nome do Logradouro _____ 3.7-Número _____ 3.8-Complemento _____ 3.9-Bairro/Distrito _____ 3.10-CEP _____ 3.11-Telefone _____		
4. DADOS PESSOAIS		
4.1-Nome Completo _____		
4.2-Nome da Mãe _____		
4.3-CNS da Mãe * _____ <i>* Preencher quando o usuário cadastrado tiver menos que 1 ano de vida.</i>		
4.4-Nome do Pai _____		
4.5-Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F 4.6-Raça / Cor _____ 4.7-Situação Familiar/Conjugal _____ 4.8-Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileiro <input type="checkbox"/> Estrangeiro <input type="checkbox"/> Naturalizado		
4.9-Data de Nascimento _____ 4.10-UF _____ 4.11-Município de Nascimento _____		
4.12-Data de Entrada no Brasil _____ 4.13-País de Origem _____ 4.14-Data de Naturalização _____ 4.15-Número da portaria de naturalização _____		
4.16-Escolaridade _____ 4.17-Freqüenta escola? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
4.18-CBOR _____ 4.19-Ocupação _____		
4.20-PIS/PASEP _____ 4.21-CPF _____		
4.22-Certidão/Tipo _____ 4.23-Nome do Cartório _____ 4.24-Livro _____ 4.25-Folhas _____		
4.26-Termo _____ 4.27-Data de Emissão _____ 4.28-Nº Identidade _____ Complemento _____ 4.29-Data de Emissão _____ 4.30-UF _____ 4.31-Órgão _____		
4.32-CTPS Número _____ 4.33-Série _____ 4.34-Data de Emissão _____ 4.35-UF _____		
4.36-Título de Eleitor _____ 4.37-Zona _____ 4.38-Seção _____		

ANEXO C

Formulário para cadastro complementar¹⁹

Nome do EAS		CNES
DADOS PESSOAIS		
CPF	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Data Nascimento ____ / ____ / ____
Nome Completo do Beneficiário		
Nome da Mãe		
Nome Pai		
Nome Representante Legal		
Vínculo do Representante Legal:		
01 <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> Irmão(ã) 05 <input type="checkbox"/> Responsável pelo SRT 06 <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____		
DADOS ESPECÍFICOS		
Tipo de Moradia: <input type="checkbox"/> Serviço Residencial Terapêutico <input type="checkbox"/> Moradia com Familiares <input type="checkbox"/> Mora Sozinho <input type="checkbox"/> Outros	Procedência - Instituição de Origem: <input type="checkbox"/> Serviço Residencial Terapêutico <input type="checkbox"/> Hospital Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	Internação: Data de Entrada: ____ / ____ / ____ Data de Alta: ____ / ____ / ____ Instituição de Procedência: _____
O beneficiário recebe algum tipo de benefício?		
P <input type="checkbox"/> Previdenciário L <input type="checkbox"/> LOAS O <input type="checkbox"/> Outros . Qual? _____ N <input type="checkbox"/> Nenhum		
DADOS DA CONTA BANCÁRIA		
Cód. Agência	Operação 023 <input type="checkbox"/> 013 <input type="checkbox"/> 001 <input type="checkbox"/>	Nº Conta Corrente _____ (DV)
		Data Abertura C/C ____ / ____ / ____
Data de Cadastramento ____ / ____ / ____	Nome Profissional Responsável	Nº RG
Telefone: ()	Assinatura:	

¹⁹ Esta ficha foi elaborada em 19/10/2003 e alterada em 04/12/2003