

INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como proposta analisar o Programa Vida em Casa criado por meio da portaria nº 86 de Junho de 2004 a fim de atender ao previsto na Lei 10.216 no que diz respeito à assistência em saúde mental no Brasil, procedendo a um estudo acerca de sua aplicabilidade no Distrito Federal. Foi desenvolvida na linha de pesquisa *Estado, Políticas Públicas e Cidadania*, uma vez que trata-se do estudo de uma política pública.

Busca-se um estudo das ideias preconizadas pelo “Programa Vida em Casa” no âmbito do Distrito Federal, onde diferentes modelos de gestão da saúde mental foram adotados com o intuito de organizar e operacionalizar o sistema nessa área da saúde em consonância com os princípios e doutrinas estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

As lutas por transformações sociais penetram vários campos do cenário social-político-jurídico, técnico-assistencial, teórico-conceitual e sociocultural, envolvendo diferentes protagonistas nesse processo, quer sejam gestores, sociedade, órgãos não governamentais e representantes da sociedade civil.

Cabe informar que em alguns momentos, a gestão governamental no Distrito Federal adota uma postura voltada para a alocação de recursos para investimento na área de implementação e execução das políticas públicas em saúde mental no âmbito do seu território, já em outros, de acordo com a conjunção política local e as diversas coligações e ligações partidárias, houve longos períodos de estagnação no que se refere à operacionalização da política pública do Governo Federal.

Tais posturas refletem também as questões estruturais e o longo processo burocrático pelo qual são submetidos os projetos formulados pelos gestores locais. A participação dos atores envolvidos no contexto de atuação na área de saúde mental no Distrito Federal tem ratificado o interesse da comunidade, famílias e associações de classe nesse movimento em busca de melhor acessibilidade aos serviços, humanização e principalmente inclusão social dos sujeitos que necessitam desses serviços. A temática sobre a política pública em saúde mental do Governo Federal remete também a uma discussão referente à questão dos direitos humanos, igualdade para todos e dignidade. Ressalta-se aqui o fato da inserção do Brasil

como um Estado Democrático, prevalecendo então o respeito aos direitos e a dignidade humana.

Numa perspectiva política, social e econômica, a saúde mental traz hoje um processo de transformação com o sentido de oferecer uma assistência de qualidade, promovendo o desenvolvimento da autonomia, da liberdade, da autoestima ao doente mental que passa pela experiência de doença mental, que necessita de uma ajuda para essa transformação, para seu reposicionamento subjetivo, para que ele consiga sentir-se útil e capaz, participar de seu mecanismo de vida e tratamento, sendo um agente ativo nesse processo.

Historicamente, a luta por melhores condições de acesso e tratamento humanizado aos portadores de sofrimento mental no Brasil inicia-se de forma relevante na década de 1970, onde diversos fatores contribuíram para a eclosão de um movimento denominado de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), que na realidade se confunde com o Movimento Sanitarista, uma vez que, não se buscava melhorias na qualidade do tratamento e do cuidado somente para uma classe específica de pessoas, e sim, o que se pleiteava era uma reorganização de todo o Sistema de Saúde no Brasil.

A partir desse evento, na década de 1980 houve uma sequência de acontecimentos importantes no campo social e político que culminaram com adesões no Legislativo e Executivo, com participação direta dos representantes legais da sociedade na elaboração, aprovação e regulamentação de leis federais que foram instituídas como políticas públicas.

Assim, o problema de pesquisa que norteia a produção científica deste estudo constitui-se em: O “Programa Vida em Casa” foi efetivamente implementado no Sistema de Saúde Mental do Distrito Federal?

A hipótese é de que embora o Programa atenda aos princípios estabelecidos no que diz respeito às ações sociais, participação popular, descentralização e universalidade, no entanto, no contexto do Distrito Federal sua implementação não atende à total necessidade da população.

Objetiva-se de maneira geral analisar o “Programa Vida em Casa” no tocante à sua aplicabilidade no Distrito Federal. Como objetivos específicos busca-se elaborar uma contextualização discursiva acerca da loucura a partir de Foucault,

descrever os pressupostos teóricos que alicerçaram a elaboração do “Programa Vida em Casa” e identificar a percepção dos profissionais de saúde acerca da aplicabilidade e efetividade do Programa.

Para a elaboração e argumentação teórica, alguns autores são utilizados, sendo que, Michel Foucault proporciona o arcabouço teórico principal da dissertação, com a obra *A história da loucura na Idade Clássica* e outras publicações complementares.

Justifica-se neste momento um estudo desta temática no campo de atuação das políticas públicas em saúde mental, uma vez que, trata-se de um assunto discutido e debatido em instâncias da sociedade civil e também em nível governamental e da gestão pública. Nos dias atuais, os estudos sobre saúde mental, deixam de ser meramente relacionados aos modos de tratamento e propostas terapêuticas e adquire um contexto multidimensional, onde se pretende avaliar desde os aspectos legais e éticos, socioculturais e políticos envolvidos não somente no contexto da reabilitação, mas, e ainda com maior importância, os mecanismos prováveis para atuação na prevenção das doenças e promoção da saúde.

Para realização da pesquisa opta-se pelo método qualitativo, por melhor explicitar a visão dos participantes, suas crenças, percepções e opiniões dentro de uma subjetividade desejada. Para tanto desenvolve-se uma pesquisa de campo junto aos profissionais do Programa Vida em Casa (PVC) do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). A coleta de dados se deu por meio da aplicação de questionário abordando perfil sócio-demográfico e questões subjetivas sobre seus conhecimentos, perspectivas e construções ideológicas acerca do referido Programa. O projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo CEP/FEPECS/SES (Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal) de acordo com parecer de nº 979.375 em 09/03/2015.

Para tanto, este trabalho foi organizado da seguinte forma:

O primeiro capítulo intitulado *Michel Foucault e as reflexões sobre a origem da loucura* traz a fundamentação teórica para discussão da loucura, apresentando sua trajetória, conceituação e evolução ao longo do tempo. Descreve suas dimensões sociais e históricas nos períodos da Idade Média, Idade Moderna e

Contemporaneidade, com a caracterização dos principais atores e acontecimentos em cada um desses momentos históricos.

O segundo capítulo intitulado *História da Política Pública em Saúde Mental* traz uma discussão sobre a definição de políticas públicas, enfocando os aspectos políticos, sociais e culturais envolvidos no processo da construção teórico/prática das políticas públicas em saúde mental no Brasil, bem como, o processo evolutivo a partir da Lei 10.216 e seu impacto no sistema de saúde mental do Distrito Federal.

O terceiro capítulo, intitulado *Rede de ideias entre a teoria e a prática na Saúde Mental: Percorso Metodológico* traz a descrição da metodologia utilizada para a composição do estudo, o detalhamento sequencial para aplicação da pesquisa de campo, elencando os sujeitos da pesquisa, técnica de coleta de dados, aspectos éticos e análise dos dados, e por fim, a discussão dos resultados, com abordagens reflexivas acerca das significações e ressignificações propostas pelos atores envolvidos.

CAPÍTULO 1

MICHEL FOUCAULT E AS REFLEXÕES SOBRE A ORIGEM DA LOUCURA

Neste capítulo, a história da loucura constitui-se como eixo norteador, partindo de uma linha cronológica da Idade Média à Contemporaneidade. A primeira sessão trata do referencial teórico sobre o processo histórico da evolução conceitual da loucura ao longo dos séculos V a XV. Na segunda sessão dá-se continuidade à descrição histórica com abordagem discursiva acerca da loucura no período compreendido entre os séculos XV e XVII. Por fim, a terceira sessão trata especificamente sobre o surgimento do saber psiquiátrico a partir do século XVIII e os principais atores envolvidos no contexto histórico deste acontecimento.

1.1 A LOUCURA NA IDADE MÉDIA: MISTICISMO E RELIGIOSIDADE

A loucura sempre foi fascinante aos olhos do homem. Esteve presente na literatura, nas artes e no imaginário de cada um. Trata-se de um tema amplamente debatido desde a antiguidade.

Ao longo da história, foi vista e abordada de diversas formas e as percepções e representações acerca da loucura, modificaram e sofreram ressignificações de acordo com o momento político, social e cultural da humanidade.

Na Antiguidade, por exemplo, como todos os eventos que assolavam a humanidade, era contemplada como um evento místico, ligado aos deuses, sua manifestação não implicava em julgamento moral, relação de certo ou errado ou de normalidade e anormalidade. A esse pensamento, Foucault irá denominar como visão cósmica da loucura.

Oda (2005) afirma que as pessoas que apresentavam comportamento fora dos padrões estabelecidos, eram excluídos e chamados de loucos, insanos, e dementes. Consequentemente ficavam reclusos em cadeias públicas, quartos particulares e hospitais de caridade. Nesse sentido, a loucura nem sempre foi considerada uma doença com possibilidade de tratamento e cura, mas como, uma verdade reconhecida pela sociedade da época em virtude do misticismo vigente no período.

Autores, tais como Oda (2005), Amarante (1994), Desviat (1999), Castel (1978), analisaram o processo de transformação do entendimento da loucura ou mesmo o impacto causado pelo louco na sociedade.

No entanto, a obra que mais se destaca quando se quer analisar a trajetória histórica da loucura no mundo é a tese de doutorado de Michel Foucault, publicada no Brasil com o nome “História da Loucura” (FOUCAULT, 2004). O autor descreve e analisa os acontecimentos que levaram a loucura a ser entendida como “doença mental”, passando então a ser objeto de estudo de novas intervenções, medidas, definições e conceitos que irão compor o campo da psiquiatria daí em diante.

Neste contexto, destacam-se três importantes momentos que circunscrevem as principais modificações no entendimento da loucura: a Idade Média, a Grande internação (Idade Moderna) e a idade contemporânea.

Foucault designa um perfil da loucura em sua especificidade, ou seja, não como algo imutável, estanque:

A essência da loucura está ligada, segundo ele, aos contextos históricos, culturais e econômicos. Para os “desprovidos de razão” houve sempre a exclusão do convívio social, isso desde a Idade Clássica e podemos dizer até os nossos dias. (FOUCAULT, 2004, p.13).

O pensamento de Foucault, desde o início, permeia a compreensão da loucura e a investigação de possibilidades, indagações e perplexidades, para todos os campos com os quais dialoga sua obra, colocando em questão a noção de normalidade de uma forma própria. De certa forma, a definição da loucura como doença foge da abordagem meramente psicopatológica, inserindo-se em áreas como a filosofia, sociologia, analisando a capacidade do “louco” manter-se em contato com os “normais”, produzindo sentido à sua vida.

Então, a loucura passa a ser vista como mal a ser perseguido e extirpado ou purificado – é a ideia de contaminação ou defeito associada ao indivíduo desviante considerado anormal. (FOUCAULT, 2004)

Nesse período, toda sorte de atribuição, sofrimento, e dificuldade enfrentada pelo indivíduo em decorrência de alteração em sua capacidade mental, justifica-se por meio de argumentação de conteúdo divino, as entidades superiores seriam

responsáveis por tais eventos. Simplesmente se atribuíam a loucura meramente a questões espirituais. Surgem então, instituições que recebiam toda espécie de pessoas que não se incluíam no modelo social estruturado, que não atendiam aos padrões preestabelecidos pelas classes sociais dominantes e pelas autoridades da época. (FOUCAULT, 2004)

Durante toda a Idade Média, até o século XV, também se expressou a loucura por meio da arte, principalmente às imagens, pura expressão dos temas religiosos. A percepção que se tinha era que o saber poderia se manifestar por registros de imagens, relacionando-as com verdades sobre a loucura. As imagens exercem um fascínio sobre o homem do século XV, proporcionando uma diversidade de aproximações sobre o saber da loucura, numa visão encantadora de suas revelações. (FRAYZE-PEREIRA, 1984)

A busca incessante pela aproximação e entendimento da loucura sempre estimulou a curiosidade do homem, visto que, mesmo a considerando como um sinal das divindades, sempre se buscou os verdadeiros mistérios que a cercam, suas diferentes formas de manifestação e suas reais causas, chegando a associá-la com a morte, aos vícios, à sabedoria e aos sonhos.

No período da alta Idade Média, a lepra apresenta-se como epidemia na Europa e assume status de “mal” que purifica os pecadores, os leprosos são considerados como dignos da bondade de Deus, vistos como pessoas sagradas. Dessa forma, para se evitar o contágio são banidos das cidades, mantidos à distância, cercados por rituais que lhes abrem as portas para a salvação. A crença de que o contato com a doença era necessário para a santidade e comunhão do doente permaneceu até o seu desaparecimento ao final das cruzadas. (FRAYZE-PEREIRA, 1984)

Por todo o continente europeu, havia uma infinidade de leprosários - locais destinados ao isolamento do doente - e com a diminuição gradativa da epidemia da infecção, tornaram-se locais sem nenhuma utilidade, porém, mantendo características marcantes que indicavam a necessidade de se manter bem distante qualquer possibilidade de contato com esses doentes.

A lepra se retira, deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa. Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar à sua volta um círculo sagrado. (FOUCAULT, 1978, p. 9)

Embora tenha a lepra desaparecido em quase a sua totalidade, tais locais e estruturas passaram a ser legado de exclusão, sendo necessário a sua ocupação por outros personagens, desta feita, as prostitutas, os pobres, vagabundos e presidiários, agora considerados simplesmente loucos. (FOUCAULT, 1997)

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e "cabeças alienadas" assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão — essencialmente, essa forma maior de uma partilha. rigorosa que é a exclusão social, mas reintegração espiritual. (FOUCAULT, 1978, p. 10)

Assim, o homem europeu estabelece relação com alguma coisa que confusamente designa Loucura, Demência, Desrazão. Essa relação é experimentada como algo cotidiano, isto é, a loucura torna-se evento comum, possível a cada pessoa, aceita, não combatida. Entretanto, posteriormente, a loucura passa a dominar todas as fraquezas humanas, devido se tratar de um evento visível, que não esconde nada, não obscurece, ela atrai as pessoas pelo fato de conseguir manter uma dominação sobre as coisas. (FOUCAULT, 1997)

Embora desde a Idade Média já existissem mecanismos de exclusão do louco, ainda não é aí que a loucura vai ser percebida como um fenômeno que requeira um saber específico, pois os primeiros estabelecimentos criados para circunscrever a loucura destinavam-se simplesmente a retirar do convívio social as pessoas que não se adaptavam. Somente em outro período histórico é que se transformará essa relação. (FOUCAULT, 1997)

Na Idade Média os portadores de deficiência, os loucos, os criminosos e os considerados “possuídos pelo demônio” faziam parte de uma mesma categoria: a dos excluídos. Deviam ser afastados do convívio social ou, mesmo, sacrificados. (FREITAS, 2000, p.13).

Desse modo, mesmo com a criação dos sanatórios ou hospícios algum tempo depois, os loucos eram tratados de forma excludente, e devido a sua patologia, colocados à margem da sociedade, sendo impedidos do convívio com as pessoas. O tratamento pautava-se na reclusão, afastados, isolados por muros altos, grades, segurança rígida, nos moldes das prisões tradicionais.

Tal fato remete a uma reflexão sobre o real olhar do mundo sobre a loucura. Seria objeto de intervenção científica no campo da saúde? Ou seria ela, a loucura, considerada apenas como um advento de falha ou fraqueza humana e que requeria ações julgadoras e punitivas?

1.2 A LOUCURA NA IDADE MODERNA: A GRANDE INTERNAÇÃO

O período compreendido entre os séculos XVI e XVIII caracteriza-se com a era moderna, a qual Foucault designa como a “Grande Internação”. Tal período foi marcado pela estruturação do Estado e industrialização, bem como, o reconhecimento do homem enquanto cidadão pertencente a uma cidade, sociedade e/ou Estado. (FOUCAULT, 1997)

O homem assume um papel enquanto cidadão com direitos e deveres. As cidades começam a enfrentar o problema do grande número de mendigos e aumento crescente da pobreza e desemprego, surge assim a necessidade de se criar grandes lugares para servir de abrigo aos pobres e àqueles que não têm trabalho.

A “Grande Internação” serve de abrigo aos miseráveis e pessoas segregadas uma vez que, a sociedade da época se adequava às mudanças propostas pelo novo modelo de produção que se fazia vigente. Portanto, as pessoas que não se incluíam nessa possibilidade eram tratadas de forma excludente, com vista a não interferir no processo evolutivo da época. Prostitutas, idosos, mendigos, criminosos, todos os indivíduos que eram estigmatizados como inúteis ao Estado

estavam sujeitos a serem colocados fora do convívio social, dentro de um manicômio. (FOUCAULT, 1997)

Amarante (1994) cita que por volta dos séculos XVI e XVII o acolhimento dessas pessoas era feito nas Santas Casas de Misericórdia e Hospitais de Caridade, que além dos loucos, acolhiam toda sorte de miseráveis e doentes, com o intuito de diminuir o sofrimento e dar conforto, sem ações de profissionais na área de saúde.

Dessa forma, a trajetória utilizada para se lidar com os loucos e com os pobres foi a internação. Os loucos foram enclausurados por não de adaptarem às novas perspectivas da sociedade europeia. Ressalta-se que durante os séculos XVI e XVII, a modalidade de “cuidado” com a loucura restringiu-se ao internamento hospitalar, embora, este hospital não tivesse nenhuma preocupação médica com a loucura, e em alguns, nem mesmo havia a presença desses profissionais.

O século XVII se apresenta com a criação de uma quantidade bastante razoável de casas de internamento. Muitas pessoas são enviadas para estas instituições. Assim, a loucura pode ser percebida por meio da quantidade de internamentos. Nestes locais, os insanos têm péssimas condições de vida, submetem-se a situações subumanas, em locais sujos, frios, lotados de gente e sem comida. Para que fosse internado, o insano não depende da idade, nem do sexo, nem se seu caso fosse curável ou não.

O marco histórico que melhor define esse período é a criação do Hospital Geral de Paris em 1656, local este onde os pobres, indigentes e miseráveis eram “internados” de forma aleatória e compulsória. As internações não seguiam nenhuma indicação médica, sendo na realidade, um dispositivo para controle populacional do Estado. O hospital servia como medida de contenção para os delinquentes, miseráveis, devassos e prostitutas que de uma forma ou de outra eram “desagradáveis” à comunidade, sendo apenas confinados sem nenhuma medida terapêutica efetiva, até porque, na maioria dos casos, a questão não se relacionava com a saúde, e sim, com implicações sociais e assistenciais. (FOUCAULT, 2004)

O Hospital Geral teve finalidades diversas e diferenciadas mutuamente no tempo. A loucura enquanto objeto de experiência médica, quando inserida na referência da etiologia e do risco, é um fenômeno evanescente para compreensão daquele que se identifica como detentor do Poder. O Hospital representa então a

presença do louco em diversas áreas da sociedade. A loucura no Hospital Geral na visão de Foucault se põe como objeto de conhecimento e se mistura com a própria imagem do Hospital.

A institucionalização da loucura por meio do Hospital Geral embasa-se nas leis e normas que o regem. Sob esta ótica, torna-se forte centro de poder e transforma-se numa fortaleza e local de reclusão e disciplina, uma vez que, as leis do período não se preocupavam com a justiça, e sim, com a autoridade. (PEREIRA, 2003)

O internamento demarcava e anotava a presença daquele sujeito que, mesmo ocupando o espaço do hospital, ali era reconhecido apenas como um louco, não importando sua história e seu passado. Novamente vem à tona, o exercício do Poder, mantendo-se mais confiante e seguro. A dicotomia entre bem e mal se mantém viva e é praticada no dia-a-dia, na rua ou no hospital, sendo que o sujeito louco é estigmatizado e discriminado, corporificado como sinal do mal, maneira esta encontrada pelo Poder, para manter, permanecer e se conservar. (PEREIRA, 2003)

Assim, a questão social desencadeada pelo acontecimento Loucura, era também, e, sobretudo, uma problemática de cunho político. Na época Clássica, o Poder absoluto, supunha o autoritarismo contra os miseráveis que não tinham nenhuma forma de defesa, o que os levava a se perceber como indigentes em uma viagem com pouca ou nenhuma perspectiva. O internamento, nesse sentido, materializa-se como exclusão social e a segurança para o Poder se manter e se apresentar livre de qualquer risco.

Desse modo, não havia clara distinção entre razão e desrazão conforme sugere Foucault, somente sendo possível se for aceito o argumento de que o uso de força também constitui instrumento utilizado na época. Todavia, não havia para o sujeito louco nenhuma possibilidade de recusa ao internamento, já que ser louco, para o Poder pleno da época, não era uma escolha, mas uma designação de natureza social e política. Assim, produz-se um legado nada valioso, baseado em reclusão e clausura, dificultando a verdadeira compreensão da loucura.

Dessa forma, assim descreve Foucault:

A loucura só terá hospitalidade doravante entre os muros do hospital, ao lado de todos os pobres. É lá que a encontraremos ainda no final do século XVIII. Com respeito a ela, nasceu uma nova sensibilidade: não mais religiosa, porém moral. Se o louco aparecia de modo familiar na paisagem da Idade Média, era como que vindo de outro mundo. Agora, ele vai destacar-se sobre um fundo formado por um problema de “polícia”, referente à ordem dos indivíduos na cidade. (FOUCAULT, 2004, p. 63)

Desta feita, a loucura mantém sua institucionalização, tendo como origem a miséria e a ignorância essencialmente, sendo anunciada como deformação da razão e suas práticas induzidas. Essa deformação indicava dificuldade para exercício pleno da razão, em virtude da opressão promovida pelo Poder para se manter inteiro e pleno. O sujeito e sua loucura eram vistos como elementos criadores e sustentadores da desrazão, sendo então, objeto de intervenção das autoridades de Poder, como medida punitiva.

A prática da internação vai se constituir, portanto como resposta dada pelo século XVII à crise econômica que afeta o mundo ocidental. Grandes alterações socioeconômicas que assolam a Europa – como a ascensão da classe burguesa e o declínio da sociedade – culminando com altos índices de êxodo rural e produção de índices elevados de mendicância e criminalidade nas cidades. Junta-se a esses fatores, o aumento do desemprego, diminuição de salários e escassez de moeda. (SILVA, 2001)

Nesse sentido, a internação desempenha duas funções básicas e essenciais para a sociedade da época, quais sejam: prender os desprovidos de trabalho nos períodos de crise e fora desses períodos, promover trabalho aos que haviam sido presos, a um preço barato, fazendo-os servir dessa forma, à prosperidade de todos. (SILVA, 2001)

Remetendo à consideração da autora, entende-se que a internação indica uma reação à miséria, que outrora na Idade Média fora tratada numa perspectiva religiosa que a santificava e que agora é enxergada como um desvio moral que a condena. Nesse contexto a pobreza sugere castigo, descontentamento de Deus e sua existência é sinal indicativo de maldição, sendo então a internação, considerada uma punição moral à miséria.

Para Foucault, duas vertentes principais fundamentam a sensibilidade à loucura no século XVII, período que se costuma definir como artifícios da razão a associação entre a loucura e a ociosidade.

O fato de os loucos terem sido envolvidos na grande proscricção da ociosidade não é indiferente. Desde o começo eles terão seu lugar ao lado dos pobres, bons ou maus, e dos ociosos, voluntários ou não. Como estes, serão submetidos às regras do trabalho obrigatório; e mais uma de uma vez aconteceu de retirarem sua singular figura dessa coação uniforme. Não se esperou o século XVII para “fechar” os loucos, mas foi nessa época que se começou a “interná-los”, misturando-os a toda uma população com a qual se lhes reconhecia algum parentesco. A partir da era clássica e pela primeira vez, a loucura é percebida através de uma condenação ética da ociosidade e numa imanência social garantida pela comunidade de trabalho. Essa comunidade adquire um valor ético de divisão que lhe permite rejeitar, como outro mundo, todas as formas de inutilidade social. (FOUCAULT, 1989, p. 72)

Desse modo, infere-se que a loucura em um determinado momento e sob a ótica de Foucault se insere no contexto da discriminação sendo associada à miséria e incapacidade para o trabalho e para seguir os ritmos da vida coletiva. Percebe-se nesse contexto que a questão da exclusão e resistência à aceitação da doença enquanto evento científico em virtude de alterações mentais específicas data de muito tempo, sendo que desde antes do surgimento da psiquiatria, já se estigmatizava a loucura como objeto de repressão e motivo de medos e tabus.

Esse século representa também o início da chamada Revolução Científica, que marca a busca pelo progresso da ciência e da tecnologia, pelo desenvolvimento da economia, das profissões e também expansão da educação. Centraliza-se a ação do Estado, com indicação de ordem e disciplina acima de tudo, momento este que a anormalidades e a irracionalidade são objetos de contraposição por parte das autoridades, sendo a razão buscada ao extremo. (PORTER, 2001)

Desse modo, o tratamento ao louco até o século XVIII sustentava-se basicamente no isolamento moral e social, sendo incluído no contexto do enclausuramento também os pobres, desempregados e mendigos, não se considerando necessariamente a presença ou não da “loucura” (FOUCAULT, 2004)

O Estado encontra na internação uma solução imediata para ao problema da pobreza e da loucura. As pessoas - dentre elas os loucos – que não se ajustavam ao

novo processo de ampla produção que se vislumbrava na Europa, ou que representavam alguma forma de ameaça à ordem pública, eram enclausurados sem distinção. Durante todo o século XVII e século XVIII, o hospital foi o principal destino dos loucos. (FOUCAULT, 2004)

Infere-se após a discussão acerca dos acontecimentos citados no período da Idade Moderna que a loucura foi tratada como objeto de exclusão e punição pelos detentores do Poder. Embora tenha sido superado o pensamento meramente mítico-religioso que predominava na Idade Média, pouco se acrescentou à figura do louco, enquanto sujeito merecedor de respeito e humanização pela sociedade e autoridades. Surge nessa época a figura do Hospital Geral, como estratégia de internamento independente de a loucura estar ou não instalada, sendo apenas um local de confinamento daqueles que de alguma forma se caracterizavam como loucos, dentre esses, os mendigos, criminosos e toda sorte de pessoas indesejáveis aos olhos dos “normais”.

1.3 O SABER PSIQUIATRICO A PARTIR DO SÉCULO XVIII: LOUCURA E DOENÇA MENTAL

O século XVIII foi marcado por eventos determinantes para o processo de transformação do sistema feudal para capitalista, caracterizado por transformações econômicas, políticas e sociais. Com o advento das novas fábricas e a evolução do ritmo de produção, torna-se possível o uso de novos instrumentos e mecanismos para a divisão da força de trabalho.

Nesse contexto, há a substituição gradativa do trabalho artesanal pelo trabalho assalariado, com o conseqüente surgimento de outras classes sociais tais como o proletariado, a burguesia e também a classe média. Doravante isso, nesse período, a ciência passa a receber o *status* de verdade. Cabe então, consideração acerca das classes sociais predominantes à época.

O proletariado consiste na classe social na qual seus componentes têm a oferecer apenas a força de trabalho, sendo que sua produção e seus serviços pertencem exclusivamente àqueles que pagam por seus serviços.

No caso da burguesia, caracteriza-se como uma classe social com proprietários de capitais e com visão focada no materialismo. Contempla o grupo de pessoas que adquire os meios de produção de riqueza e inserção social por meio de valoração da propriedade, a fim de garantir a sua supremacia.

A classe média sucede a burguesia, sendo composta pelos possuidores de padrão de vida e poder aquisitivo razoável, com possibilidade de investimento, eventos de lazer e cultura. Surge por meio da consolidação do capitalismo e tem sua história inicial relacionado ao processo de industrialização no mundo.

No século XVIII há a predominância do surgimento de instituições como escolas, prisões e asilos, bem como, manicômios, sendo estes destinados a abrigar pessoas consideradas problemáticas para o Estado, por serem rotuladas de irracionais. (PORTER, 2001)

Sob o rótulo de problema englobavam-se todos os sujeitos que apresentassem postura e comportamento incompatíveis com os padrões vigentes. Sendo assim, esses indivíduos eram estigmatizados como inúteis ao Estado e excluídos do convívio social, dentro de um manicômio. Este movimento constitui-se ação para institucionalização da loucura, onde o louco é levado a local específico para que seja curado, ou pelo menos, controlado em suas desrazões, a fim de que não corrompa a sociedade. (PORTER, 2001)

Aos manicômios não cabia somente prover atendimento médico para os insanos, mas também ter o direito de decidir por eles e julgá-los, quando necessário. Logo no início, a instância da ordem era ligada ao poder real. Aos poucos, este poder foi concedido à burguesia. Pode-se então concluir que, para o louco, há exclusão topográfica, exclusão lógica e exclusão política. Sem chão, sem razão e sem cidadania. Para exercer sua cidadania no seu território, ao louco só resta vagar pelas ruas e becos ou ser recluso em grades. A lógica da exclusão se dá a partir do momento que tem também sua voz silenciada, não tendo mais o que dizer. (FOUCAULT, 2004)

Destaca ainda o mesmo autor, que a partir do séc. XVIII começa efetivamente a internação com características médicas e terapêuticas. Nesse momento surge uma área específica do saber para lidar com a loucura: a psiquiatria. A loucura é considerada como uma verdade médica e instituiu-se efetivamente um

local para uma conduta terapêutica. Surge então um corpo de conceitos médicos e teóricos para o tratamento do louco.

Ao mesmo tempo a internação representava a possibilidade de estabelecer-se a nosografia e a nosologia da doença mental. Neste período a loucura adquire o *status* de doença. (KANTORSKI *et al.* 2004)

Cabe nesse sentido, uma breve discussão a respeito de nosografia (NOSOGRAFIA = nosos + graphos), definida como sendo a classificação de enfermidades usando como critério classificatório para a doença, os dados descritivos de sua forma, de sua aparência. Por nosologia (NOSOLOGIA= nosos + logos) – entende-se como a classificação de enfermidades utilizando-se como critérios os dados explicativos da doença, ou seja, sua etiopatogenia.

Com o fim da 'Grande Internação' e o surgimento da atuação médica, ocorre a inauguração de uma nova forma de visão da loucura, que agora se pauta na necessidade de um novo saber denominado *alienismo* ou medicina mental, com ares de elevação ao campo da ciência, que seria sempre questionado, mesmo quando posteriormente foi reconhecido sob a forma de psiquiatria e da clínica psiquiátrica.

Foucault reflete sobre a existência da produção de formas de relação com a loucura, mais especificamente a conceituação da loucura como “alienação mental” e posteriormente como “doença mental”, que transformam a experiência que se tinha da loucura na época clássica. (KANTORSKI *et al.* 2004)

De acordo com Foucault (2004) o que possibilitou a mudança do modelo meramente de exclusão social, para um modelo de tratamento e cuidado com a concepção científica dos hospitais foi a introdução dos mecanismos de disciplina em seu interior. Com as modificações ocorridas no século XVIII, permitiu-se nova modalidade de controle social e processo de hierarquização do cuidado.

Outro ponto a se destacar é o saber médico da época, período em que a doença começa a ser compreendida como um processo fundamentado no sistema epistemológico das ciências naturais, sendo considerados para sua análise, seu curso, desenvolvimento e a ação do meio ambiente sobre o indivíduo.

Ressalta ainda Foucault (2004) que é a partir da transformação do pensamento em relação à loucura, onde se passa a considerá-la como doença

mental que a psiquiatria se constitui como um campo de saber na esfera científica e se designa um lugar específico para tratamento, cuidado e “cura” da doença mental.

Desse modo, a formação médica se volta para uma abordagem centrada em bases científicas e valorizam-se os estudos e informações acerca da loucura, que adquire literalmente *status* de doença/transtorno, recebendo novas análises e definições que abrangem os campos da psicologia, das emoções e dos sentimentos.

Nesse sentido, ilustra-se uma definição específica para o termo doença mental:

Síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes que ocorrem num indivíduo e estão associados ao sofrimento e incapacitação ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento, morte, dor, deficiência ou perda importante da liberdade. (DSM IV, 1994, p. XXIII)

O surgimento do hospital como espaço médico se dá no momento de transição para a disciplinarização do cuidado ao louco e à sua desrazão e ao deslocamento do saber médico a um ambiente favorável para essa relação de poder sobre o doente. A moral e a hierarquia vão determinar essa ascensão.

Foucault (2004, p.18) ressalta que o hospital terá por função “assegurar o esquadrinhamento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, como também transformar as condições do meio onde estão colocados”. O hospital passa a ter três características principais, sendo elas: organização da estrutura interna, organização interna centralizada na figura do médico e registro permanente dos eventos ocorridos no hospital, sendo este espaço para formação médica.

A psiquiatria surgiu no século XVIII, quando foi dada ao médico a incumbência de cuidar de uma determinada parcela da população excluída do meio social, que se encontrava reclusa em instituições onde eram colocadas todas as espécies de indivíduos cujas condutas não coadunavam com a moral da época. Ou seja, os loucos conviviam em instituições fechadas juntamente com leprosos, prostitutas, ladrões, vagabundos. A loucura se inscreve em um lugar polêmico e com o declínio do Feudalismo, o Estado, buscando formas de organização, se deparou

com uma população de indivíduos de difícil adequação às novas modificações na sociedade. (FOUCAULT, 2004).

O desenvolvimento da psiquiatria se correlaciona com a revolução francesa e principalmente com as ações de Philippe Pinel¹ para atribuir ao hospital um caráter terapêutico de atendimento. Além de desacorrentar aqueles loucos, ele também, fundou a psiquiatria como especialidade médica, por meio de uma nosografia sobre a loucura. O contexto do surgimento e evolução da ciência psiquiátrica perpassa com certeza pelo campo de observação de Pinel, o seu poder de relacionar as atitudes estranhas, os hábitos bizarros, os gestos e os olhares com o que está próximo, com o semelhante ou diferente. (FOUCAULT, 2004)

A influência Pineliana consolida e institui a psiquiatria como especialidade médica prevendo no manicômio o local específico de internação, sendo pautada no isolamento, na vigilância e na disciplina para a construção do tratamento psiquiátrico. (FOUCAULT, 2004)

Amarante (1995) relata que na passagem do século XVIII para o século XIX, começou a haver uma predominância do pensamento ligado à doutrina organicista. O apego aos tratamentos físicos resultou das dificuldades práticas do tratamento moral e a urgências determinadas pela superpopulação nos manicômios. Os psiquiatras da época iniciaram a busca pelas causas orgânicas da loucura e em detrimento dessa nova realidade, atribui-se cada vez mais um rol de intervenções brutais e violentas, sobrepondo as questões físicas ao poder de atuação sobre o cérebro doente.

¹ “Pinel é um dos precursores da psiquiatria moderna, ramo da medicina a que se dedica após a tragédia de um amigo seu que, tendo enlouquecido, fugiu para a floresta onde foi devorado pelos lobos. À frente dos serviços médicos do hospício de Bicêtre revolucionou os métodos de tratamento dos doentes mentais. Mandou que fossem libertados pacientes que, em alguns casos, se achavam acorrentados há vinte ou trinta anos. Proibiu a prática de tratamentos antigos, como a sangria, os vomitivos e purgantes. Pinel retirou as doenças mentais do terreno das superstições e credices, a que, até seu tempo, se encontravam relegadas, mostrando que tais enfermidades decorriam de alterações patológicas do cérebro.” (Enciclopédia Mirador Internacional, vol. 16, p. 8.899).

A história da loucura nos séculos XVIII e XIX é quase sinônimo da história de sua captura pelos conceitos de alienação e, mais tarde, de doença mental. Esse processo tem seu significado vinculado à criação de um novo modelo de homem ou de um novo sujeito na modernidade. Essa nova noção de sujeito se funda no surgimento da ideia de indivíduo e se concretiza na consolidação do sujeito de conhecimento cartesiano, pautado na racionalidade que se torna hegemônica como método de produção de conhecimento. (AMARANTE, 1995, p. 76)

Modifica-se então, a forma de se pensar acerca das causas da loucura, mas o manicômio se consolida agora de uma forma ainda mais violenta, justificada por um aparato teórico. O manicômio deixa de ser um "instrumento de cura" e passa a ser local de depósitos de diferentes formas de loucura, onde se impuseram diversos atos de violência, em nome da ciência.

Historicamente várias foram as técnicas e soluções utilizadas para se lidar com a loucura, tais como a alienação², o tratamento moral³ e até mesmo a traumaterapia⁴, nesse percurso, a loucura foi vista como castigo dos deuses, como maldição por atos de antepassados, mas, os loucos também já foram considerados como pessoas com poderes divinos.

Marcado pela Revolução Francesa, o surgimento da Era Moderna, trouxe novas concepções nas formas de organização econômica e social. Toda aquela população de indivíduos excluídos passou a ter importância em um novo mercado de trabalho emergente e na concepção de cidadania, liberdade e igualdade. Nessas instituições fechadas sobraram os loucos. As instituições da Idade Clássica, diferentemente da Idade Moderna, eram baseadas em uma prática de hospedagem e "proteção".

² A teoria alienista desenvolvida por Pinel admitia que o louco pudesse ser curado com o contato com a sociedade, mas sob o controle do psiquiatra. (CUNHA, 1990)

³ O tratamento moral fundava-se, pois, na crença de que seria possível introduzir mudanças significativas no comportamento dos doentes por meio de atitudes humanas, mas firmes, da equipe técnica para com aqueles. Na prática, o cerne do tratamento moral é o poder médico, tendo este, pleno poder enquanto gestor e ordenador da vida psíquica do doente, e principalmente sobre a sua conduta moral e social. (CUNHA, 1990)

⁴ De acordo com Cunha (1990), o tratamento "científico" era baseado na coerção, e Franco da Rocha foi o precursor das terapias de choque ao prescrever a traumaterapia, onde através de traumas físicos (socos, tamancadas) seria possível a reabilitação de alguns pacientes, notadamente os que apresentavam comportamentos histéricos.

Nas instituições da Era Moderna passaram a predominar o "olhar" médico científico, transformando a loucura em "doença mental", passível assim, de um tratamento. (FOUCAULT, 2004)

Na Idade Moderna, a loucura torna-se empoderada de uma razão dominadora. A humanidade vislumbra na loucura, em relação à sanidade e, ao louco, como alguém desprovido da razão e, portanto, distante da verdade. Essa visão racional tem forte influência na separação da sabedoria da loucura, chegando ao ápice do pensamento sobre a impossibilidade de existência de loucura associada à sabedoria.

A visão meramente trágica e mística é sobreposta por exclusividades de uma tomada de consciência crítica, onde se infere que a experiência moderna da loucura não se constitui como discurso final, como verdade pronta. Tal experiência é um modelo fragmentário, fazendo parte de um conjunto de eventos que se desencadeiam, contribuindo para a formação de um pensamento único. (FOUCAULT, 2004)

Desse modo, um novo olhar se volta à loucura, expondo assim suas nuances racionais e de formação de opinião. A Idade moderna traz consigo revoluções sociais e culturais que compõem a nova figura do louco no contexto da comunidade. As formas de reclusão e castigos dão lugar às questões que se referem ao tratamento e recuperação desse sujeito. Mesmo que a modalidade terapêutica se configure como certa alienação, institui-se um pensamento médico vigente, vislumbrando na loucura, uma doença e não simplesmente um evento místico e divino.

O louco coloca um problema diferente. Nenhum vínculo racional une diretamente a transgressão que ele realiza com a repressão a que é submetido. Não poderia ser sancionado, mas sim, deverá ser tratado. Sem dúvida o tratamento será, frequentemente, uma espécie de sanção. Mas ainda que seja sempre assim com louco, doravante a repressão só pode progredir disfarçada. Ela deve ser justificada pela racionalização terapêutica. É o diagnóstico médico que se supõe impô-la, ou seja, que lhe fornece a condição de possibilidade. Diferença essencial: "em um sistema contratual, a repressão do louco deverá construir para si um fundamento médico, ao passo que a repressão do criminoso possui imediatamente um fundamento jurídico." (CASTEL, 1978, p. 37)

A loucura passa a ser entendida como objeto de avaliação e reflexão por parte dos profissionais que se destinam a tratar e cuidar dessas pessoas. A sociedade também muda seu olhar em relação à loucura, deixando de considerá-la simplesmente um evento místico ou espiritual, e começando a percebê-la enquanto doença com impacto importante e incapacitante do ponto de vista psicobiológico, psicoespiritual e psicossocial. Os modos de tratamento, mesmo que ainda pautados prioritariamente no saber médico, na condição exclusiva de sujeito transformador, apontam para uma perspectiva de evolução enquanto possibilidade de abordagem que perpassa além do diagnóstico médico pura e simplesmente.

Foucault (2004) ressalta que a psiquiatria tem seu surgimento atrelado à grande internação ocorrida a partir do século XVII na Europa. Tal fato corresponde ao isolamento dos ociosos, loucos, delinquentes e toda sorte de indivíduos que de alguma forma representam o lado “obscuro” da sociedade. Segundo ele, a partir deste ato de exclusão social que a loucura torna-se uma questão de ordem médica:

É entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá – não nos esqueçamos – que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos “libertado”. A partir da metade do século XVII, a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos, e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural. (FOUCAULT, 2004, p. 48)

O século XIX se apresenta no contexto da discussão acerca da loucura com as ideias de Philippe Pinel, médico francês que defende o modelo alienista de tratamento, segundo o qual, o louco precisava ser reeducado e afastado dos eventos sociais que causavam todos os males a eles. A socialização fazia parte de sua tese, porém, com requintes de ironia, para se socializar o louco, optava-se pelo seu enclausuramento.

Esse movimento de apropriação da loucura pela medicina teve na figura de Philippe Pinel sua principal expressão. Em uma análise minuciosa, é possível inferir que a “libertação” proposta por pinel não inclui os loucos necessariamente em um espaço de liberdade, eles tornam-se agora, objeto de saberes, discursos e práticas

institucionalizadas. Com ele e seus discípulos, o manicômio se tornou parte essencial do tratamento, sendo um "instrumento de cura" e não apenas a proteção e enclausuramento, ficando explícito a proposta do manicômio como espaço de internamento e tratamento, desta feita, sem dissociações. (AMARANTE, 1995)

Philippe Pinel é considerado o fundador da psiquiatria moderna. E o que marca a diferença de tratamento adotado e difundido por esse médico francês é exatamente a libertação do louco de suas correntes, literalmente falando, e a utilização de tratamentos "morais" para combater a loucura. (PORTER, 2001)

Ele compôs mudanças bastante significativas no saber médico de seu tempo. Abandona gradativamente a perspectiva da origem moral ou passional da alienação e propõe que sua essência era o desarranjo de funções mentais, destoando do pensamento vigente que considerava a loucura apenas resultado de conspirações divinas e espirituais. O fato de se estimar como causa da loucura as paixões exacerbadas desencadeou uma discussão de resistência no meio científico da época. (AMARANTE, 1995)

Philippe Pinel considerava por meio de sua teoria que o manicômio era parte fundamental do tratamento, não sendo somente o local onde se abrigaria os loucos. Defendia que o manicômio poderia ser utilizado como instrumento de cura, uma vez que, entendia a loucura como distúrbios das funções mentais, por meio do comportamento desviante dos pacientes. A partir dessa ideologia que preconiza então o tratamento moral no qual o paciente pode recuperar sua plena racionalidade, principalmente por meio do afastamento de influências negativas do convívio social. (SILVA, 2001)

Nessa visão, o isolamento torna-se essencial para a observação dos sintomas e conseqüente classificação das doenças. O pensamento e o trabalho em um estilo organicista exigiam menos do médico que lida com a loucura. Dessa forma, a abordagem deixa de apresentar um conteúdo meramente afetivo, e adquire uma abrangência mais complexa, por meio da capacidade de escuta e avaliação do médico. Entende-se nesse tempo, que há necessidade de inserção de ações com foco no controle moral do doente. (AMARANTE, 1995)

Ao longo do século XX, em especial a partir da sua segunda metade, diversos fatores precipitaram questionamentos ao hospital psiquiátrico e às políticas

de saúde mental centradas nessas grandes instituições. Tais permearam sobretudo nos campos financeiro, clínico e cultural.

No campo financeiro, os enormes volumes de recursos gastos em internações de longo prazo chamaram atenção para um sistema que só fazia crescer. Com o passar de cada ano novos usuários chegavam aos serviços, onde muitos destes ficaram internados por décadas. Nos EUA, por exemplo, essa preocupação já ocorria no final do século XIX, provocando uma transinstitucionalização dos pacientes idosos para outras instituições de cuidado menos custosas. A pressão financeira por um sistema de atendimento de menor custo existe até hoje, apesar de evidências mostrarem que o sistema de saúde mental baseado em serviços na comunidade pode ser tão ou mais custoso que o centrado na atenção hospitalar. (MATEUS, 2013)

No campo clínico, começa-se a questionar a validade do tratamento, em especial de longo prazo, na instituição hospital psiquiátrico. Pacientes internados por longo período apresentavam quadros de evolução crônica, caracterizado por perda de interesse, apatia e ausência de iniciativa, o que o autor atribui à pobreza de estímulos do ambiente e à falta de ações de reabilitação. O hospital caracteriza-se por atendimento desumano devido a sua estrutura com predominância de áreas fechadas, garantindo cada vez mais o mecanismo de institucionalização do louco. Também se ressalta diversos problemas decorrentes de conflitos internos entre os próprios componentes da equipe na busca pelo reconhecimento e poder. (MATEUS, 2013)

Por fim, no campo cultural, a crítica ao modelo do hospital psiquiátrico foi fortemente influenciada por fatores socioculturais, pois durante todo o século XX houve uma crescente preocupação com o respeito aos direitos civis e liberdades individuais, além do questionamento dos limites do Estado no controle social dos indivíduos. Essa crítica ganhou forte impulso em momentos cruciais, como o final da 2.^a Guerra Mundial e também em fins dos anos 1960.

A transformação do modelo chamado hospitalocêntrico, para outro nomeado comunitário, tornou-se requisito básico no contexto do processo de reforma da assistência psiquiátrica, onde se denominava como desinstitucionalização o conjunto de medidas caracterizadas por redução de admissões de novos casos em

psiquiatria, por meio de novas modalidades de atendimento comunitário, tentativa de reinserção social dos pacientes que porventura já tenham recebido o devido acompanhamento clínico, estabelecimento de um sistema contínuo de acompanhamento ambulatorial às pessoas com transtornos mentais graves. (MATEUS, 2013)

O princípio da desinstitucionalização, agregando todas as críticas e experiências alternativas em desenvolvimento, começa a ganhar a forma de uma política de saúde mental na década de 1950, com a psiquiatria comunitária, conceito desenvolvido em especial nos países de língua inglesa, e que guarda semelhanças com a política da psiquiatria de setor na França.

A psiquiatria comunitária caracterizava-se pelo atendimento em saúde mental em serviços na comunidade, sejam especializados ou de saúde em geral, obedecendo a princípios como o atendimento territorial, a busca da inserção do paciente na comunidade e o atendimento multiprofissional. Simultaneamente, várias mudanças contribuíram para o aperfeiçoamento do diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais, como a adoção de critérios diagnósticos padronizados, a busca de evidências de efetividade das ações, e o apoio dos estudos epidemiológicos para tomadas de decisão.

Nota-se que o papel da medicina passa a encarnar uma relação de poder, sendo então produtora da verdade sobre a doença. A institucionalização da loucura baseia-se no pressuposto da garantia de um território de exposição do louco, sendo o médico responsável por conhecer e tratar os desvios dos loucos. Daí deriva o pensamento de que a doença mental seja propriedade do hospital, e que tenha como seu guardião o médico. Essa dicotomia reproduzindo a divisão entre o sujeito do conhecimento e o objeto a ser conhecido, perdurou por décadas, mesmo diante de inúmeras críticas.

A partir da metade do século XX as lutas contra esse poder instituído se difundem em várias partes do mundo. Alterações filosófico políticas no modo de enxergar a loucura pela sociedade, família e Estado sustentam os novos paradigmas, e o combate à institucionalização do hospital psiquiátrico toma novos rumos, que serão discutidos no próximo capítulo dessa dissertação.

CAPÍTULO 2 HISTÓRIA DA POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Neste capítulo busca-se descrever a construção da política pública em saúde mental no Brasil. A primeira sessão trata da definição de políticas públicas, com uma abordagem geral sobre o tema. A segunda sessão traz uma descrição sobre os aspectos históricos das políticas de atenção em saúde mental no país. Por fim, a terceira sessão aborda a discussão acerca da evolução do sistema de Saúde Mental a partir da Lei 10.216/2001, remontando à elaboração e implementação do “Programa Vida em Casa” no Distrito Federal.

2.1 VIAGEM CONCEITUAL NO CAMPO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Para se iniciar a discussão e a reflexão sobre o processo de implementação das políticas públicas em saúde mental, primeiramente torna-se indispensável se definir a questão administrativa e jurídica sobre o que são efetivamente políticas públicas. Posteriormente em uma segunda discussão aborda-se o papel do Estado enquanto agente formulador e implementador de políticas públicas em seus diversos níveis.

“Política” agrega o sentido de *“politics”*, em inglês, que entre outros significados refere-se a “relações sociais envolvendo autoridade e poder”; e o de *“policy”*, “um plano de ação adotado por um indivíduo ou grupo social”. Aqui, aborda-se a política de saúde mental no seu sentido filosófico de construção de um sistema de saúde. Torna-se necessário primeiramente trazer aqui a definição literária de política de saúde mental, que se caracteriza por ser “um conjunto organizado de valores, princípios e objetivos para a melhoria da saúde mental e redução do impacto dos transtornos mentais na população”. (MATEUS, 2013, p. 109)

Conforme Bucci (1996, p. 135) no sistema constitucional brasileiro, as políticas públicas podem se traduzir em “programas de ação, cujo detalhamento ocorre neste tipo de formato, ou seja, em decretos, portarias ou resoluções”.

Ressaltando que tais “programas e projetos, como instrumentos das políticas públicas, devem apresentar, sobretudo, o detalhamento das metas, cronogramas e orçamento à sua implantação e consecução”.

Conclui a autora que “política é mais ampla que o plano e define-se como o processo de escolha dos meios para a realização dos objetivos do governo, com a participação dos agentes públicos e privados.” Há um paralelo entre a “o processo de formulação da política e a atividade de planejamento”.

Para Saraiva e Ferrarezi (2006) uma política pública trata-se de um fluxo de decisões públicas, orientado a manter o equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios destinados a modificar essa realidade. Decisões condicionadas pelo próprio fluxo e pelas reações e modificações que elas provocam no tecido social, bem como pelos valores, ideias e visões dos que adotam ou influem na decisão. É possível considerá-las como estratégias que apontam para diversos fins, todos eles, de alguma forma, desejados pelos diversos grupos que participam do processo decisório.

A finalidade última de tal dinâmica que consiste na consolidação da democracia, justiça social, manutenção do poder, felicidade das pessoas – constitui elemento orientador geral das inúmeras ações que compõem determinada política. Com uma perspectiva mais operacional, poderíamos dizer que ela é um sistema de decisões públicas que visa a ações ou omissões, preventivas ou corretivas, destinadas a manter ou modificar a realidade de um ou vários setores da vida social, por meio da definição de objetivos e estratégias de atuação e da alocação dos recursos necessários para atingir os objetivos estabelecidos.

Destaca-se também que o processo de política pública não possui uma racionalidade manifesta. Não é uma ordenação tranquila na qual cada ator social conhece e desempenha o papel esperado. Não há, no presente estágio de evolução tecnológica, alguma possibilidade de fazer com que os computadores, que são aparelhos de racionalidade lógica por excelência consigam descrever de forma obvia os processos de política.

No que diz respeito aos diversos significados da expressão “política pública”, Saraiva e Ferrarezi (2006, p. 30) afirmam que:

Política pode denotar várias coisas: um campo de atividade governamental (política de saúde, educacional, comercial), um propósito geral a ser realizado (política de emprego estável para os jovens), uma situação social desejada (política de restauração de centros históricos, contra o tabagismo, de segurança), uma proposta de ação específica (política de reflorestamento dos parques nacionais, de alfabetização de adultos), uma norma ou normas que existem para determinada problemática (política ecológica, energética, urbana), um conjunto de objetivos e programas de ação que o governo tem em um campo de questões (política de produtividade agrícola, de exportação, de luta contra a pobreza). Ou a política como produto e resultado de específica atividade governamental, o comportamento governamental de fato (a política habitacional conseguiu construir número de casas, a política de emprego criou n postos de trabalho), o impacto real da atividade governamental (diminuição do crime urbano, aumento da conclusão do ciclo básico de estudos, diminuição dos preços ao consumidor, redução da inflação), o modelo teórico ou a tecnologia aplicável em que se sustenta uma política governamental (política da energia, política de renda regressiva, política de ajuste e estabilização). (SARAIVA e FERRAREZI, 2006 p.30)

O campo das discussões sobre essa definição efetiva é vasto e repleto de nuances as quais podem ser utilizadas dependendo de qual objetivo se busca com o uso desse instrumento. Pode ser desenvolvida em várias áreas de atuação governamental ou administrativa do sistema público, bem como, também pode se caracterizar como estratégia para se elaborar objetivos e atingir metas em empresas privadas. Tanto pode ser construída em uma dimensão ampla, no sentido de Estado, como pode ser planejada e executada para um setor específico do Estado ou empresa.

A política pública resulta de um extenso e confuso processo envolvendo diversos interesses, negociações e paralelos entre várias instâncias instituídas ou entre os atores que delas fazem parte, conforme informam Fagundes e Moura na íntegra do seu pensamento:

Quanto mais atores sociais ou institucionais fizerem parte do curso político, mais amplo ele será, sendo a política pública o resultado das relações estabelecidas entre eles. Logo, a política pública compreende um conjunto de atores ou grupos de interesses que se mobilizam em torno de uma política; instituições, cujas regras de procedimento impedem ou facilitam o acesso de atores às arenas decisórias; processo de decisão, onde os atores estabelecem coalizões e fazem escolhas para a ação; e produtos do processo decisório ou política resultante. (FAGUNDES e MOURA, 2009, p. 96)

Ao contrário do que se possa imaginar, a elaboração, implementação e execução das políticas públicas não é de exclusividade apenas dos políticos ou sujeitos ligados ao poder público. A participação efetiva das várias instâncias da sociedade, na figura dos conselhos comunitários, organizações não governamentais e comunidade em geral, contribuem amplamente para o sucesso da política pública, desde sua elaboração, até sua execução.

Em sua tese, Bercovici (2003) infere que o Estado é o principal formulador das políticas públicas, visto que, a dimensão política se insere no contexto econômico e social em busca de um sistema harmônico a nível nacional. As estratégias para formulação de políticas públicas resultam em uma complexa e dinâmica discussão envolvendo a integração entre fatores econômicos, políticos e ideológicos, tendo o Estado papel central nesse processo.

Lotta e Pavez (2010) ressaltam que a discussão mais ampla sobre as políticas públicas e a desigualdade social tem como um dos principais desafios determinar os instrumentos inseridos no processo de formulação e implementação de tais políticas, podendo influenciar diretamente em seus resultados com consequências não consideradas na estrutura inicial. Ainda maior importância têm as políticas públicas que visam como resultado a possibilidade de estabelecimento de níveis distintos de acesso e qualidade dos serviços e programas públicos dentre a parcela da sociedade de maior interesse.

Ainda segundo Lotta e Pavez (2010) necessita-se ainda de muitos estudos e outras reflexões acerca das dinâmicas e efeitos do processo de formulação e implementação das políticas públicas por parte do Estado, onde se observa que para tal há a necessidade de inclusão e participação de diversos atores. Seguindo-se essa lógica, embora as políticas públicas sigam o modelo de construção a nível nacional, a sua implementação local passa pela ação desses autores ao longo do qual poderão ser transformadas, adaptadas e ressignificadas.

Quando se procede à análise de políticas públicas, em geral grandes diferenças são percebidas entre o modo como elas foram formuladas e a maneira como foram implementadas na sua dimensão prática. Tais diferenças influenciam diretamente sobre o processo avaliativo, uma vez que, ao se comparar as

expectativas e possibilidades previstas na sua fase inicial com os resultados atingidos, se encontra imensa distância entre eles.

Abrucio e Sano (2013) enfatizam que no sistema federativo de formulação das políticas públicas a ideia reside na construção de um modelo baseado na articulação federativa nacional, com autonomia total para o agente financiador da União, mas, com participação efetiva e relevante dos governos subnacionais, quer seja na implementação, quer seja na produção de consenso final sobre a política e sua operacionalidade.

Saraiva e Ferrarezi (2006) reiteram que as políticas públicas são influenciadas, a partir da sua incorporação ao elenco de ações setoriais do governo, pelas contingências que afetam a dinâmica estatal e pelas modificações que a teoria sofre como consequência. É por isso, que no começo estão impregnadas pelas ideias vigentes em matéria de planejamento: fixação de metas quantitativas pelos organismos centrais de planejamento, geralmente dominados por técnicos mais ou menos esclarecidos; subordinação de toda a vida social ao crescimento econômico; determinação do futuro com base em projeções das tendências do passado. O predomínio da racionalidade técnica é absoluto e as prioridades são estabelecidas na base de considerações supostamente racionais. Como o critério econômico é o dominante, são privilegiadas as atividades que influiriam mais diretamente na produção e no desenvolvimento. Porém, as prioridades outorgadas pelos planejadores não são determinadas – como se pretende – só pela razão técnica: o poder político dos diferentes setores da vida social e sua capacidade de articulação dentro do sistema político é o que realmente as determina.

Citam ainda que em contrapartida, toda política pública integra-se sob a perspectiva de um grupo de políticas governamentais e caracteriza-se como uma contribuição setorial para a busca do bem-estar coletivo, sendo que cada uma define seus aspectos prioritários de acordo com fatores que se constituem como relevantes para formulação, elaboração e implementação. Os estudos de política pública mostram a importância das instituições estatais no processo organizativo por meio de seus agentes públicos na busca de objetivos e também enquanto ações estruturantes junto às classes e grupos de interesse.

O Estado Moderno enquanto agente autônomo na elaboração e formulação de políticas públicas preocupa-se também e deve se atentar aos preceitos administrativos e jurídicos que envolvem a administração pública, uma vez que, sempre deverão ser respeitados os preceitos legais no processo de gestão do sistema. Ao se proceder à elaboração e formulação de uma política pública, cabe ao Estado manter acompanhamento e fiscalização constante no percurso de implementação e execução, bem como, avaliação sistemática dos resultados obtidos, e também se seus efeitos foram benéficos à população alvo.

Figueiredo e Figueiredo (1986) relatam que na análise de políticas públicas os cientistas políticos têm se preocupado, essencial e tradicionalmente, em estudar como as decisões são tomadas, por que e quais fatores influenciam o processo de tomada de decisões e as características desse processo.

Na descrição de política pública é interessante destacar que a sua definição adquire um caráter dinâmico, com vários conceitos que podem se adequar a essa denominação, podendo ir desde uma decisão pública com o intuito de manter o equilíbrio político e social, bem como, uma ação que cause desequilíbrios que possam modificar o panorama atual. A política pública não lida somente com o interesse individual, e sim, com a argumentação de diversos grupos, com ênfase na possibilidade de satisfação da coletividade.

O tema remete à administração pública, ao direito e a ciência política, pois lidar com termos como eficácia e eficiência na área administrativa, na área do direito se justifica por estar relacionado à preservação dos direitos sociais e políticos e sob a ótica da ciência política pode adquirir um caráter eminentemente dinâmico e funcional. Numa visão operacional, pode-se dizer que a política pública é um sistema decisório com ações preventivas e corretivas, por meio de estratégias de atuação necessárias para se atingir objetivos estabelecidos.

Nesse sentido, considerando os objetivos propostos, vale aqui discorrer sobre a política específica de que trata essa dissertação. O campo da Saúde Mental no Brasil permeia por eventos e discussões que duram muitos anos, sendo que essa inquietude sobre as necessidades e avanços sempre foi tema agudo nas discussões sobre a evolução da saúde/doença mental. Considerações acerca de processos

históricos, bem como, conquistas e retrocessos serão objeto de discussão na próxima sessão.

2.2 ASPECTOS HISTÓRICOS DAS POLÍTICAS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A história das políticas de assistência ao doente mental no Brasil, antes de tudo, configura-se como uma sucessão de desencontros, propostas e práticas, sendo que esses eventos nunca caminharam lado a lado. Essa dicotomia entre projetos e ações torna-se ainda mais evidente ao se aproximar de períodos mais recentes, permeado principalmente pela constituição de diferentes e múltiplos interesses dos grupos do poder.

As circunstâncias que determinam a emergência da loucura e do sujeito louco à condição de problemática social podem ser parcialmente vinculadas às mesmas que deflagraram esse processo na Europa do século XVI. Nas duas situações, o louco que durante algum tempo pôde usufruir de certo grau de tolerância social, teve sua liberdade cerceada e sua clausura exigida, devido sua não adaptação à nova ordem social e ao mercado de trabalho. (RESENDE, 2001)

O problema do trato com a loucura vem se delineando muito antes da mudança do modelo de atenção à saúde mental no mundo. Já no século XVI Erasmo de Roterdan em seu Elogio a Loucura, publicou fatos e questionamentos sobre a real importância da loucura, conceituando-a de forma única e singular, citando diversos cenários e momentos onde a loucura se faz presente, independente da presença ou não de uma doença mental.

Na década de 1970 começam a surgir efetivamente movimentos que direcionam a reforma psiquiátrica no mundo. Nos Estados Unidos e na Europa, dá-se início às práticas nas comunidades terapêuticas. Em 1978 na Itália, é aprovada a lei nº 180 de autoria de Franco Basaglia, que prevê uma política de assistência em saúde mental totalmente humanizada, de base comunitária e antimanicomial. (AMARANTE, 1995).

Nesse sentido, Elisabeth Espiridião ressalta que a reforma psiquiátrica visa criar ações em prol da dignidade das pessoas com transtorno mental:

Os movimentos precursores da Reforma Psiquiátrica brasileira, surgidos nos Estados Unidos e Europa a partir de meados do século XX, apontavam críticas ao atendimento dispensado aos portadores de doença mental, quando eram excluídos e segregados da sociedade, demandando ações com vistas a um atendimento mais humanizado, de forma a garantir sua dignidade, enquanto cidadão. (ESPIRIDIANO, 2001, p. 78)

No Brasil, o doente mental se faz perceber pelas ruas da cidade, em meio à desordem e perturbação da paz social, levando as autoridades a organizarem providências em relação ao fato. A trajetória histórica do doente mental no Brasil perpassa por um longo período de tempo onde aos loucos pobres, desde que tranquilos, era permitido circular pelas cidades e aldeias, ter contato com outros sujeitos e se manter pela ação da caridade pública. Em caso de apresentarem comportamento violento, eram recolhidos às cadeias, podendo ser vítimas de maus tratos.

As instituições de caridade, como as Santas Casas de Misericórdia que datam dos séculos XVI e XVII, abrigavam velhos, órfãos, mendigos e doentes pobres, porém, não se tem registro sobre a existência de loucos dentre seus clientes. Importante destacar que as famílias que detinham poder econômico e inserção junto à sociedade da época, optavam por manter “escondidos” em casa seus doentes, em quartos específicos para esse fim, sendo até mesmo acorrentados e amarrados em caso de atitude violenta. (RESENDE, 2001)

Infere-se então, que ao contrário do que descreve Foucault sobre a loucura na Europa na Idade Média, onde se apresentava loquaz e manifesta de forma incisiva, parece-nos que no Brasil ela se manteve silenciosa por longo tempo, sendo que suas manifestações não se destacam como evento marcante no vasto território brasileiro.

Ainda sobre a construção histórica da loucura no Brasil, ao final do século XVIII, as cidades brasileiras eram pouco povoadas, se caracterizando até então como prolongamentos rurais, permanecendo vazias por grande parte do ano. Dessa forma, a indústria se apresentava ainda incipiente, com apenas alguns vestígios de produção artesanal, mesmo assim para suprir as necessidades de consumo das fazendas. Nesse modelo de pouca urbanização e possibilidade remota de uma

revolução industrial, o doente mental permanece tendo boa tolerância junto à sociedade. (RESENDE, 2001)

Posto isto, entende-se que devido a pouca urbanização da época, aliada ainda a pouca perspectiva de uma evolução latente, o doente mental ainda não se configura enquanto sujeito de desordem ou mal estar para as pessoas de bem. Isso implica num processo diferente do ocorrido na Europa, onde devido à rapidez da conquista do mercado empresarial e grande ascensão econômica, fez com que o doente mental se tornasse objeto de repressão e crítica, obrigando tomada de postura pelos interessados em manter as cidades “limpas”.

Socialmente ignorada por muitos anos, a loucura apresenta-se de forma notória, sem disfarce, vindo a engrossar o grupo de vadios e desordeiros nas cidades, sendo arrastada na rede de repressão à desordem e ociosidade. A presença de loucos, juntamente com outros marginais, faz-se perceber pelas suas vestes estranhas e esquisitas, seu comportamento inconveniente e pela violência muitas vezes usada, como forma de defesa às provocações dos passantes.

Como visto, as primeiras instituições psiquiátricas no Brasil surgiram em meio ao contexto de ameaça à ordem e à paz social, contando com a reclamação geral contra o livre trânsito de loucos pelas ruas das cidades, bem como, queixas contra maus tratos e falta de oportunidades. Surgem então, protestos por parte da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (SMRJ) que reforça a necessidade de proporcionar tratamento adequado, conforme modelos teóricos e práticos já praticados na Europa.

Segundo Amarante (1995), a atenção específica ao doente mental no Brasil teve início com a chegada da Família Real em 1808. Em virtude de várias mudanças sociais, econômicas e políticas ocorridas e para que se pudesse ordenar o crescimento das cidades e das populações, fez-se necessário o uso de medidas de controle, entre essas, a criação de um espaço que recolhesse das ruas aqueles que ameaçavam a paz e a ordem social.

Com a Família Real vieram cerca de quinze mil pessoas e toda uma aparato administrativo teve que ser montado na capital. Junto à essa nova estrutura houve o crescimento de alguns setores da economia, como o comércio e a indústria. Esse fato contribuiu para o crescimento da população na cidade, pois, atraídas pela

presença da Corte e pela possibilidade de crescimento financeiro, muitas pessoas se dirigiram para o Rio de Janeiro.

Obviamente que esse crescimento populacional ocasionou problemas e dentre eles, a presença de grande número de “loucos” nas ruas. Nessa época eles eram levados à Santa Casa de Misericórdia, que se constituía em um local de assistência espiritual, não tendo nenhuma comprovação de sua ação curativa. Os loucos ficavam amontoados em porões, sofrendo repressões físicas quando agitados, sem contar com assistência médica, expostos à contaminação por doenças infecciosas e subnutridos. Dessa forma, o recolhimento do louco não possuía uma finalidade terapêutica, mas, sim, de preservação da ordem pública. (RESENDE, 2001)

A SMRJ impulsionada por pressões populares e até mesmo para se estabilizar e se manter enquanto instituição importante da época realiza uma pesquisa para analisar as condições sanitárias da cidade, bem como, os diversos serviços existentes. Constatou-se então nessa avaliação, que os loucos viviam em precárias condições, tanto nas prisões, como nos hospitais e também nas ruas. A partir daí, houve um clamor por parte da SMRJ para que se criasse um local específico para o tratamento da loucura. É o marco para a criação do primeiro hospício no país. (COSTA, 2001)

Sobre esse movimento histórico, escreve o autor:

Em vez das celas insalubres dos hospitais gerais e dos castigos corporais, os médicos advogam a necessidade de um asilo higiênico e arejado, onde os loucos pudessem ser tratados segundo os princípios do tratamento moral. Em outras palavras, o que se exigia era que os loucos, uma vez qualificados de doentes mentais, fossem tratados medicamente. (COSTA, 2001, p.70)

Quando se busca a análise do texto acima, bem como, na avaliação do contexto histórico que se apresenta por meio de pesquisas e leituras sobre os acontecimentos na época da vinda da família real ao Brasil, é possível verificar o quanto o curso histórico se apresenta de forma cíclica, pois, se naquele momento a criação de um modelo asilar era considerado como um avanço para a promoção de

ambiente arejado e confortável ao louco, não muito tempo depois, esse mesmo instrumento será alvo de várias críticas e de lutas pela sua desconstrução.

Não havia no Brasil, até a segunda metade do século XIX, atendimento específico aos doentes com transtornos mentais, sendo esses entregues às prisões ou mantidos em quartos fortes nos hospitais gerais. Em 1841 é iniciada a construção do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício D. Pedro II, inaugurado em 1852 no Rio de Janeiro. A assistência aos “lunáticos” nas santas casas das províncias e no hospício da capital seria feita primeiro pela caridade, depois pela medicina geral e, finalmente, no final do século XIX, pela psiquiatria. Somente em 1886 o psiquiatra, Teixeira Brandão, assume a direção do Hospício D. Pedro II. (ODA, 2005)

No que concerne ao marco histórico da assistência psiquiátrica no Brasil, são unânimes as opiniões que situam a criação do Hospício Pedro II em 1852 no Rio de Janeiro como marco institucional. O hospício inaugura com uma capacidade para atender 350 pacientes, de todas as partes do Brasil, já iniciando seus trabalhos com 114 pacientes, atingindo sua lotação total, pouco mais de um ano depois. Essa superlotação se tornou comum em todos os hospícios abertos nesse período, justificando as solicitações por mais recursos e mais serviços. Essa foi uma tendência natural ao longo de toda história da assistência psiquiátrica no Brasil. (RESENDE, 2001)

Outro ponto de destaque no processo de construção e evolução da assistência em saúde mental no Brasil é o fato de o isolamento que permeia o cuidado ao louco desde a idade média, ter surgido no Brasil como argumento de que o afastamento para locais distantes dos centros urbanos era necessário para não expor o paciente às influências nocivas do ambiente. Estratégia esta, que foi muito utilizada na França por Pinel e sua psiquiatria embasada na reeducação moral.

O Brasil teve sua primeira lei organizativa do atendimento em saúde mental em 1903, o decreto n.º 1.132, que, por um lado, visava proteger a sociedade dos riscos atribuídos aos “indivíduos com moléstia mental”, e, por outro, estabelece um controle social da prática de internação. (BRASIL, 2009)

A história das políticas de assistência ao doente mental no Brasil é, antes de tudo, uma crônica de desencontros, propostas e práticas concretas nem sempre caminhando lado a lado... Este divórcio entre discursos e ações torna-se tanto mais evidente quanto mais próximo do período recente, devido à emergência de múltiplos – e frequentemente contraditórios entre si – interesses dos diversos grupos no poder. Torna-se, por isso, difícil ao pesquisador pinçar este ou aquele discurso como hegemônico sem correr o risco de incorrer em alto grau de arbitrariedade. (RESENDE, 2001, p.113)

O histórico de formulação e implementação das políticas de assistência à saúde mental no Brasil conduz a ampla discussão por vários campos dos saberes. Tem estreita relação com questões sociais, culturais, financeiras, mas, sobretudo, a discussão política permeia a maioria das ações nesse campo. A distância que se estabelece entre a análise teórica e a prática instituída constituem-se como eixo dificultador para execução de tais políticas.

A legislação de 1903 seria substituída pelo decreto n.º 24.559, de 1934 (BRASIL, 2009), que “Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências”. Esse novo decreto segue a estrutura do anterior, modernizando-o para dar conta de novas demandas, como: as ações em “profilaxia mental”, propostas pela “liga de higiene mental”; o atendimento dos “toxicômanos e os intoxicados por substâncias de ação analgésica ou entorpecente, por bebidas inebriantes, particularmente as alcoólicas”; a maior complexidade dos serviços de internação psiquiátrica (abertos, fechados ou mistos) e serviços de assistência hetero-familiar (famílias rurais vivendo próximo das colônias agrícolas, que receberiam um reembolso governamental por manterem ex-internos), e, finalmente, a necessidade de legislação mais elaborada para proteção dos portadores de transtornos mentais. (COSTA, 2001)

O cenário relacionado ao tema da loucura no Brasil começa a modificar-se a partir de um novo olhar, a constituição de um pensamento mais abrangente, onde a visão deixa de ser meramente sobre a loucura e adquire uma concepção sobre a pessoa humana. A partir da década de 1970, ampliam-se as discussões no campo da saúde mental, e posteriormente eclode o movimento pelo surgimento de novas políticas sobre o assunto.

Administrativamente, a reorganização da assistência no início do século XX dá origem ao Serviço Nacional de Doenças Mentais que, mais tarde, em 1974, passará a ser chamada Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM. A partir daí, diversas possibilidades de alterações no curso da política nacional são propostas no por setores da sociedade civil e também por algumas áreas do governo. As inúmeras discussões, os embates e os interesses particulares de alguns segmentos na esfera política dificultaram a princípio mudanças significantes no campo da assistência à saúde mental no Brasil.

Entretanto, o movimento social iniciado na década de 1970 em torno da discussão do momento da política de saúde em geral no país acabou por impactar também no campo da saúde mental, culminando com a criação em 1978 do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), tendo em seu quadro de participantes usuários dos serviços de saúde mental, familiares e trabalhadores que naquele momento se mostravam insatisfeitos com as condições adversas de trabalho e os baixos salários oferecidos. Posteriormente em 1987, essa organização foi denominada de Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) e destaca-se como importante influência nas Conferências de Saúde Mental, nos Conselhos de Saúde e na formulação da Política Nacional de Saúde Mental⁵. (DELGADO, 2001)

⁵ Dentre os principais instrumentos que definem a Política Nacional de Saúde no Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, incluem-se: **a) Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS / SUS) 2001/2002**; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; **b) Lei nº 10.216 de 06/04/2001**, redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, regulamenta cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária ou desnecessária; **c) Lei nº 10.708 de 31/07/2003, Lei do Programa de Volta para Casa** estabelece um novo patamar na história do processo de reforma psiquiátrica brasileira, impulsionando a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, pela concessão de auxílio reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental; **d) Portaria SNAS nº 224 de 29/01/1992**, regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental. Estabelece normas para o funcionamento de serviços ambulatoriais e hospitalares; **e) Portaria GM nº 106 de 11/02/2000**, cria e regulamenta o funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Esta Portaria tem papel importante na consolidação do processo de substituição do modelo tradicional, pois possibilita desenvolver uma estrutura de acolhimento ao paciente egresso de internação psiquiátrica de longa permanência e sem suporte sócio-familiar; **f) Portaria GM nº 251 de 31/01/2002**, estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria reclassificam os 39 hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS; **g) Portaria GM nº 336 de 19/02/2002**, acrescenta novos parâmetros para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária; estabelece portes diferenciados a partir de critérios populacionais e direciona novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência; **h) Portaria GM nº 2.391 de 26/12/2002**, notificação das internações psiquiátricas involuntárias; define critérios e mecanismos

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil originou-se no movimento sanitário da década de 1970, tendo como referência a experiência italiana e o modelo das comunidades terapêuticas. O foco foi a mudança dos modelos de gestão e atenção nas práticas de saúde, a defesa da saúde coletiva, a equidade na oferta dos serviços e a participação dos trabalhadores e usuários no serviço de saúde, nos processos de gestão e produção de tecnologia de cuidado. (DELGADO, 2001)

A construção da ideologia dos movimentos que constituem a história da atenção mental na década de 1970 é importante a partir do momento que produz dúvidas e questionamentos em relação ao propósito da reforma psiquiátrica. A conjunção de pensamentos e esforços dos usuários, familiares, trabalhadores e organizações não governamentais (ONGs) estimulam a busca por respostas que até então jamais haviam sido objeto de avaliação. Busca-se também nesse sentido, estabelecer um vínculo entre o conceito e a prática, culminado em luta pelos direitos políticos, jurídicos e civis das pessoas com transtornos mentais.

A reforma psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado de serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e opinião pública. (DELGADO, 2001)

Sendo assim, é entendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes e valores sociais e culturais, isto é, o processo da reforma psiquiátrica que se dá no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e relações interpessoais marcados por impasses, tensões, conflitos e desafios.

para acompanhamento sistemático, pelo Ministério Público e instâncias gestoras do SUS, das internações psiquiátricas involuntárias, configurando-se como um dos pontos necessários de regulamentação da Lei 10.216; **i) Portaria GM nº 2.077 de 31/10/2003**, define os critérios de cadastramento dos beneficiários do Programa de Volta para Casa, de habilitação dos municípios e de acompanhamento dos benefícios concedido; **j) Portaria GM nº 52 de 20/01/2004**, cria o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS – 2004 reafirmando a diretriz de redução progressiva de leitos; **k) Portaria GM nº 1.608 de 03/08/2004**, constitui o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, tendo em vista, a grave situação de vulnerabilidade deste segmento em alguns contextos específicos, exigindo iniciativas eficazes de inclusão social; **l) Portaria GM nº 1.935 de 16/09/2004**, destina incentivo financeiro antecipado para Centros Atenção Psicossocial em fase de implantação. (Ministério da Saúde, 2002, p. 120)

Enfatizando as mudanças no âmbito da saúde mental, vale o registro sobre acontecimentos que contribuíram para reformas e mudanças no atendimento psiquiátrico, citando-se então a Declaração de Caracas⁶, que objetiva a reestruturação na forma de atenção e cuidado com a saúde mental. A Declaração de Caracas tem como base o modelo de atendimento primário adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

A Política de Saúde Mental no Brasil tem como objetivo a constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permita a atenção ao portador de sofrimento mental no seu território e ainda busca a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos e, por fim, objetiva desenvolver ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, da cultura e do lazer. (BRASIL, 2007).

No ano de 1987 é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que trata de temas como economia, sociedade e Estado, reforma sanitária, cidadania e doença mental. O objeto principal de estudo são os trabalhadores da área de saúde mental, na melhoria das condições de trabalho, no limite de sua atuação e traz também propostas inovadoras no campo da desospitalização.

Nessa perspectiva de se trilhar os aspectos históricos das políticas de assistência em saúde mental, destaca-se em 1989 a apresentação do projeto de lei nº 3.657 (PL-1989), proposta trazida pelo deputado Paulo Delgado, onde se propunha diretrizes para a progressiva extinção dos manicômios e sua substituição por outras estratégias assistências, bem como, a regulamentação de modalidades de internação somente em caso de eventuais situações emergenciais e quando todas as possibilidades extra-hospitalares tornarem-se inviáveis e ineficientes. Em seu texto original o projeto de lei Paulo Delgado determina a proibição da construção

⁶ Em 1990, surge a Declaração de Caracas, documento final da Conferência Regional para a reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no contexto dos Sistemas Locais de Saúde, convocada pela Organização Pan-Americana da Saúde. Finalmente, nesse mesmo período, a Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas adota, em dezembro de 1991, os Princípios para a Proteção dos Enfermos e para a Melhora da Atenção à Saúde Mental. (JORGE e FRANÇA, 2001)

de novos hospitais psiquiátricos em todo território nacional e também a contratação ou financiamento pelo setor público de novos leitos em hospitais psiquiátricos. (DELAGADO, 2001)

A II CNSM ocorre de 01 a 04 em dezembro de 1992, trazendo as ideias da Conferência de Caracas, ocorrida em 1990, que definia diretrizes para a reforma psiquiátrica na América Latina. A discussão central pauta-se na reestruturação da atenção à saúde mental no Brasil. Diversos atores e entidades envolvem-se nessa argumentação, gerando um conflito de opiniões e interesses, desde organizações da sociedade civil, empresários e setores ligados ao sistema de saúde. Nesse período, até mesmo a OMS se manifesta por meio da carta “A proteção das pessoas com enfermidade mental e a melhoria da assistência à saúde mental”. (AMARANTE, 1995)

Em 2002, no período de 11 a 15 de dezembro acontece a III CNSM que consolida a reforma psiquiátrica como política de governo, que inclui: a implementação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), confere ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como garantia do avanço no processo de desinstitucionalização do louco e da loucura. Discute também temas como financiamento, direitos, cidadania e acessibilidade. (MÂNGIA, 2002)

Em 2003, cria-se outra lei federal que reforça o processo de desinstitucionalização. Trata-se da Lei 10.708/03 que institui um auxílio-reabilitação no valor de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) a usuários de serviços de saúde mental egressos de longa internação. Caracteriza-se como critério principal de seleção para o beneficiário, ter sido internado por um período ininterrupto de dois anos em instituição psiquiátrica com consequente perda de vínculo social e familiar. (MÂNGIA, 2002)

A IV CNSM ocorre no período entre 27 de junho a 1º de julho de 2010 e traz como tema: “Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. Esse evento se dá após movimentos sociais de usuários, familiares e sociedade na luta antimanicomial e a ele se antecede as Conferências

Regionais e Intersectoriais, considerando as necessidades e potencialidades de cada região. A IV CNSM teve seu foco no setor de investimento financeiro em serviços substitutivos, informática, burocracia na gestão, investimento em recursos humanos e construção de instrumentos legais para a reinserção social da pessoa com transtorno mental. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2010)

As conferências se configuram enquanto mecanismo importante para fortalecimento das instâncias sociais e políticas que são favoráveis ao movimento de reforma psiquiátrica no Brasil. Tais instrumentos subsidiam e conduzem a novos rumos de deliberação e decisão no contexto da teoria/prática na atenção à saúde mental.

O processo de sensibilização da sociedade, com a devida participação de seus atores sociais, políticos e culturais nos assuntos referentes aos objetivos do tratamento psiquiátrico deu-se num curto espaço de tempo, superando inclusive outros países, onde esse processo apresentou-se bastante demorado. Ressalta-se ainda que a comunidade brasileira notoriamente apresenta uma fácil integração entre suas instâncias, e o modo participativo juntamente à consciência social e moral contribui para a consolidação das propostas por meio de ampla participação social. (DESVIAT, 1999)

Historicamente o Brasil se destaca pela participação do povo nos momentos de crítica à condução política exercida pelos gestores públicos. Embora ainda sem atingir todos os objetivos propostos em sua estrutura inicial, a reforma psiquiátrica no Brasil e a atual Política Nacional de Saúde Mental compõem uma grande diversidade de experiências, perspectivas e limitações, pautadas devido ao contraponto entre o saber-fazer dos sujeitos envolvidos na sua implementação.

A dimensão geográfica, a diversidade cultural, social, econômica e política traduzem desta feita a forma como esta política é aceita e executada nas regiões do país. Embora o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil tenha atingido boa parte de seus objetivos, constitui-se num processo dinâmico, contínuo, diário, com novas vivências, adaptações e readaptações em pequeno espaço de tempo. Ainda existe uma linha de profissionais e estudiosos, e também uma parcela da população que ainda se apresenta contra os princípios reformadores do sistema em saúde mental, onde o preconceito, o estigma e a associação da loucura com periculosidade,

violência e criminalidade são artifícios para a não aceitação de um novo olhar sobre a loucura. (CASTRO, 2009)

Sobre este fato, vale destaque que talvez essa dicotomia de discurso e prática empreendidos até mesmo entre profissionais da área e que se difunde entre a população e às pessoas que apresentam motivos contrários ao processo de desinstitucionalização da doença mental, talvez se explique até pelo imaginário sobre a história da loucura no decorrer do tempo. Sabe-se que a história exerce impacto cultural e social no modo de pensar e de fazer das pessoas, influenciando na percepção de paradigmas, na construção de saberes e no modo de condução de suas convicções.

O Brasil tem preconizado por sua lei, um sistema de saúde mental inovador, centrado nos cuidados na comunidade, mas que ainda enfrenta grandes desafios em sua implementação. As críticas ao modelo de assistência centrado nos hospitais psiquiátricos e experiências localizadas de mudança da forma de atendimento sempre existiram, acentuando-se tal quadro a partir da década de 1960, sendo que somente ao final dos anos 1980 que a reforma psiquiátrica brasileira toma vulto e implanta-se como política de governo (CASTRO, 2009).

Mediante esse contexto que se apresenta é notório a importância da participação das pessoas envolvidas nos movimentos e lutas contra o sistema manicomial que até há pouco se apresentava aos usuários, familiares e profissionais de saúde. Infere-se então que esses profissionais de saúde que atuam junto às pessoas com transtornos mentais, têm uma função determinante no sentido da desconstrução de preconceitos e mitos, bem como, de atuação como educadores permanentes de usuários e familiares para efetivação da nova ideologia que se apresenta com o movimento de reforma psiquiátrica no Brasil.

No Brasil há instâncias de participação social nas políticas de saúde mental, estabelecidas pelo SUS: os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde (Lei n.º 8.142, de 1990). Uma legislação em saúde mental de um país ou região, que defenda direitos dos portadores de transtorno mental, como o direito ao tratamento e à proteção contra a discriminação e marginalização econômica, pode ser considerada tanto como produto de uma política de saúde mental, como parte da estratégia para consolidação dessa política. (CASTRO, 2009)

Além da defesa dos direitos, a legislação pode dar conta da regulação do sistema de atendimento em saúde mental: seu financiamento, credenciamento dos técnicos e serviços, padrões mínimos de qualidade. Uma das principais estratégias no Brasil para se efetivar a Política de Saúde Mental passa pela regulamentação do sistema, por meio do arcabouço normativo dentro do SUS. O Ministério da Saúde publicou, de 1990 a 2010, 68 portarias versando sobre a área de saúde mental: regulamentação dos serviços, formas e valores no financiamento, criação de programas e grupos de trabalho. (BRASIL, 2004, 2010)

Sendo assim, essa estratégia tem se mostrado efetiva: serviços antes circunscritos a projetos locais, como os primeiros CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), ao serem lançados como programa de governo, passam a contar com normatização e financiamento garantidos pela legislação do SUS, promovendo um aumento expressivo no número desses serviços no País. (BRASIL, 2007)

Desde o final dos anos 1970, delineia-se uma mudança no enfoque em saúde mental no Brasil. Trata-se da reforma psiquiátrica, que traz como principais objetivos a substituição do modelo de internação hospitalar e a reinserção social da pessoa com transtorno mental, por meio de serviços alternativos como ambulatórios, oficinas terapêuticas e outros, voltados para promoção da cidadania e tratamento dos doentes.

A questão fundamental para um enfoque crítico em saúde mental passa por saber que formas de relação com a loucura estão em movimento sendo produzidas, na construção do processo de reforma psiquiátrica, conferindo coerência histórica, conceitual e prática às intervenções nos novos serviços de saúde mental e na execução de políticas sob a perspectiva de gestores e profissionais que atuam sobre a relação saúde-doença.

2.3 A LEI 10.216/2001: CONSTRUÇÃO POLÍTICA E SEUS DESDOBRAMENTOS NO DISTRITO FEDERAL

A assistência em saúde mental no Brasil percorre um longo caminho de modificações e isso nos leva a refletir sobre o que é chamado de ação reabilitadora,

modelo este que prioriza o manejo da doença mental por meio de estratégias que não vislumbram uma prática com ênfase na dimensão social e política. Tal sistema excludente, hospitalocêntrico e medicalizador é objeto de queixas e insatisfação de usuários, familiares e profissionais.

Instaura-se então a crise da saúde mental, manifesta-se a preocupação com o gerenciamento da demanda que reflete a falência do acesso social, político e cultural, e que obtém como resposta de condições de vida, a fome, o desemprego, as altas taxas, a baixa remuneração do trabalho assalariado e a má condução do sistema de saúde. Nesse contexto, na dimensão do adoecimento mental, destaca-se a figura do Hospital Psiquiátrico.

Após trâmite de 12 anos entre o projeto de lei e seu substitutivo, no ano de 2001, a proposta do Projeto de Lei (PL) nº 3.657 de autoria do deputado Paulo Delgado (PT/MG) foi aceito, embora, com seu texto original apresentando alterações importantes. Desse modo, sanciona-se a Lei nº 10.216/2001 que regulamenta e redireciona a assistência em saúde mental, com objetivo de privilegiar o tratamento em serviços de base comunitária, dispondo sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais. A lacuna que merece crítica no texto da referida lei é o fato de que não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. (DELGADO, 2001)

Cabe destaque nesse sentido o fato de que a Lei 10.216 promulgada em 06 de abril de 2001 não contempla em seu texto a íntegra do projeto de lei 3.657 de 1989, uma vez que, teve seu texto alterado pelo substitutivo do deputado e médico Sebastião Rocha (PDT-AP) que tenta unir o interesse dos reformistas aos dos médicos e empresários.

Com isso, traz uma série de contradições, que dentre outras se destacam: a regulamentação da prática da internação compulsória exigia a participação do poder judiciário em seu projeto original, mas, segundo a lei, é necessário apenas um laudo médico; o projeto de lei de 1989 deixa clara a postura antipsiquiátrica e contra o enfoque médico da loucura, a lei, traz a proposta de um trabalho multidisciplinar; o projeto obriga a extinção de leitos e hospitais psiquiátricos, enquanto a lei, deixa esse tema livre à iniciativa privada.

A Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O título da lei apresenta uma proposta de proteção da pessoa portadora de transtorno mental, estabelece os seus direitos e pretende redirecionar o modelo de assistência em saúde mental. O texto do Projeto de Lei 3.657/89 dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória apresentando como proposta central a substituição do modelo manicomial.

Esta marcante diferença entra as propostas do PL e do texto final da lei demonstra o poder dos diversos interesses presentes na elaboração deste regimento legislativo. A nova lei federal possui dois grandes eixos: a questão da proteção e o redirecionamento do modelo assistencial. Diferentemente do PL, a Lei 10.216/01 mantém a estrutura hospitalar. Apresenta também uma mudança inovadora no que se refere à nomenclatura utilizada para definir a pessoa que necessita de cuidados em saúde mental: o termo psicopata da legislação de 1934 é substituído pela expressão portador de transtorno mental, que é adotada atualmente pela psiquiatria.

A Lei 10,216 é composta por 13 artigos assim divididos:

- Art. 1º e 2º - apresentam os direitos das pessoas com transtorno mental;
- Art. 3º - estabelece a responsabilidade do Estado;
- Art. 4º ao 10º - definem e regulamentam os tipos de internação;
- Art. 11 - trata das pesquisas envolvendo pacientes;
- Art. 12 - cria a Comissão Nacional para o acompanhamento da implementação da lei;
- Art. 13 – vigora a lei a partir da data de sua publicação.

O primeiro artigo estabelece que a proteção e os direitos dos portadores de transtorno mental são assegurados a todos sem a existência de qualquer forma de discriminação.

O Art. 2º determina que nos atendimentos em saúde mental as pessoas devem ser informadas dos direitos estabelecidos para os portadores de transtorno mental. Em seu parágrafo único são estabelecidos tais direitos. A leitura dos nove itens deste parágrafo demonstra que os direitos expostos referem-se às condições

de realização do tratamento, localizando neste campo os riscos aos quais estão expostos. Desta forma, o próprio tratamento pode ser considerado um risco para a integridade da pessoa.

O Art. 3º trata da responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política de saúde mental, na assistência e na promoção de ações.

O Art. 4º estabelece um limite para a ocorrência da internação: só deve ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Entretanto, não há uma definição para o que seja insuficiente. Os parágrafos do artigo regulamentam a internação e determinam que o tratamento priorize pela reinserção social do paciente e ofereça assistência integral através de uma equipe multidisciplinar.

Embora no parágrafo 3º a lei proíba a internação em instituições com características asilares - definidas como aquelas que não apresentam os recursos explicitados no parágrafo 2º e que também não respeitam os direitos enumerados no Art. 2º - os demais itens que constituem o artigo permitem que o hospital psiquiátrico exista enquanto recurso de tratamento a ser utilizado.

O quinto artigo define a situação dos pacientes internados por longo tempo, “moradores” ou “longa permanência”, que apresentem grave dependência institucional. Essas pessoas devem ser objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida.

O Art. 6º define que o laudo médico é o instrumento que possibilita a internação, caracterizando esta como um ato médico. No parágrafo único, os tipos de internação são definidos: internação psiquiátrica voluntária (IPV), involuntária (IPI) e compulsória.

O Art. 7º regulamenta a internação voluntária. Para que esta aconteça, a pessoa deve mostrar seu consentimento por meio da assinatura de uma declaração concordando com este tipo de tratamento.

O parágrafo único determina que a internação psiquiátrica voluntária (IPV) cessará quando o paciente assim solicitar por via escrita ou quando o médico determinar. Esta medida traz uma importante inovação ao estabelecer que a própria pessoa possa requerer sua alta. Resta, então, verificar como a IPV e seu término estão sendo realizados na prática diária dos hospitais. Embora a lei estipule este

procedimento, não há referência para o que deve ser feito quando a pessoa não adquire sua alta, sobre as condições que impedem a cessação da IPV, nem sobre as consequências para o hospital que não cumpre a determinação da lei.

O Art. 8º determina que as internações voluntárias e involuntárias somente serão autorizadas por médicos que sejam registrados no Conselho Regional de Medicina (CRM) do estado do estabelecimento. O parágrafo 1º estipula que a IPI e a respectiva alta devem ser comunicadas ao Ministério Público Estadual no prazo de 72 horas. Esta é uma questão inovadora que introduz a participação de um novo órgão, o Ministério Público Estadual, que passa a intermediar a relação da medicina com o Estado.

Este é um ponto que se manteve comum entre o PL 3.657/89 e o texto final aprovado. No PL o artigo 3º determinava a comunicação da chamada internação compulsória à autoridade judiciária local ou à Defensoria Pública. O propósito desta medida era verificar a legalidade da internação, fiscalizar os estabelecimentos psiquiátricos e zelar pelos direitos do cidadão internado. Embora a lei atual mantenha a comunicação das IPIs a uma autoridade pública, ela não define o objetivo de tal procedimento. Da mesma forma a lei não menciona as consequências do descumprimento desta medida para o hospital.

O parágrafo 2º regulamenta o término da IPI que pode ocorrer por meio de solicitação do familiar ou responsável legal, ou quando estabelecida pelo médico. Assim como em legislações anteriores, no caso da IPI, a pessoa não é consultada e não participa da decisão sobre seu tratamento.

O Art. 10º determina que seja feita a comunicação no prazo de 24 horas aos familiar ou representante legal e vigilância sanitária em casos de evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento do paciente.

Apesar de parecer um procedimento comumente realizado pelos estabelecimentos psiquiátricos, para Amarante (2003) “o aqui disposto é mais bem compreendido se considerarmos a triste e absurda realidade de que essa comunicação não era feita pelos hospitais psiquiátricos”.

Esta lei é resultado de muitos anos de lutas entre os diversos interesses envolvidos. A transformação social pretendida pelo PL não foi mantida. A lei “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e

redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, entretanto, nenhum artigo aborda diretamente a questão do modelo assistencial nem menciona a constituição de serviços substitutivos em detrimento ao modelo asilar. Apenas determina que a internação ocorra em estrutura que contenha equipe multidisciplinar (art. 4º § 2º) e que a pessoa seja tratada, preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental (art. 2º- IX). Não há definição do que seja um serviço comunitário e a lei mantém a permanência do modelo hospitalocêntrico. (AMARANTE, 2003)

A proteção e garantia dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental também está relacionada com o redirecionamento do modelo assistencial, pois questiona o modelo voltado para a internação dentro do hospital psiquiátrico e promove a possibilidade de outro modelo de atenção psicossocial, que permeia um atendimento sem a necessidade da internação hospitalar, embora mesmo na estratégia de serviços extra-hospitalares exista a previsão de leitos nas unidades. A diferença consiste em que esses serviços não adotam abordagem no tratamento hospitalocêntrico, preservando dessa maneira a autonomia e cidadania da pessoa com transtorno mental.

A partir da promulgação da Lei 10.216 o processo evolutivo nas discussões acerca da assistência em saúde mental ganha nova dimensão, tornando-se esta lei o princípio norteador para todas as demais ações e programas instituídos na esfera da saúde mental no Brasil, mantendo-se alinhada com os princípios previstos no movimento de reforma psiquiátrica brasileira. (DELGADO, 2001)

A legislação que trata da atenção à saúde mental no Brasil propõe um modelo baseado em serviços de contexto antimanicomial, sendo que devido à extensão territorial e às diferenças geográficas e culturais, há em alguns estados e municípios, serviços com outros nomes, com algumas propostas diferentes de assistência e até mesmo com composição diferente do previsto pela lei Federal, porém, todas com enfoque antipsiquiátrico.

No Brasil, a atenção em saúde mental deve se organizar de acordo com o disposto na Lei 10.216/2001, que define em seu artigo 2º, os seguintes direitos à pessoa com transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
 - III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
 - IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
 - V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
 - VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
 - VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
 - VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
 - IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.
- (BORGES e BAPTISTA, 2008)

Não se pode perder de vista o fato de que os transtornos mentais ocorrem de formas diferentes em várias partes do mundo e também no Brasil, os estudos epidemiológicos podem determinar o número de ocorrências, bem como, a gravidade dos sintomas e os impactos para a sociedade e sistema de saúde. Para que se atenda o que prevê a lei, é necessário saber exatamente qual o quantitativo de leitos e/ou serviços existentes e qual a demanda de pessoas com transtornos mentais. Talvez o acesso a essas informações só aconteça quando da implementação total da rede substitutiva em saúde mental no Brasil.

Mesmo antes da aprovação da Lei 10.216, no ano de 1992, a portaria nº 224 de 29 de Janeiro elenca os principais serviços que compõem a base comunitária de atenção à saúde mental, destacando-se os CAPS, SRT, Unidades de Psiquiatria em Hospitais Gerais (UPHG) e o Programa de Volta pra Casa.

Importante destacar que esses serviços devem constituir uma rede integralizada de saúde, um se tornando referência ao outro, respeitando-se os níveis de complexidade conforme preconiza os princípios do SUS. Considerando como objetivo da reforma psiquiátrica a redução de leitos psiquiátricos hospitalares, tais serviços emergem como estratégia determinante para o alcance dessa proposta.

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS. Constitui referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses

graves e demais quadros, cuja severidade e ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidados intensivos, comunitário, personalizado e promotor de vida. (BRASIL, 2004).

Tem por objetivo oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e estimulando a reinserção social e familiar dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, tendo sido criado com o intuito de substituir às internações em hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2004).

Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca de apoio social, para somar as suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana. As atividades são realizadas em ambientes abertos e acolhedores dentro da comunidade. (BRASIL, 2004a).

Os SRT destinam-se ao atendimento a pessoas que se submeteram a longas internações em hospitais psiquiátricos e em virtude disso não conseguiram manter seus vínculos familiares. A estrutura desse serviço é constituída por casas inseridas na comunidade, onde devem morar no máximo oito pessoas, sempre com a presença de um profissional cuidador de saúde. Estratégia inovadora no contexto da desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental. (FURTADO, 2006)

As UPHG objetivam o atendimento no modelo de internação de curta duração, suporte em enfermarias ou ambulatórios, por meio de serviços de referências entre diversas especialidades do hospital. Nesse sentido, considera-se como número adequado o total de 15 leitos por unidade de saúde. (OPAS/OMS, 2001)

O Programa de Volta pra Casa foi regulamentado pela Lei 10.708/03 e apresenta como estratégia a concessão de auxílio-reabilitação psicossocial no valor de R\$ 240,00, valor este que foi reajustado para R\$ 320,00 em novembro de 2008 e para R\$ 412,00 em setembro de 2014. Esse benefício destina-se a pessoas que com histórico de internação de dois anos ininterruptos em hospital psiquiátrico. Para fazer jus ao recebimento, a pessoa deve deixar a rotina de internações, retornar ao seu lar e buscar alguma modalidade de serviço substitutivo para acompanhamento contínuo. (BRASIL, 2003)

No processo de construção e/ou reconstrução do modelo de atenção à saúde mental no Brasil, proposto primeiramente pela Lei 10.216 de 2001 e também por diversas portarias, há de se destacar a pouca adesão do sistema privado de saúde. Embora tenha aumentado o número desses serviços no país, principalmente em virtude da demanda e dos altos valores praticados, não há estudos que comprovem a efetiva participação desse setor para contribuição às propostas da reforma psiquiátrica.

A promulgação da Lei 10.216 deflagra uma série de eventos no sentido da ampliação da rede de atenção à saúde mental no Brasil. Nesse sentido, cita-se a ocorrência da III CNSM em dezembro do mesmo ano e, poucos meses depois, uma medida estreitamente relacionada ao texto da lei recém-aprovada. Em fevereiro de 2002, a gestão pública do SUS determinou a alocação de recursos específicos para a constituição de estratégia para rede estrutural de serviços substitutivos por meio da publicação da portaria 336 que regulamentou as diversas modalidades de CAPS de acordo com o porte ou finalidade. (BRASIL, 2004b)

A importância dessa nova rede de serviços se evidencia pelo fato de que apresenta potencialidades e lacunas e após 10 anos da Lei 10.216, muda-se a geografia da saúde mental no país, com investimentos para interiorização de serviços em municípios de pequeno porte e regiões carentes de assistência na referida área. A liberação e principalmente a ampliação de recursos financeiros e humanos para atendimento à saúde mental está integralmente amparada na determinação legal prevista por esta lei. Cabe então, uma breve análise sobre os anos posteriores à lei.

O primeiro quesito a ser considerado após a promulgação da lei, diz respeito ao seu processo avaliativo. Como critério de avaliação do avanço na rede de atenção à saúde mental, a OMS considera a existência de uma lei nacional como elemento decisivo e de primeira ordem. No mesmo ano da aprovação da Lei 10.216, o Brasil encaminhou a entidade, como parte de sua contribuição para o ano internacional da saúde mental, cópia da lei já sancionada pelo governo. Esse fato foi extremamente relevante para o reconhecimento dos esforços do Brasil no sentido de enfrentamento da iniquidade em saúde mental. Desde então, o OMS, acompanha o processo brasileiro, bem como, seus problemas, dificuldades e potencialidades.

Destaca-se aqui que no mundo inteiro apenas 10 países são citados como exemplo, dentre eles, o Brasil. (DELGADO, 2011)

Também cabe destaque a discussão sobre a importância dessa lei no campo do debate sobre o acesso a cidadania, a qual contribuiu imensamente para uma mudança qualitativa nesse aspecto. Como já citado em parágrafos anteriores, reitera-se aqui, a informação de que para a criação da Lei 10.216 em 2001, vários debates e embates foram empreendidos nessa trajetória de 12 anos de tramitação até sua aprovação em plenário. A sanção governamental permite que a lei passe a ser o eixo orientador para as futuras discussões e considerações, bem como, referência até mesmo para os grupos que consideram que o Brasil tem uma Política de Saúde Mental equivocada. (DELGADO, 2011)

Embora se saiba que nos anos subsequentes foram propostas mudanças da lei, seja com o intuito de aperfeiçoar o seu texto, seja no sentido de revisão total ou até mesmo de revogação. Por muitas vezes o Ministério da Saúde foi convocado a se manifestar em relação a esses diversos questionamentos, sendo que até o momento sempre manteve uma posição favorável à manutenção do texto legal, com vista a legitimar os preceitos fundamentais que a constitui. Portanto, a lei se consolidou e se legitimou, mesmo que sua implantação ainda ocorra em níveis parciais, e a divergência ideológica sobre os modelos de atenção à Saúde Mental ainda persista.

A partir de 2001, uma nova concepção se fez acerca da política pública de Saúde Mental. A intersetorialidade que se deu pela ampla movimentação de usuários e familiares em casos pontuais, tal como, na IV CNSM, agregando sujeitos participantes e interessados na construção de ações mais decisivas em áreas como educação, justiça, cultura e assistência social. Isto posto, nota-se também uma tendência ao debate sobre os direitos humanos, tema compartilhado pela ampla maioria dos envolvidos em ações relacionadas à preservação dos princípios de igualdade e acessibilidade. Saúde Mental e Direitos Humanos são temas de complexidade acentuada no campo das políticas públicas, e essa discussão deve ser compartilhada como responsabilidade do Estado e pela sociedade. (DELGADO, 2011)

Ressalta-se a capacidade de monitoramento, defesa e proteção dos pacientes com transtornos mentais, com profundo respeito aos direitos humanos, estende-se a toda rede integral de atenção à saúde, não apenas no território do hospital psiquiátrico, mas também sobre os serviços de hospital geral, CAPS, SRTs, ambulatórios e toda a estrutura da Atenção Básica em saúde. A partir dessa nova concepção, considera-se que esses mecanismos de ajuste social e político são a essência da comprovação de avanço do movimento denominado de reforma psiquiátrica.

Ainda no contexto desta análise, destaca-se o protagonismo dos usuários, familiares e da sociedade como um elemento único no debate da saúde mental, ocasionando uma mudança de direção sobre a temática. Trata-se de uma dimensão que vai além da mera discussão sobre a doença e seus sintomas, com um olhar crítico e reflexivo, de um modo de saber produzido por profissionais diversos, médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais como parte integrante da sociedade, seja, na função profissional, ou mesmo como cidadãos na luta por justiça e cidadania a todos.

Embora a Lei 10.216 fomenta ideias e concepções em nível nacional, a luta por transformações no modo de tratar e cuidar dos doentes mentais foi subsidiada por decretos, normas e leis estaduais em várias partes do país, constituindo-se numa estrutura de suporte à Política Pública Federal. Nesse ínterim, entre as discussões e a aprovação da lei, vários artifícios legais foram instituídos como objeto de recondução a um novo modelo assistencial em saúde mental.

Obedecendo à proposta de abordagem deste capítulo, institui-se como objeto de discussão a partir de agora, o planejamento e implementação da Política de Saúde Mental no Distrito Federal.

A preocupação com os rumos da assistência ao doente mental no DF se dá a partir da década de 1960, quando se inaugura a Unidade de Psiquiatria no Hospital de Base (HBDF), sendo que esta foi uma das pioneiras em hospital geral no Brasil. O objetivo era o atendimento a pessoas com transtorno mental em quadro de crise. O hospital atendia pessoas portadoras de psicose aguda e em primeiro surto da doença.

Em 1976, mesmo sem ainda dispor de uma política específica para ajuste e controle da atenção à saúde mental, o governo de Brasília inaugura o Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP), centralizando dessa forma o atendimento em emergência psiquiátrica nesse local, contrariando a lógica de disponibilização de leitos em hospitais gerais. Os pacientes crônicos eram encaminhados para clínicas particulares fora de Brasília, na região do entorno. Esse fato demonstra claramente que não havia preocupação em se instituir dispositivos terapêuticos para atendimento dessas pessoas na cidade. (MACHADO, 2006)

No ano de 1980, um grupo de trabalhadores em saúde mental do Distrito Federal cria uma comissão denominada de Comissão Assessora de Psiquiatria, que tinha como objetivo reorientar a atenção psiquiátrica na rede pública do DF, vinculada à Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF). Essa comissão encerrou suas atividades em 1990 sem ter colocado em prática nenhuma ação inovadora. Ela “terminou abortada de forma truculenta por contrariar interesses poderosos à época”. (COSTA, 1997, p. 3)

Outro momento de destaque foi a criação em 1987 do Instituto de Saúde Mental (ISM) como serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, com foco no atendimento ambulatorial e de hospital-dia, sendo fruto do esforço de trabalhadores e sociedade civil organizada em prol da reformulação da assistência em saúde mental no DF. Ressalta-se que somente em 1991 essa ação dos trabalhadores toma corpo na forma do Movimento Pró-Saúde Mental do DF, sendo instituído oficialmente em 25 de abril do mesmo ano. Esse movimento participou efetivamente na elaboração da Lei Orgânica do DF em 1993, que no seu artigo 211 destaca a garantia dos direitos aos doentes mentais. (MACHADO, 2006)

Posteriormente, aproximadamente em 1988, com o advento do SUS, clínicas particulares conveniadas receberam pacientes psiquiátricos do Distrito Federal, situação que perdurou até o ano de 2003, sendo que várias dessas clínicas foram fechadas e tiveram seu trabalho encerrado em virtude de denúncias de maus-tratos e violência contra os doentes. A partir de então, uma série de ocorrências desencadeia amplo processo de discussão e argumentação acerca da construção de estratégias para o ajustamento dos serviços em saúde em geral, e especificamente, na atenção à saúde mental. (MACHADO, 2006)

Em 07 de julho de 1995 foi criada a Coordenação de saúde mental (COSAM) por meio da portaria nº 15 de junho do mesmo ano. Sua atuação entre 1995 e 1998 foi vinculada à Secretaria da Saúde com o objetivo de viabilizar a implementação das ideias da reforma psiquiátrica no Distrito Federal. Com a criação da COSAM, há uma maior centralização nas discussões sobre políticas públicas de saúde mental no DF.

Sobre os principais objetivos da COSAM:

Propor e participar da formulação de políticas públicas de saúde, planos e programas estratégias para a Saúde Mental do DF, compatibilizando-as com as diretrizes do Ministério da Saúde, promover e participar de estudos que visem à reorientação e reestruturação da Saúde Mental, buscando a oferta de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais; além de propor e acompanhar a aplicação de indicadores para avaliação dos programas de Saúde Mental. (MACHADO, 2006, p. 47)

Também em 1995 destaca-se a promulgação da Lei Distrital nº 975 que trata de diretrizes para a atenção à saúde mental e prevê a composição de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. Dentre outras considerações, esta Lei prevê o tratamento humanizado, integração com a sociedade, acesso ao registro de informações a seu respeito, dispõe sobre a internação involuntária e os mecanismos para sua condução, estipula prazo de quatro anos para extinção completa dos hospitais psiquiátricos, trata da proibição da contratação de leitos privados pelo SUS e define claramente quais serviços são considerados como substitutivos. (MACHADO, 2006)

Ao se analisar a produção acerca dos elementos constituintes da política pública de saúde mental do DF, nota-se que mesmo antes da promulgação da Lei antimanicomial (Lei 10.216/2001), trabalhadores e atores sociais empreenderam esforços para a organização do sistema de saúde mental na capital do país. Evidencia-se também que embora promulgada há 20 anos, a Lei 975/95 não tem, até os dias atuais, seus principais tópicos contemplados na prática.

Entre os anos de 1995 e 1998 o Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) – novo nome do HPAP – instituiu diversas modificações no seu modo de atendimento, alterando o modelo de urgência e emergência para os serviços de hospital-dia,

ambulatório, oficinas terapêuticas e espaços de produção, preconizado no sistema psicossocial da saúde mental. Também foi proposto pela COSAM a transformação do HSVP em um CAPS, porém, tal proposta não se concretizou.

O período entre os anos de 1999 e 2000 foi marcado por mudanças no cenário político do DF, culminando com a alteração de *status* da Fundação Hospitalar para Secretaria de Estado de Saúde e promovendo alterações significativas no processo democrático de discussão da saúde mental. O retrocesso se deu em todos os níveis de atendimento, e “observa-se uma crescente desestruturação e estagnação da reforma psiquiátrica no DF”. Essa desestruturação foi percebida com maior nitidez, sobretudo, no HSVP, local que retrocedeu em relação ao período de 1995-1998, “reforçando nas atividades, o modelo hospitalocêntrico e da especialidade, excludente ao acesso do usuário e família”. (LIMA, 2002, p.166)

Em 2004, o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT) decidiu pelo fechamento da Clínica Repouso Planalto (CRP), antigo hospital psiquiátrico tradicional, particular e com convênio com o SUS. Essa decisão foi tomada por vários motivos, tais como: denúncias de maus tratos, tratamento desumano, desaparecimento de pacientes e internações longas sem resposta terapêutica satisfatória.

O fechamento da CRP gerou uma demanda de 129 usuários que se encontravam em quadro de cronicidade da doença, e destituídos de qualquer vínculo familiar e social. Nessa época, o sistema de saúde mental no Distrito Federal passava por um período de precariedade em suas ações, e então, diante disso, não houve alternativa senão transferir esses pacientes para outro hospital, uma vez que, não existiam serviços substitutivos para recebê-los.

Dessa forma, decidiu-se que essa demanda de pacientes viria a ser assistida no HSVP, mas não para continuidade à sua institucionalização, e sim, em um programa que possibilitasse a inclusão e o retorno à vida social. Nesse viés, percebe-se que a falência e desestrutura dos serviços que prestam hospitalização às pessoas que tem sofrimento psíquico severo e persistente gera repercussões graves e o hospital psiquiátrico deve repensar sua forma de assistência.

Diante disso, optou-se pela criação do Programa Vida em Casa (PVC) no espaço do HSVP, com vista ao atendimento a esses pacientes, fora dos moldes da psiquiatria tradicional, assegurando a reinserção e assistência em domicílio. Esse programa tem hoje 11 anos de funcionamento.

O Programa Vida em Casa⁷ foi instituído inspirado no programa TCL (*Training in Community Living*) que funciona desde 1975 no Hospital de Madison, no Estado de Wisconsin, nos Estados Unidos. O Programa busca assegurar a continuidade dos serviços prestados na área de saúde mental, contribuir para a reinserção social dos pacientes que sofrem de transtornos mentais severos e persistentes, viabilizar a inclusão social por meio de ações de melhoria da qualidade de vida e estabilizar os sintomas, com conseqüente diminuição das crises.

Destaca-se que a proposta para criação do Programa, inicialmente já apresentou desafios e questionamentos, uma vez que, a primeira ação para sua implantação refere-se à mudança de comportamento dos profissionais de saúde frente ao pensamento e à prática em relação às formas de se lidar com a loucura.

No próximo capítulo desta dissertação propõe-se delinear a metodologia utilizada neste estudo e busca-se uma discussão acerca das proposições dos profissionais de saúde do PVC, perpassando por elaboração de suporte teórico com vista a corroborar ou refutar a hipótese proposta na fase inicial da pesquisa.

⁷ Dados extraídos do folder sobre o Programa Vida em Casa

CAPÍTULO 3

REDE DE IDÉIAS ENTRE A TEORIA E A PRÁTICA NA SAÚDE MENTAL: PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo traz considerações acerca dos materiais e métodos empregados para desenvolvimento da pesquisa, bem como, a abordagem aos resultados encontrados. Na primeira sessão delinea-se o contexto geral da pesquisa com informações sobre o local e método utilizado. Na segunda sessão é feita a descrição dos sujeitos participantes, bem como a descrição dos procedimentos éticos empregados. A terceira sessão traz informações sobre a coleta de dados. Por fim, a quarta sessão trata dos aspectos relacionados à análise dos dados e discussão dos resultados, com abordagens reflexivas acerca das significações e ressignificações propostas pelos sujeitos da pesquisa. Para tanto, se utiliza o corpo teórico do estudo, sobretudo as perspectivas de Foucault.

3.1 CONTEXTO DA PESQUISA

Conforme se pode verificar, esta pesquisa se desenvolveu em duas fases: a primeira composta por análise documental que compreendeu leitura e seleção do seu suporte teórico. A segunda constituiu-se do planejamento, cronograma e do momento de realização das entrevistas no cenário da pesquisa.

Como informado anteriormente, o local escolhido para o estudo foi o Programa Vida em Casa do Hospital São Vicente de Paulo da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Este Programa foi criado para atender à demanda da população que se encontra institucionalizada e que perdeu o vínculo social e familiar.

A atividade cotidiana do PVC consiste em aplicação de medicamentos injetáveis em domicílio, acompanhamento de pacientes a consultas médicas e exames em outras instituições, coleta de material para exames laboratoriais, emissão de relatórios e pareceres médico-psicossociais a partir da solicitação de pacientes, familiares e instituições.

Portanto, o Programa constitui-se como estratégia de enfrentamento em questões referentes à saúde mental, embora ainda não possua estrutura física e

recurso humano suficiente para atender à demanda, o resultado de sua atuação já é possível de ser notado na diminuição gradativa do número de reinternações hospitalares. A participação dos profissionais, a articulação dos gestores e a inserção da comunidade nas discussões, contribuem para que haja uma perspectiva de crescimento da equipe e/ou ampliação para atendimento a um número maior de pacientes.

As atividades foram iniciadas em maio de 2004 para atendimento inicial a 100 pacientes advindos da clínica planalto que havia sido fechada pelo MPDFT em 2003. Os demais usuários liberados pela clínica foram encaminhados para uma residência dentro do ISM, que funcionava como um serviço de hospital-dia da Secretaria de Saúde.

A CRP possuía caráter privado e localizava-se em área rural na cidade de Planaltina. À época constituía-se como único serviço no Distrito Federal que possuía convênio com o SUS para atender a população custeada por este sistema.

Em 28 de junho de 2004, foi publicada a portaria nº 86⁸ (ANEXO A), da Secretaria de Estado de Saúde. O Programa é pioneiro nas ações de reforma psiquiátrica no Distrito Federal, pois assegurou a garantia da assistência em domicílio àqueles pacientes crônicos que não aderiam ao tratamento ambulatorial.

Atualmente funciona com uma equipe interdisciplinar composta por oito técnicos de enfermagem, um enfermeiro, um psicólogo, dois médicos, um assistente social e um fisioterapeuta que atendem aproximadamente 400 pacientes com transtornos mentais. O atendimento busca viabilizar aspectos que proporcionem a possibilidade da permanência do paciente em seu domicílio, desenvolvendo dentre outras, as seguintes ações: assistência médica e de enfermagem, administração de medicamentos injetáveis, inscrição para acesso às medicações de alto custo, encaminhamento aos programas de atenção básica, suporte para obtenção de benefícios como INSS e da Bolsa de Volta pra Casa do Governo Federal.

⁸ Institui, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, o Programa de Assistência Domiciliar a Pacientes Mentais Crônicos, denominado VIDA EM CASA, vinculado ao Hospital São Vicente de Paulo;

Para ser admitido no serviço, o usuário deve atender alguns critérios estabelecidos, tais como: internações recorrentes em um prazo de um ano, dificuldade de adesão a outras formas de tratamento, histórico de institucionalização e estágio crônico da doença instalado.

Dessa forma, é responsável pela inserção de vários pacientes em programas de benefícios no Distrito Federal e atua no atendimento integral, realizando atividades juntamente com equipes do Programa Saúde da Família, bem como, com servidores do Tribunal de Justiça e Ministério Público.

O HSVP é uma instituição que presta atendimento a pessoas acometidas por sofrimentos psíquicos em graus variados, sendo referência no DF. Apresenta 85 leitos remunerados pelo serviço público, abrangendo o atendimento nas Unidades Internação Masculina e Feminina. Pode-se dizer que a instituição ainda aplica o modelo de assistência hospitalocêntrica, centrado na ação medicamentosa, com pouca ênfase nas ações psicossociais.

Além das Unidades de Internação, o hospital conta com o Ambulatório, as Oficinas Terapêuticas, o Grupo de Atendimento Pós-Internação – GAPI e o Programa Vida em Casa.

As Unidades de Internação do hospital situam-se dentro de uma visão paradigmática característica do modo asilar. Atende toda pessoa com sofrimento psíquico entre crônico e não crônico. Algumas pessoas passam mais tempo internadas para ajuste medicamentoso; pendências sociais ou judiciais; prejuízo clínico ou de acordo com a necessidade.

A opção do pesquisador por este estudo e pela escolha do referido local, motiva-se pelo fato de o mesmo ser enfermeiro atuante há nove anos na área da saúde mental, com atividades laborais nas diversas unidades do HSVP. A curiosidade e principalmente o discernimento de que o processo investigativo pode ser potencializado com a prática do pesquisador, fizeram fortalecer a vontade da busca por respostas.

Segundo Galvão (2002) e Dyniewicz (2005) a relação teoria/prática nos serviços de saúde é importante para se estabelecer novos rumos no processo do cuidar, possibilitando novas soluções para velhos problemas e o encontro com novos desafios. Nesse contexto, a processo investigativo é imprescindível para que

o enfermeiro analise sua prática, relacionando-a a novos métodos, e se desenvolva profissionalmente por meio de aplicação de conhecimento científico em sua área de atuação.

O fato de ser enfermeiro no HSVP, embora possa sugerir facilidade na condução da pesquisa, tornou-se motivo de apreensão, uma vez que, se temia que o convívio diário e o tempo de serviço com os profissionais envolvidos pudessem influenciar no processo de condução dos trabalhos da pesquisa. Assim sendo, buscou-se preservar o direito à opinião e o respeito às individualidades, entendendo e esclarecendo que nesse momento a relação entre o pesquisador e seus colegas de trabalho perpassa o campo das vivências institucionais, tomando agora, uma conotação acadêmico-científica.

De acordo com sua proposta de estudo e procedimentos empregados, esta é por excelência uma pesquisa qualitativa, a qual Minayo (2004, p.22) informa ser um método que busca explicar um fenômeno e não apenas descrevê-lo e que se propõe a observar esse fenômeno reconhecendo “sua carga histórica, política, cultural e ideológica, que não pode ser contida somente em uma fórmula numérica ou num dado estatístico”.

Nesse sentido, Minayo (2008, p. 57) conceitua o método como aquele se aplica a história das relações, das crenças, das representações, das percepções e das opiniões, resultado das interpretações que os indivíduos fazem de como vivem, se constroem enquanto sujeitos, sentem e pensam. Enfatiza ainda que “As abordagens qualitativas se conformam melhor a investigação de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais, sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e documentos”.

Ainda sobre a pesquisa qualitativa Garnica (1997, p.111) diz que “é um saudável exercício para a educação”. Procura-se uma circularidade em torno do que se deseja compreender, em busca da qualidade dos dados significativos para o pesquisador. O método qualitativo sugere uma busca de dados da convivência entre o pesquisador e seu campo de pesquisa.

3.2 OS SUJEITOS DA PESQUISA E ASPECTOS ÉTICOS

A população da pesquisa foi composta pelos profissionais que atuam no PVC por um tempo maior que seis meses na ocasião da coleta de dados e que prestam assistência direta aos usuários. A exigência para que os profissionais tivessem pelo menos seis meses de serviço na unidade, deveu-se a avaliação de que esse seria o tempo mínimo para a adaptação e familiarização com o serviço.

Atualmente, o Programa conta com 14 profissionais exercendo suas atividades, sendo alguns com carga horária total de 40h/semana, e outros, disponibilizando 20h/semana para atendimento nas seguintes áreas de atuação: enfermagem, psicologia, fisioterapia, serviço social e medicina.

Desse total, 12 profissionais optaram por participar da pesquisa, para os quais foram agendados dia e horário compatíveis com sua disponibilidade, bem como, um tempo estimado de 50 minutos para as respostas de cada um. Dois profissionais optaram pela não participação, sendo um por questão particular, e o outro por não atender ao critério de tempo de serviço mínimo estabelecido pela pesquisa.

Primeiramente indagou-se a esses profissionais quanto a sua disposição e disponibilidade para participação como sujeitos da pesquisa. Foi explicado a eles sobre os objetivos, bem como a escolha metodológica, sendo-lhes apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B) para assinatura em caso de concordância. O termo constou de duas vias, sendo uma entregue ao entrevistado e a outra permanecendo em posse do entrevistador.

Considerando os aspectos éticos da pesquisa, que de acordo com a resolução 196/96 do Ministério da Saúde prevê zelo em relação à confidencialidade das informações, respeito às opiniões e *feedback* aos participantes (BRASIL, 1996), a proposta desta pesquisa, bem como, o instrumento metodológico utilizado foram submetidos e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CEP/FEPECS/SES/DF) sob o parecer de nº 979.375 em 09/03/2015, na área temática especial, grupo III: ciências da saúde. (ANEXO C)

Como mencionado anteriormente, foi utilizado também o TCLE, o qual traz todas as informações referentes aos termos da pesquisa, objetivos e métodos. O

termo deixa clara a liberdade de decisão em participar da pesquisa, a opção de interromper sua participação em qualquer etapa do processo e a confidencialidade dos participantes. Foi confeccionado em duas vias, contendo informações sobre o responsável pela pesquisa, sendo obrigatória a assinatura dos participantes e do pesquisador.

O foco principal não foi o quantitativo - embora o número de entrevistados tenha atingido um percentual de mais de 80% de participação - mas sim, na possibilidade de compreensão, discussão e aprofundamento sobre o tema.

Sobre isso, Mynayo (2003, p. 43) diz que uma amostra ideal “é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões”. Dessa forma, os participantes foram estimulados a explorar ao limite cada uma das questões, a fim de se extrair o máximo de representações possíveis.

Tendo em vista se tratar de uma equipe composta por um número relativamente pequeno de profissionais de saúde, a abordagem transcorreu de maneira tranquila, na medida em que a recusa em participar foi mínima e todos se mantiveram interessados e mostraram-se convictos e sinceros em suas respostas.

3.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi feita por meio da aplicação de um questionário (APENDICE A), que se constitui em um instrumento de investigação que visa recolher informações, baseando-se, geralmente, na inquirição de um grupo representativo da população de estudo.

Triviños (1987) destaca três tipos possíveis para questionários: fechado⁹, misto¹⁰ e aberto. Para esta pesquisa foi escolhido o questionário aberto, pois, proporciona respostas de maior profundidade, dando ao sujeito pesquisado uma maior liberdade para sua resposta, podendo ser redigida por ele mesmo. Nesse

⁹ Tem na sua construção respostas na modalidade fechada. Em geral, são construídos com questões de múltipla escolha para marcação de uma alternativa. São questionários bastante objetivos e que requerem menor esforço por parte dos sujeitos aos quais é aplicado. Esse questionário facilita a análise da informação, exigindo menos tempo dos pesquisadores.

¹⁰ O questionário do tipo misto, como indicado pelo próprio nome, é composto por questões de diferentes tipos, possibilitando respostas abertas e fechadas. (TRIVIÑOS, 1987)

caso, a interpretação e o resumo desse questionário são mais difíceis, uma vez que se pode obter variados tipos de respostas, dependendo da pessoa que responde ao questionário.

O questionário foi dividido em duas partes, sendo a primeira com sete questões para abordagem do perfil sociodemográfico dos participantes e a segunda contendo oito questões subjetivas, permitindo ao entrevistado um discurso amplo sobre o tema, descrevendo suas percepções e conhecimentos, bem como, suas perspectivas e construções ideológicas acerca da pessoa acometida por transtorno mental e sua contribuição no campo da inclusão social desse sujeito.

As ações foram definidas dentro de um cronograma que incluiu visita anterior ao gestor da unidade para exposição do projeto e obtenção de autorização para desenvolvimento da pesquisa, e a partir daí, agendamento para resposta ao questionário de acordo com a disponibilidade e escala de trabalho dos profissionais de saúde.

O local definido para a aplicação do questionário foi o auditório de reuniões do HSVP, uma vez que, esse local proporciona ambiente calmo, livre de interferências e com privacidade para que entrevistador e pesquisados fiquem a vontade para o procedimento, sendo essa etapa realizada no período compreendido entre os meses de abril e maio de 2015.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados obtidos por meio dos questionários foram submetidos à técnica de análise de conteúdo¹¹ proposta por Bardin (2004), que enfatiza que objetiva-se analisar os dados comunicados no ato da devolução dos questionários e/ou

¹¹ A técnica de análise de conteúdo começou a ser utilizada por Harold Laswell em 1927. A partir de 1940 o método de análise de conteúdo despertou interesse, o que levou a seu maior desenvolvimento. Em 1977, Laurence Bardin publicou a sua obra *L'analyse de contenu*, na qual o método foi configurado em detalhes, servindo de orientação e referência até os dias atuais. A análise de conteúdo é dividida em três fases, sendo: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na pré-análise é organizado o esquema de trabalho a ser seguido, sendo estabelecido o procedimento, podendo este ser flexível. Na segunda fase, conceituada de descrição analítica, realiza-se uma leitura flutuante do material coletado, com o propósito de se estabelecer categorias para discussão dos dados. Por fim, na última fase, chamada de interpretação referencial, as respostas são categorizadas com o intuito de se dar significado aos dados brutos. (BARDIN, 2004)

observados pelo pesquisador. Na análise do material, busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliem na compreensão do que está por trás dos discursos. Dessa forma, assim a define:

Um conjunto de técnicas de análises das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 2004, p.41)

Nesta pesquisa todas as fases previstas para utilização do método de análise foram seguidas integralmente, uma vez que, tal procedimento organiza e dinamiza o processo de reflexão e discussão dos resultados, viabilizando também uma maior integração do pesquisador com o tema explorado e com o discurso dos sujeitos participantes do processo.

A análise dos dados que é um conjunto metodológico cada vez mais sutil e em constante aperfeiçoamento, constou em uma leitura flutuante dos instrumentos aplicados, em seguida foi realizada a sistematização do conteúdo, identificando e agrupando as respostas como temas a serem categorizados.

Nesse momento, busca-se a explanação e descrição dos resultados evidenciados nas considerações dos participantes da pesquisa, ressaltando que nenhum deles sofreu qualquer influência interna (serviço) e externa (pesquisador) que pudesse alterar ou impactar em sua forma de pensar e expressar suas ideias. Os dados coletados serão explorados da forma mais abrangente possível, mantendo-se a integridade de todos os depoimentos.

Obedecendo às questões éticas previstas no TCLE, optou-se por não se identificar de forma nominal os participantes, sendo utilizada para exposição das falas a letra “P”. Assim sendo, os questionários foram enumerados de “P1” a “P12” de acordo com a sequência de aplicação.

3.5 DESCREVENDO O PERFIL DOS SUJEITOS DE PESQUISA

Conforme exposto anteriormente, a amostra da pesquisa constituiu-se de 12 profissionais de saúde, sendo enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais

e técnicos de enfermagem que prestam serviço no Programa Vida em Casa do Hospital São Vicente de Paulo, com atuação há mais de seis meses e com vínculo estatutário por meio de concurso público junto à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

QUADRO 1:

Características sócio-demográficas dos profissionais entrevistados no Programa Vida em Casa, em frequência e porcentagem.

VARIÁVEL	CATEGORIA	Nº	%
Gênero	Masculino	02	25
	Feminino	10	75
Idade (anos)	20 – 30 anos	01	8,3
	31 – 40 anos	07	58,4
	41 – 50 anos	03	25
	>50 anos	01	8,3
Nível Escolar	Superior	06	50
	Médio	06	50
Profissão	Médico	01	8,3
	Enfermeiro	01	8,3
	Ass. Social	01	8,3
	Tec. Enfer	08	66,8
	Psicólogo	01	8,3
Tempo serviço na área de saúde	01– 10 anos	02	16,6
	11 – 20 anos	08	66,8
	>20 anos	02	16,6
Tempo serviço em saúde mental	01 – 10 anos	07	58,4
	11 – 20 anos	04	33,3
	>20 anos	01	8,3
Tempo serviço no PVC	01 – 10 anos	12	100
	11 – 20 anos	00	00
	>20 anos	00	00
TOTAL		12	100

Fonte: Própria

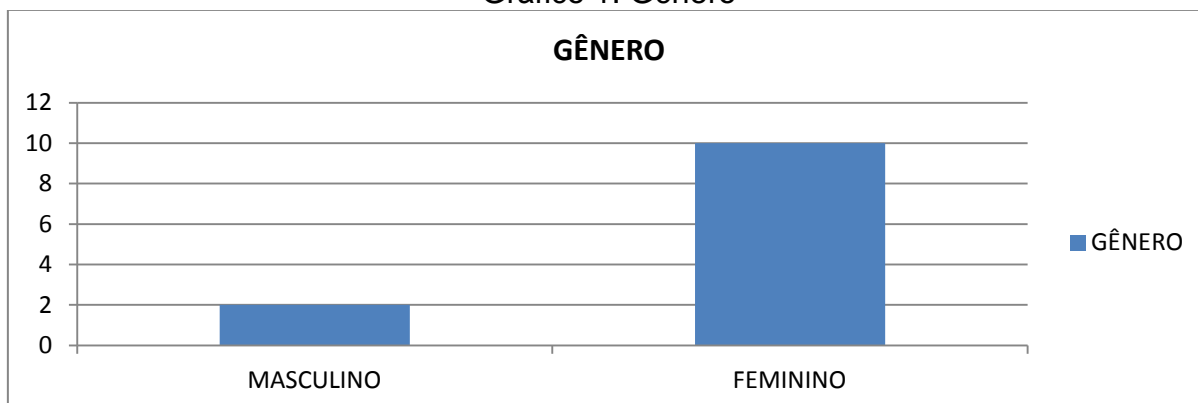
A amostra foi composta por dois homens e dez mulheres, com idade entre 20 e 50 anos de idade, sendo que, a faixa predominante é entre os 30 e 40 anos.

Esse dado sugere que a predominância de participantes do sexo feminino possa estar relacionada com a maior presença de profissionais de enfermagem na

equipe, uma vez que, do total de mulheres entrevistadas, sete são técnicas de enfermagem e/ou enfermeira.

Embora nos últimos tempos tenha aumentado a presença dos homens nessa profissão, historicamente a enfermagem se caracterizou por ser predominantemente exercida pelas mulheres.

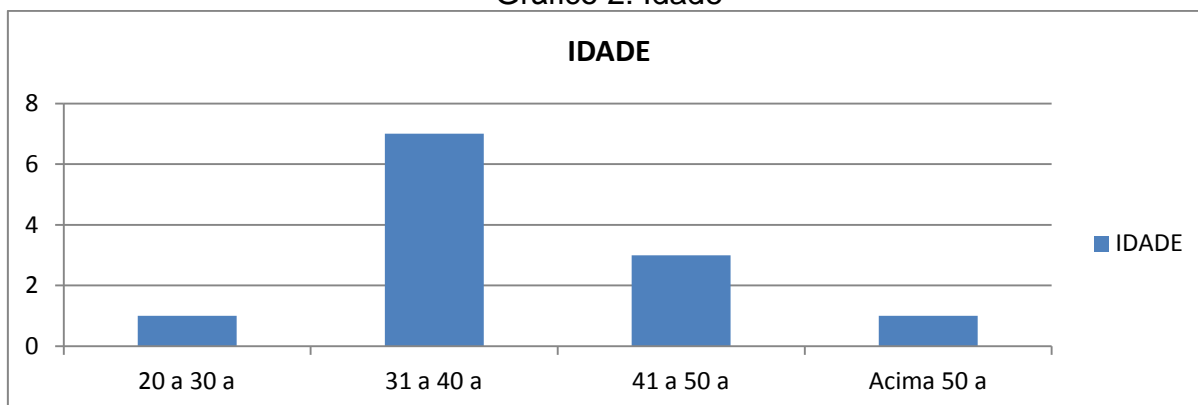
Gráfico 1: Gênero



Fonte: Própria

Outro aspecto que se destaca é o fato de se tratar de um grupo relativamente jovem, sendo que sete participantes estão na faixa etária entre os 30 e 40 anos de idade.

Gráfico 2: Idade



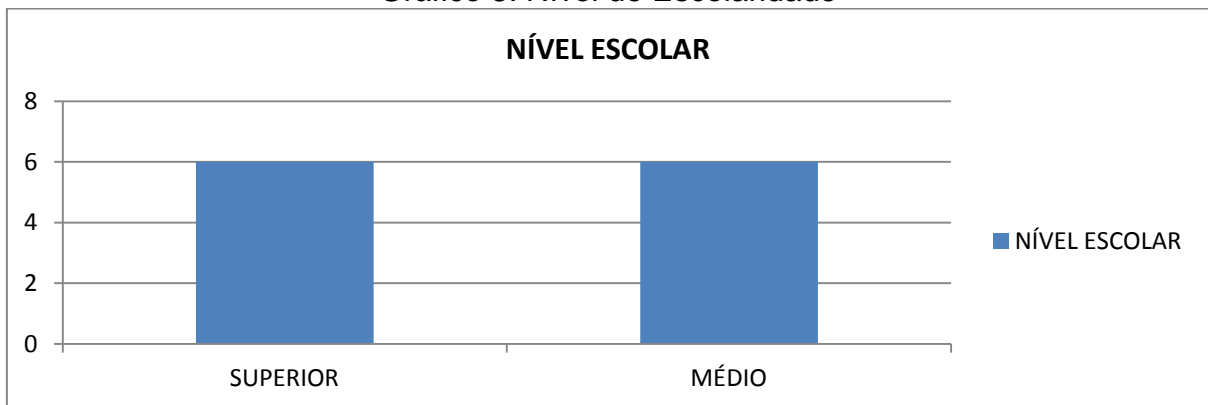
Fonte: Própria

Dentre os entrevistados, oito possuem formação de nível médio na área profissionalizante de auxiliar de enfermagem, sendo que todos fizeram

complementação posterior para técnico de enfermagem. Desses, dois possuem também formação superior na área de enfermagem. Os outros quatro entrevistados possuem nível superior, sendo 1 enfermeiro, 1 psicóloga, 1 assistente social e 1 médico.

Nesse sentido, percebe-se que embora os profissionais possuam função técnica na secretaria de saúde, alguns destes têm formação superior, o que indica que há uma busca por conhecimento e arcabouço teórico que possa fomentar suas ações dentro do ambiente de trabalho.

Gráfico 3: Nível de Escolaridade



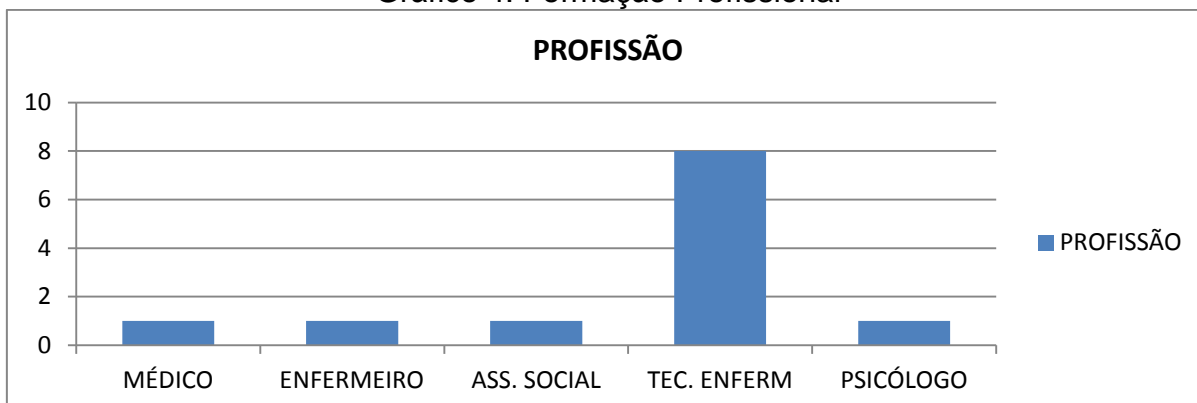
Fonte: Própria

Quanto à formação profissional dos participantes, temos um médico, um enfermeiro, um assistente social, um psicólogo e oito técnicos de enfermagem.

A maior concentração de técnicos de enfermagem na equipe do PVC pode ser explicada pelo fato de que a demanda de usuários requer diversos procedimentos - já citados anteriormente - que são inerentes a esses profissionais. Há também a questão da carga horária e o revezamento dos profissionais, de acordo com folgas, licenças oficiais e afastamentos legais.

De acordo com as observações e informações obtidas junto à coordenação do Programa, seria necessário aumento de número dos outros profissionais citados para a total cobertura de atendimento aos usuários. Atualmente, o trabalho direciona-se no sentido de priorizar as demandas, conforme a complexidade e dificuldades apresentadas pelas famílias. As visitas domiciliares também sofrem interferência devido aos serviços burocráticos aos quais estão submetidos.

Gráfico 4: Formação Profissional

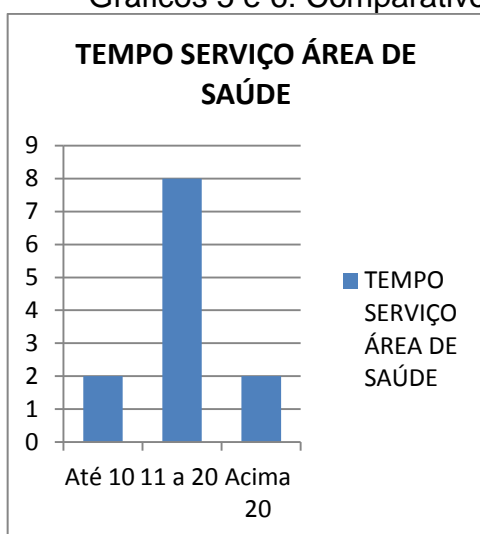


Fonte: Própria

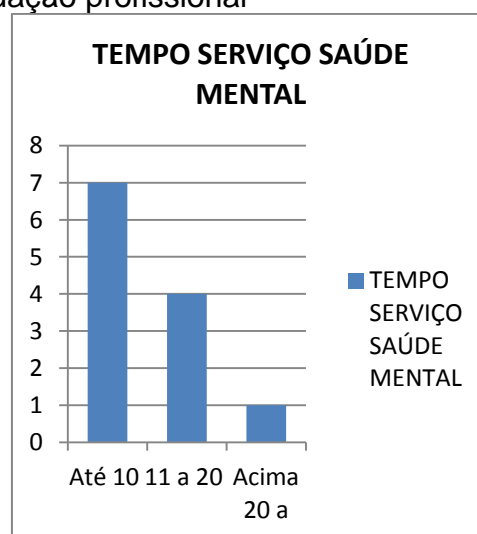
Os dados evidenciam que oito profissionais atuam na área da saúde há mais de dez anos e em relação ao tempo de serviço em saúde mental, sete tem até dez anos de serviço enquanto outros cinco trabalham há mais de dez anos nessa área. Importante ressaltar que como o Programa Vida em Casa tem apenas 11 anos de funcionamento, todos os profissionais trabalham no setor há menos de dez anos.

O tempo de atuação na área de saúde mental permite inferir que a maioria desses profissionais já possui conhecimento suficiente da área e tenha feito sua opção por ela.

Gráficos 5 e 6: Comparativo de tempo de atuação profissional



Fonte: Própria



Fonte: Própria

3.6 DISCUSSÃO REFLEXIVA DOS RESULTADOS

Retomando as ponderações iniciais e às interrogações que permeiam os objetivos deste estudo, direcionou-se a pesquisa a fim de que por de falas e argumentações se possa compreender como os participantes ordenam e reproduzem suas percepções e vivências em relação à sua realidade prática diária.

Considerando que as representações expressam a maneira como os indivíduos se relacionam com o mundo à sua volta, buscou-se apreender o entendimento em relação à loucura, sua prática assistencial e suas perspectivas em relação ao PVC e inclusão social do doente mental.

Para melhor análise, considerou-se o cenário em que estão inseridos, na tentativa de melhor vislumbrar o contexto cultural, social, histórico e político que sustenta suas declarações.

Após a leitura das respostas, procedeu-se ao ordenamento dos dados, procurando pontos comuns e/ou divergentes que possam embasar a discussão, bem como, paradigmas que conduzem a aspectos mais intensos em termos de seu sentido e significado.

Visando formalizar a organização dos dados, estes foram agrupados de acordo com sua relevância, considerando seu sentido, sendo seu significado relacionado a alguns temas importantes com o intuito de se categoriza-los para discussão e análise.

Como resultado desse trabalho de categorização dos temas, emergiram três categorias propostas para descrição dos resultados. A primeira categoria denominada “Compreensão da loucura”, trata de concepções acerca do fenômeno da loucura e do louco com suas várias nuances, sob o ponto de vista dos sujeitos participantes e de autores que explicam o fenômeno.

A segunda categoria denominada “Trabalho em saúde mental no Programa Vida em Casa”, discute acerca de sua prática assistencial enquanto pessoa e equipe, considerando o contexto social, político e cultural no qual se insere.

A terceira categoria denominada “Perspectivas quanto ao futuro do Programa Vida em Casa”, explicita as representações sobre o processo de

organização e planejamento institucional, bem como, participação de gestores e governo.

3.6.1 COMPREENSÃO DA LOUCURA

Nesta categoria o objeto de estudo são as percepções dos participantes acerca da loucura e do indivíduo acometido. Entendendo ser este o norte principal para se conduzir aos demais questionamentos, utilizou-se a seguinte questão: O que você entende por loucura?

Desta feita, os profissionais expõem suas representações a respeito da loucura e mesmo cada um tendo experiências profissionais diferentes, histórias de vida distintas, apresentam semelhanças em seus relatos quanto ao entendimento do louco como uma pessoa que está doente, necessitando de atenção e assistência, e principalmente compreensão de seu sofrimento.

Evidencia-se em linhas gerais uma definição que permeia por uma abordagem mais usual, numa linguagem popular que expressa de forma bem simples a visão dos participantes, como se vê a seguir:

Uma pessoa que foge, digo, estado que leva a pessoa a sair da realidade, ficando sem crítica e não respondendo pelos seus atos. (P11, nível médio)

É o que foge do “dito” normal, é um desequilíbrio mental. (P6, nível médio)

A incapacidade de conter impulsos, emoções, sentimentos. Não conseguir pensar nas consequências dos seus atos antes de agir. (P8, nível médio)

As falas evidenciam a percepção da loucura enquanto distúrbio de comportamento, algo anormal para os padrões da sociedade, fuga da realidade, atitudes que mexem com o emocional do indivíduo.

A loucura foi entendida de maneiras diferentes nos períodos da história da humanidade e conseqüentemente o seu tratamento sempre se espelhou por muito tempo na conotação social existente sobre a doença. (OPAS/OMS, 2001).

Amarante (2003) ressalta que o termo “loucura” invariavelmente causa nas pessoas uma resistência à aceitação, promovendo estranheza, até porque traz

consigo uma conotação pejorativa muito forte. Sugere, para o senso comum, uma pessoa com perda do juízo, que não se preocupa com as consequências de seus atos e que representa perigo aos outros.

Enfatiza que a “loucura” se encontra em um estágio ímpar de exclusão social, mesmo não havendo em tese uma barreira física, mas sim, uma muralha ancorada em velhos paradigmas segregantes, excludentes, reproduzindo a história como ela sempre foi, desde os tempos da idade média, onde o mal era reproduzido na figura do louco, levando-o a exclusão.

Historicamente talvez possa se explicar esse fenômeno recorrendo à concepção de Foucault que em seus textos considera que a loucura surge como advento para exclusão social em substituição à lepra, configurando-se desde a idade média como o grande mal que assola a sociedade. Além disso, era um evento considerado como um erro, com significância ruim, trágico, maléfico. (FOUCAULT, 1997)

Também dentre os participantes, percebe-se algumas definições ancoradas em embasamento científico, deixando de ater somente a aspectos relacionados à falta de controle, desrazão, noção de anormalidade e comportamentos excêntricos. Neste contexto, considera-se a loucura como “doença mental”.

Transtorno mental que compromete a integridade física e mental do indivíduo, assim como a vida social e produtiva.
“Loucura é desnudar-se do seu eu.” (P3, nível superior)

Doença mental incapacitante, que produz internação, gerando um desequilíbrio físico e emocional no sujeito e sua família. Além do mecanismo meramente psíquico, pode causar disfunções orgânicas e metabólicas e déficit psicomotor importante. (P12, nível superior)

A loucura para mim está associada ao descontrole, ao desequilíbrio do comportamento e das percepções mentais. (P9, nível superior)

Nesse campo de abordagem, o Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM), define a loucura enfatizando-a como um Transtorno Mental:

Um Transtorno Mental é uma Síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no

comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. (DSM V, 2013, p.20)

Transtornos Mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (por exemplo, de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito” (DSM-V, 2013, p. 20).

Como já tratado no capítulo um, até o século XV, mais especificamente na fase inicial do renascimento, o louco é somente um errante, expulso das cidades, expatriado, punido, submetido às ordens de mercadores, prisioneiro de sua subjetividade, visto que, não existia o internamento como prática instituída. Ele, o louco, não é objeto de estudo, intervenções e tratamentos. (FOUCAULT, 1989)

Foucault (1978) em seu estudo *A História da Loucura na Idade Clássica* desenvolve uma ampla discussão acerca dos modos e comportamentos adquiridos pela loucura desde o renascimento até a modernidade, onde expõe ideias inovadoras no campo social e filosófico, discutindo costumes, práticas e saberes que alicerçaram a construção do pensamento atual sobre a loucura enquanto doença mental.

Sobre a denominação e o entendimento da “loucura” no decurso histórico, gradativamente foram utilizados termos como alienismo, manifestações malignas, erro e fraquezas humanas, sendo que somente com o advento da psiquiatria científica é que se iniciou o uso da terminologia de doença mental. (FOUCAULT, 2004)

Conforme mencionado no capítulo um, o século XVIII é o marco para apreensão do fenômeno “loucura” como evento passível de outras formas de tratamento, que não somente as terapias morais e enclausurantes, portanto, com possibilidade de cura, pois a partir daí a mesma é designada como doença mental com o vislumbre de causas orgânicas e psíquicas. (FOUCAULT, 1989)

Sendo assim, antes do surgimento da psiquiatria como prática médica no século XVIII o louco não era entendido como alguém vitimado por uma doença,

embora já se tenha conhecimento da existência de loucos desde antes da idade média, sendo que nesse período eram considerados como andarilhos, sem destino e muitas vezes a loucura adquire um caráter meramente simbólico.

Sobre isso, Amarante (2003) ressalta que a substituição do termo “louco” por “doente mental” não cabe aqui como melhor opção. Embora soe com uma cientificidade profunda, porém, mantém a mesma carga significativa da palavra “louco” e ainda pode induzir a complexidade da experiência desse sujeito. A loucura apresenta-se mais complexa, mais misteriosa e ainda mais excitante e não seria justo denominar todo esse conjunto de eventos a que a pessoa é submetida, como apenas um “transtorno” ou “desordem mental”.

Neste sentido, torna-se importante abordar a diferença de definição e diagnóstico entre doença e transtorno. Na clínica em geral, as doenças são consideradas alterações da saúde que tem causa determinada. A doença pode ser descrita de forma clara e objetiva por meio de observação de sinais e sintomas, bem como, sua etiologia, evolução e prognóstico.

O diagnóstico da doença clínica pode se dar por inúmeros métodos, sendo as mais diversas possibilidades como exame físico, exames de imagem, exames laboratoriais. No caso do tratamento desses agravos também existe inúmeras abordagens, tais como, medicamentosa, cirúrgica e outras terapias alternativas.

Por outro lado, no caso dos “transtornos” mentais, sua manifestação e evolução ocorrem de forma extremamente subjetiva, não sendo possível sua palpação em corpo físico, pois se trata de processos mentais envolvidos, fenômenos internos, característicos do próprio “eu” do sujeito acometido.

Essas “nuances” subjetivas somente serão detectadas e percebidas caso se manifestem em expressões verbais, expressões corporais, mudança significativa de comportamento, não havendo porém, uma linha exclusiva de manifestação, o que faz com que o observador também se apodere de sua subjetividade para poder buscar o entendimento do outro.

Para tanto, a expressão da loucura deve ser compartilhada, dividida, visualizada e vislumbrada pelo olhar do observador nem sempre em apenas um momento ou uma consulta ou mesmo num diálogo, e sim, em um processo contínuo

de vivência e aceitação da loucura enquanto objeto de um mundo real, na visão do louco, é claro.

E nem sempre a compreensão da loucura quer dizer possibilidade de explicação, para que ambas ocorram é necessário se aproximar da vivência subjetiva do louco, sem amarras, preconceitos ou julgamentos de padrões pré-estabelecidos.

Caso o observador se ampare na sua convicção e subjetividade própria para definição de normalidade e anormalidade em relação ao louco, há que se observar quais os parâmetros que serão utilizados para o julgamento, pois tal conceito adquire diferentes formatos de acordo com o que são consideradas como condutas equilibradas ou não.

Isto pode ser percebido na seguinte fala:

É muito subjetivo, mas eu acho que é o que eu vejo em outra pessoa que eu não teria coragem de fazer. (P5, nível médio)

Distúrbio, alteração mental do indivíduo considerado “anormal” pela sociedade. (P10, nível médio)

São pessoas diferentes. (P1, nível fundamental)

Tais ponderações remetem literalmente ao pensamento dos entrevistados sobre os padrões de normalidade e anormalidade, uma vez que, se segue uma linha convencional de pensamento e ações no sentido de concordância com o que já foi instituído há tempos atrás. No entanto, é sabido que as vivências subjetivas do que é normal e anormal se inserem no contexto social, cultural, religioso e político das pessoas, sendo-lhe atribuídos significados diferentes de acordo com o contexto local de cada pessoa.

De acordo Foucault (2004), discutido no capítulo um deste estudo, historicamente sempre houve grupos ou pessoas que foram mais ou menos excluídos ou aceitos no convívio social, em virtude de sua harmonia, normalidade ou anormalidade, em detrimento de quaisquer motivos, seja de credo, raça, opção política, sexual ou alguma doença.

Então pode-se dizer que o homem por sua própria natureza é constituído de equilíbrio e harmonia, sendo que a anormalidade seria alguma alteração, algum

desvio desse estado de natureza. Sendo assim, entende-se que a anormalidade seria a ausência do padrão normal de convivência, podendo causar perturbação à ordem estabelecida.

Segundo Castel (1978, p.111), “A reflexão sobre as ponderações de Foucault nos leva a entender que a doença mental pode ser uma forma de se estabelecer um novo “normal”, sendo então o “anormal”, uma nova forma de normalidade”. Dessa forma, a anormalidade aqui é concebida como postura negativa, avessa à ordem, à harmonia e a normalidade, sendo entendida como distanciamento da moderação, impulsividade e periculosidade, definida como “um excesso que é falta”.

Em sua obra *O que é loucura* Frayze- Pereira traz uma concepção do conceito de normalidade e anormalidade:

“é preciso notar que uma norma, uma regra, se propõe como um modo possível de eliminar uma diferença. E ao se propor desse modo a própria norma cria a possibilidade da sua negação lógica [...] Nesse sentido, ‘o anormal, enquanto anormal, é posterior à definição do normal, é a negação lógica deste’ [...] uma norma só vem a ser norma, exercendo a sua função normativa ou de regulação, mediante a antecipação da possibilidade de sua infração [...] O anormal é uma relação: ele só existe na e pela relação com o normal. Normal e anormal são, portanto, termos inseparáveis. E é por isso que é tão difícil definir a loucura por si mesma.” (FRAYZE-PEREIRA, 1984, p.21-22)

Ainda do ponto de vista reflexivo do pesquisador cabe a seguinte ponderação: Se não existe pessoas iguais, se todo mundo é diferente entre si, se o anormal é o diferente, como existe então o normal? Ou não existe o anormal? Será que somos normais ou que não somos? O julgamento permeia também pelo campo do saber, pois, para quem atua no campo da saúde mental, normal seria aquele que ainda não possui um CID, ou diagnóstico conclusivo.

Mas, e o sofrimento? a angústia? a ansiedade? Somente os “loucos” as tem? Eles são inerentes ao ser humano, mas são sinônimos de anormalidade? ou é normal sofrer? Angustiar-se? tomar-se por uma dose excessiva de ansiedade?

O adoecimento em várias ocasiões manifesta-se por desacordos no convívio familiar, relações sociais frustradas, eventos culturais e históricos, processos

afetivos mal definidos e muitas outras variantes individuais, o que torna difícil uma unanimidade para sua definição.

Confirmando a diversidade de opiniões e representações sugeridas pelos entrevistados, em outro momento os depoimentos remetem à compreensão da loucura enquanto fenômeno causador de perda de autonomia, independência, fuga e sofrimento.

As percepções vivenciadas pelos participantes levam ao seguinte questionamento: Qual será realmente o significado da loucura? Ou sua compreensão depende dos olhos que a veem?

Distúrbio de alteração mental, de comportamento, incapacidade geral de autonomia. (P4, nível médio)

Distúrbio da insanidade em pensar e agir, não consegue se cuidar, dependência, paranoia. (P2, nível médio)

A relação do louco com seu distanciamento social, essa imagem do incapaz, do submisso e do desnecessário para o convívio com os potencialmente capazes, perpetua-se ao longo da história, e confunde-se com sua própria definição e sustentação. O entendimento sobre a loucura é variável, depende da cultura onde se insere, só é reconhecida e legitimada no espaço que a reconhece como tal. (FOUCAULT, 1978)

Reiterando o capítulo um do estudo, Foucault destaca que desde o século XV a loucura é representada como um evento obscuro, como um segredo, confundindo-se com elementos excêntricos e passíveis de contestação, e por isso precisava ser explorada, desvendada em todos os seus segredos.

Em grande escala, tudo não passa de Loucura; em pequena escala, o próprio Todo é Loucura. Isto é, a loucura só existe com relação à razão, mas toda a verdade desta consiste em fazer aparecer por um instante a loucura que ela recusa, a fim de perder-se por sua vez numa loucura que a dissipa. Num certo sentido, a loucura não é nada: a loucura dos homens não é nada diante da razão suprema que é a única a deter o ser; e o abismo da loucura fundamental nada é, pois esta só é o que é em virtude da frágil razão dos homens. Mas a razão não é nada, dado que aquela em cujo nome a loucura humana é denunciada revela-se, quando finalmente se chega a ela, apenas como uma vertigem onde a razão deve calar-se. (FOUCAULT, 1989, p. 38-39)

Interessante nesta discussão sobre loucura é que a cada época ela adquiriu *status* diferente, já tendo sido relacionada com a razão, os sentidos, a morte e até mesmo citada como aparência de um crime. Tais conclusões surgiram de acordo com o pensamento dominante de cada período. Por fim, na contemporaneidade, a loucura desassocia-se totalmente da razão, com total abolição de sua subjetividade.

Conforme citado anteriormente, ao mesmo tempo em que representa um perigo, o louco se torna também uma lástima, sem inserção econômica, desprovido de razão, imagem de uma miséria que a ele é atribuída e nele projetada. Perde a capacidade de encontrar-se com seu próprio eu, sua condição de loucura o leva a um déficit de produtividade, não exprime confiança suficiente para que as pessoas lhe sejam recíprocas, sem poder de aquisição. (CASTEL, 1978)

Diante das respostas obtidas, temos que aqui a loucura é vista como sofrimento, anormalidade, fuga da realidade, doença mental. Pode-se considerar que na visão dos participantes não existe uma concepção exata e nem mesmo um padrão para se definir a “loucura” como evento patológico.

Em todas as leituras referentes à evolução da loucura enquanto fenômeno e também termo se ser definido, há um consenso sobre diversidade de apreensão da palavra, do ponto de vista literário.

Neste sentido Frayze-Pereira (1984) cita que:

A cremos em muitos pensadores contemporâneos, a loucura não é um fenômeno fundamentalmente oposto ao da chamada racionalidade ou normalidade. Loucura é interior à razão – eis uma proposição notável muitas vezes posta sob suspeita, tão espantosa que se resiste a aceitar. Se a loucura é algo com que convivemos, paradoxalmente é algo difícil de falar na primeira pessoa. Fácil é falar do outro, da loucura alheia. [...]” (FRAYZE-PEREIRA, 1984, p. 08)

Desta forma, a loucura retira do sujeito a capacidade de decidir pelo certo ou errado, pelo normal e anormal, pela saúde ou pela doença.

A problemática agora reside em que diferentemente daquele sujeito que quando acometido por um mal súbito ou por um evento físico palpável - simplesmente uma doença - mesmo assim se mantém apto à resolução de seus problemas em algum grau de complexidade, o louco traz consigo a alcunha de

incapaz, de dependente, e quando ainda assim opta por se expressar, seja verbal ou corporal, suas vontades e seus dizeres quase sempre são colocados à prova, desconsiderados na maioria das vezes.

Ao término das argumentações dos participantes sobre o evento da loucura, infere-se que as ponderações remetem a uma acepção atual sobre o tema, onde o olhar se apresenta mais racional e relaciona-se menos com eventos místicos e poderes divinos, como sugerem as primeiras definições.

O pesquisador conclui esta seção refletindo sobre quão importante foram os estudos e indagações de Foucault sobre a loucura, uma vez que, por mais que se apresentem novos estudos e novas concepções, nota-se ainda na fala e no comportamento dos profissionais um quê de mistério e indagação, por se tratar de objeto tão complexo e enigmático, defendido pelo pensador francês como evento muito mais histórico do que natural.

A seguir busca-se uma discussão acerca das práticas assistenciais desenvolvidas pelos profissionais do PVC e seus impactos para reinserção e inclusão social do doente mental.

3.6.2 TRABALHO EM SAÚDE MENTAL NO PROGRAMA VIDA EM CASA

Nesta categoria de análise, a discussão permeia pelo campo de atuação dos profissionais, suas vivências, experiências e concepções acerca do impacto de sua prática profissional para o bom andamento do serviço e principalmente para o cuidado, recuperação e inclusão social do doente mental, aqui designado como usuário.

Amarante (2007) traz em sua obra *Saúde mental e atenção psicossocial* uma abordagem ao termo “usuário” que começou a ser usado nos serviços de saúde mental a partir de 1990 com a legislação do SUS. A ideia sugerida para uso dessa nova nomenclatura é de que se dê um protagonismo a quem antes era considerado apenas o “paciente” dentro da engrenagem do sistema de saúde.

Sobre isto, o pesquisador responsável por este estudo, sente-se tentado a emitir sua crítica e assim o faz. A mudança apenas e exclusivamente do nome que se dá ao louco não será suficiente para que se rompam os estigmas e preconceitos

já estabelecidos. Torna-se necessário que o Estado garanta a participação deste “usuário” enquanto sujeito ativo no processo de (re) construção das políticas públicas em saúde.

Retomando a discussão, optou-se pelo agrupamento de algumas perguntas constantes no instrumento de pesquisa que se relacionam diretamente com a proposta sobre o trabalho em saúde mental no PVC do Hospital São Vicente de Paulo.

Para composição desta categoria, quatro perguntas foram selecionadas por apresentarem contexto que permite a reflexão com o mesmo foco de análise, sendo elas: O que é o Programa Vida em Casa? Quais as atividades assistenciais que você desenvolve nessa unidade? Qual a sua percepção em relação aos usuários do programa? Como visualiza o Programa Vida em Casa em relação à Unidade de internação, pronto socorro e ambulatório?

Em relação ao entendimento sobre o que é o Programa Vida em Casa, as falas evidenciam que os profissionais não se atêm somente a tradução literária da sigla. Eles emitem opiniões que elucidam e agregam maior compreensão da verdadeira finalidade do programa.

Os participantes de forma geral corroboram e ratificam a importância do serviço, destacando tratar-se de uma metodologia diferenciada no cuidado em saúde mental. Alguns optam ainda por esclarecer quais os fatores que justificam o atendimento do usuário em seu domicílio, como se ilustra a seguir:

É um projeto de assistência domiciliar no âmbito da saúde mental, focado ao público em geral, que não pode ir ao hospital ou caps (sic), por diversos motivos, seja medo, trauma ou incapacidade física. (P6, nível médio)

Programa que presta uma assistência diferenciada, ou seja, assistência no próprio domicílio do indivíduo, criando vínculo com o usuário e familiares. (P3, nível superior)

É um programa de saúde mental domiciliar para atendimento de pessoas com transtornos mentais graves, índice de internações prolongadas e resistentes ao tratamento. (P10, nível médio)

Analisando as representações, percebe-se um discurso afinado e otimista sobre o PVC, onde o conteúdo exprime uma lógica única quanto à sua definição.

O PVC, conforme mencionado anteriormente, foi criado de uma forma emergencial, sem um projeto prévio tanto do ponto de vista arquitetônico quanto de recurso humano, não havendo, portanto, planejamento para sua estruturação, operacionalização e controle. Sua criação se deu para atender à situação específica ocorrida no ano de 2004 quando o Ministério Público solicitou o fechamento da CRP, sendo que, inicialmente os pacientes deste local foram encaminhados ao Hospital São Vicente de Paulo.

Neste sentido, a portaria nº 86 de 28 de junho de 2004 estabelece em seu preâmbulo que a internação domiciliar proporciona a humanização do atendimento e acompanhamento de pacientes cronicamente dependentes do hospital e, considera que a adequada desospitalização proporciona um maior contato do paciente com a família favorecendo a recuperação e diminuindo o risco de infecções hospitalares.

O texto do Artigo 1º da referida portaria vem de encontro com o que foi expresso pelos profissionais, quer seja:

Instituir, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, o Programa de Assistência Domiciliar a Pacientes Mentais Crônicos, denominado VIDA EM CASA, vinculado ao Hospital São Vicente de Paulo; (PORTARIA nº 86, de 28 de Junho de 2004).

A lei 10.216 (BRASIL, 2001) que estabelece um novo modelo de assistência em saúde mental no Brasil traz em seu artigo 3º que o Estado é responsável pelo desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Vale sinalizar que a discussão acerca do espaço social a ser ocupado pela loucura mereceu atenção de Foucault (1978), conforme exposto no capítulo 1, reitera-se que a partir do século XVIII o Estado pensava em modificar a assistência, permitindo que o doente visse a família e que por questões econômicas o internamento ocorresse em sua própria casa. O doente continuava sem liberdade, só

que a invés de submeter-se à reclusão do asilo, ele agora se encontra sob a tutela da família.

Esse modo de assistência permite um novo olhar sobre o internamento, que desfaz o estigma de exclusão e restrição física e moral, passando então a ser visto como mecanismo de superação das desordens e conflitos familiares, culminando com o tratamento e cura do doente, embora sofressem restrição da liberdade por parte da família. (FOUCALT, 1978)

Ainda sobre esta questão, emergiram também outras definições, que compõem o contexto da diversidade humana, da liberdade de pensamento e expressão e das múltiplas impressões que se apresentam em um mesmo ambiente institucional.

Programa que surge no intuito de possibilitar a desospitalização (sic), inserção social e participação do usuário no sistema. Configura-se como um serviço substitutivo com foco principal na prevenção de recaídas. (P12, nível superior)

É um programa de atenção domiciliar para usuários que não possam/ não consigam vir à instituição para tratamento. (P7, nível superior)

Um programa que atende paciente na residência auxiliando na adesão do paciente ao tratamento, trazendo a família para “trabalhar” junto com a equipe e com o paciente. (P8, nível médio)

Observa-se que embora os depoimentos dos participantes não se embasem na legislação em saúde mental vigente no país, seus argumentos vêm ao encontro com especificidades contidas em relatórios de conferência, leis e portarias que regulamentam tais serviços.

As representações emitidas permitem perceber que há uma participação e conhecimento sobre a área de saúde mental, uma vez que, destacam-se nas definições as possibilidades de desinstitucionalização e participação do usuário e família.

Sobre isto, vale lembrar que o início de todo esse processo de reformulação do sistema de saúde mental se deu justamente pela luta incessante dos familiares, isso desde meados da década de 1970.

Diante dessas ponderações e tendo como referência o novo modo de atenção psicossocial, uma nova forma de atuação designa a participação da família

como efetivo impulso na condução terapêutica junto ao doente mental. A família insere-se no cotidiano de rotinas e procedimentos do indivíduo e da equipe de saúde.

Sobre a participação da família no tratamento e cuidado do doente mental com vistas a diminuir o número de internações hospitalares, com foco em serviços substitutivos com base comunitária, a Lei 10,216 (BRASIL, 2001) destaca em seu Artigo 4º:

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

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

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

Com o advento das novas propostas da Política Nacional de Saúde Mental, por meio da legislação do SUS e das leis específicas, surge uma nova visão sobre o atendimento ao doente mental, onde o mesmo passa a ser vislumbrado como sujeito apropriado de potencialidades, onde seu manejo requer a participação de equipe multidisciplinar que possibilite uma avaliação humana e holística.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Mental,

O Governo brasileiro tem como objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) - incluir as ações da saúde mental na atenção básica, implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, implantar o programa "De Volta Para Casa", manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica, promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado, garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário) e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria. (BRASIL, 2005).

Desta feita, faz-se necessário que os novos serviços se ajustem à nova realidade, com cada profissional buscando extrair o máximo do seu saber/fazer, objetivando o bem-estar do usuário, a redução das internações hospitalares, participação da comunidade e a criação de outro lugar social para o louco.

Conforme a Portaria Nº 86 de 28 de junho de 2004 cita em seu artigo 3º, o atendimento domiciliar deverá ser feito por equipes multidisciplinares, que atuem na prevenção, tratamento e reabilitação do usuário, incluindo nessa modalidade a participação da enfermagem, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais, e os demais que se fizerem necessários para o atendimento integral do usuário em seu domicílio.

No âmbito da proposta de desconstrução manicomial que se configura não somente como a redução e fechamento dos hospitais psiquiátricos e sim como inclusão de novas práticas e saberes, conjunturas sociais, políticas e culturais, perpassando a simples ideia de por abaixo a estruturação física desses ambientes, o PVC se apresenta como uma estratégia tecnicamente viável, posto que, se aproxima do usuário em seu próprio “lócus”, mantendo-se a possibilidade de uma psiquiatria de setor.

Nesse sentido, explicitam suas falas:

É o atendimento de pacientes com transtornos mentais graves, resistentes ao tratamento, que não consegue chegar ao serviço de saúde mental, que tem dificuldade de locomoção. (P2, nível médio)

É um tratamento domiciliar para pacientes com transtornos mentais graves e com dificuldade de locomoção. (P4, nível médio)

O Programa Vida em Casa é um serviço de saúde oferecido a pessoas com transtorno mental crônico, que apresentam dificuldade de deslocamento até a unidade de saúde. (P9, nível superior)

Inferre-se desses discursos que o profissional entende a importância do PVC enquanto instrumento de aproximação entre equipe e usuário, destacando a dificuldade que alguns têm em chegar até o serviço de saúde, cabendo então à equipe proporcionar essa interação.

Conforme experiência vivenciada no período em que atua como enfermeiro assistencial nesse serviço, o pesquisador percebe que a clientela do PVC é

composta em sua grande maioria por pessoas com condições socioeconômicas prejudicadas, não tendo muitas vezes, nem mesmo condições de deslocamento para as atividades propostas pelo serviço.

Seguindo com a discussão da categoria em pauta, questionou-se aos participantes sobre quais as atividades assistenciais são desenvolvidas por cada um deles no PVC. Nesse sentido, ressalta-se a composição da amostra da pesquisa, que é composta por enfermeira, técnicos de enfermagem, médica, psicóloga e assistente social, conforme descrições a seguir:

Eu sou auxiliar de enfermagem e faço o que é relacionado à medicação e orientação para familiares em relação ao bem estar do paciente. (P5, nível médio)

Atuo como assistente social no PVC e realizo atividades diversas: entrevista social com usuário e familiares do programa; visitas domiciliares para avaliação social; oficinas de cidadania; orientações e encaminhamentos para acesso a benefícios socioassistenciais (passe livre, BPC, bolsa família); elaboração de relatórios sociais para priorização e acesso dos usuários as políticas públicas do DF; participação em reunião para articulação da rede intersetorial; entre outros. (P9, nível superior)

Atendimento ao público; atendimento ao telefone; anotações em geral em relatório e prontuários; preparo e aplicação de medicações; visitas domiciliares; entrega de ajuda material aos usuários. (P6, nível médio)

Aqui o fator mais importante a ser analisado não consiste nas funções desempenhadas pelos profissionais, visto que, cada um deles possui sua especificidade e sua atuação atrela-se ao que está previsto pelo seu respectivo conselho de classe, e sim, a composição da equipe de trabalho com inserção em várias áreas do saber, assim como preconiza a legislação em saúde mental.

Ainda assim, emite-se a percepção pela falta de profissionais para se incorporar e encorpar ainda mais seu limite de atuação, tanto em quantidade, quanto diversidade de profissões. Aqui exemplificando, cita-se a necessidade de nutricionista, terapeuta ocupacional e de um médico clínico geral para atendimento às demandas do usuário, visto que, o mesmo não se configura somente com um ser psíquico.

O PVC se caracteriza por ser um serviço cuja clientela é composta por usuários que já passaram por internações recorrentes ou duradouras. Isso remonta à discussão de que o programa não tem como objetivo atender pessoas em seu

primeiro momento de crise, cabendo essa função ao ambulatório de saúde mental, emergência psiquiátrica e pronto socorro dos hospitais gerais.

Sua principal finalidade enquanto estratégia de promoção da saúde e prevenção de recaídas consiste em prestar acompanhamento aos usuários que receberam alta de algum serviço tradicional e encontram dificuldades para prosseguimento do tratamento.

Sua proposta de atuação embasa-se no Artigo 5º da lei 10,216 (BRASIL, 2001) o qual descreve que para o paciente que se encontra em dependência institucional, seja em virtude do quadro psíquico ou ausência de suporte social, deverá ser elaborada política de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, assegurando-lhe tratamento continuado, conforme proposta da Política Nacional de Saúde Mental.

Também sobre isso, a mesma lei em seu Artigo 2º destaca o tratamento humanizado, o respeito para com a saúde do usuário, sua inserção no contexto familiar, no trabalho e na comunidade, bem como, receber o máximo de informações possíveis sobre sua doença e sua terapêutica e se priorizar o atendimento em serviços de base comunitária.

Desse modo, as pessoas envolvidas nas novas propostas de atendimento, devem utilizar sua originalidade, criatividade e afinar o discurso entre as diversas instâncias comunitárias, promovendo melhorias substanciais pela participação de diversos agentes sociais.

No terceiro questionamento foi perguntado aos participantes sobre sua percepção em relação aos usuários do PVC, na busca de entender como o profissional se insere e se enxerga nesse processo de troca de saberes e experiências.

Nessa abordagem as falas remetem a uma dualidade de percepções, onde se destaca principalmente a discussão sobre adesão ou não adesão ao tratamento. Uma das principais dificuldades para obtenção do controle dos eventos psíquicos alterados reside exatamente na resistência à continuidade do tratamento.

É pessoas com comprometimento crônico e medicamentoso devido histórico longo da doença, resistência ao tratamento devido ao não reconhecimento da doença. (P3, nível superior)

São pessoas bem resistentes ao tratamento, que muitas vezes não reconhecem a doença. (P10, nível médio)

São pacientes geralmente crônicos que não conseguiram aderir ao tratamento por não aceitar a medicação oral, ou não conseguir se deslocar até o hospital por alguns motivos como dificuldade de locomoção ou resistência ao tratamento. (P8, nível médio)

Tomando como base as informações dos participantes, vários fatores podem se citados, tais como: falta ou pouco suporte familiar, desinformação sobre a doença e seus sintomas, efeitos colaterais dos medicamentos, uso concomitante de drogas ilícitas, dificuldade de acesso aos serviços e medicamentos, e também crenças que associam o processo da loucura simplesmente a eventos místicos.

Amarante (2003) discorre que o tratamento não consiste somente em tomada de comprimidos ou injetáveis ou mesmo intervenção psicoterápica, o mesmo pode ser designado como um grupo de ações que estimulam ao autoconhecimento do sujeito, levando-o a autocrítica que gera expectativas otimistas.

Reitera o mesmo, que partindo então deste pressuposto, tem-se que a clínica se amplia de tal modo que a própria rotina diária do sujeito surge como possibilidade terapêutica. Seu trabalho, sua casa, seu lazer, sua escola e demais eventos por ele frequentados constituem o alicerce para o enfrentamento e assistência à loucura.

Nota-se também em alguns trechos citados, que o usuário tem no programa uma oportunidade de acesso ao tratamento e manutenção de sua estabilidade psíquica, onde cita-se o impacto positivo que o PVC exerce sobre a rotina dessas pessoas, contribuindo para o entendimento de sua doença e consequente adesão às propostas do programa, conforme se descreve a seguir:

Em sua maioria são pacientes crônicos com pouca chance de cura, mas com possibilidade de estabilização e melhoria da qualidade de vida. (P7, nível superior)

São pacientes crônicos, que passaram por várias internações, tentaram diversas formas de tratamento e encontraram no PVC um modelo novo de acompanhamento. Apesar de vivenciarem situações de vulnerabilidade e risco social, demonstram confiança na equipe do programa e tem mais adesão ao tratamento. (P9, nível superior)

Penso ser muito importante a adesão ao programa. Os usuários apresentam potencial para equilíbrio e controle dos sintomas. A dificuldade reside na pouca inserção econômica e desestrutura familiar. (P12, nível superior)

Mesmo o PVC estando inserido no contexto de um hospital que preserva algumas características do modelo hospitalocêntrico e baseado no saber médico, é importante destacar iniciativas de profissionais engajados no sentido da produção de uma atenção psicossocial, promovendo espaço de oportunidades e de relações interpessoais, o que faz com que o usuário se sinta acolhido e percebido podendo compartilhar sua particularidade e subjetividade.

Relatam ainda sobre a importância do PVC para diminuição dos eventos de reagudização da doença e diminuição das reinternações, dificuldades de ordem física, emocional e psicomotora as quais se submetem os usuários e destacam que o Programa permite a resolução e controle de algumas situações pontuais.

Eles se referem ao usuário como pessoa que necessita de muitas intervenções:

São pessoas quase na sua totalidade muito carentes, com trauma muito pesados, depressivos, alguns mal criados, abandonados. (P6, nível médio)

As pessoas que usa o programa tem dificuldade de locomoção, pacientes com dificuldades de socialização, no programa os pacientes tem uma melhor assistência. (P4, nível médio)

São bem assistidas, ficam com o quadro estável, diminui o número de internações e crises. (P11, nível médio)

Por fim, com o intuito de se complementar a discussão desta categoria, buscou-se extrair as respostas dos participantes sobre como visualizam a relação do PVC com os demais setores do hospital, sendo unidade de internação, pronto socorro e ambulatório.

Neste sentido as ponderações se direcionam para o entendimento da boa inserção do PVC junto aos outros setores do hospital, tais como as unidades de internação.

Considerando que o referido Programa tem como finalidade básica a reinserção social de pessoas com história de longas internações, essa pactuação entre os setores torna-se muito relevante. Isso se explicita a seguir:

É um programa positivo e serve como apoio às demais unidades. Com medicações e quantidade adequada de profissionais, o programa diminuiria mais a demanda do pronto socorro. (P6, nível médio)

Visualizo como uma alternativa ao modelo manicomial. O fato de o atendimento ser domiciliar cria uma proximidade com a realidade diária do paciente e da família, possibilitando uma aproximação entre o paciente e a equipe de referência. Visualizo como um acompanhamento mais humanizado e eficiente, já que grande parte dos pacientes do programa “diminuíram”(sic) substancialmente o número de internações, após adesão ao PVC. (P9, nível superior)

Há uma boa interação entre esses setores, como processo de referência e contra referência, como suporte para manejo de situações específicas. (P12, nível superior)

Conforme Delgado (2011), com a promulgação da lei 10.216 em 2001 uma nova rede de serviços em saúde mental se fez necessária, por meio de ponderações e dos inúmeros questionamentos da sociedade civil em busca da complementaridade de seus direitos e satisfação de sua aspiração.

A partir daí surge a ideia da descentralização e regionalização dos serviços em saúde mental, prezando por propostas que pudessem ser alternativas e/ou substitutivas ao modelo predominante até aquele momento.

Infere-se então que a ideia de serviço substitutivo pode ser usada para se determinar o campo de atuação do PVC, embora o mesmo não se constitua como uma política pública proposta em nível nacional. O ponto para reflexão reside exatamente no sentido de que uma política pública federal deve ser implementada em nível local, de acordo com as peculiaridades de cada região.

O PVC é muito importante para tais serviços, pois visa evitar as internações recorrentes, contribuindo para diminuir a demanda de tais serviços. (P7, nível superior)

É mais um programa para auxiliar o paciente no tratamento. Cada um tem a sua importância. O PVC não atende o paciente em crise. Os pacientes que não aceitam ir para as consultas no ambulatório tem a opção de continuar o tratamento no PVC, fora os outros serviços. (P8, nível médio)

Os pacientes do programa que adere com regularidade e tem o apoio da família, a porcentagem de internação nessas outras unidades diminui consideravelmente. (P2, nível médio)

A partir de uma nova visão sobre a doença mental surge a necessidade de alternativas para o tratamento dessas pessoas, além do tradicional método hospitalar. Constatou-se então a possibilidade de cura além dos muros hospitalares, além do saber médico e principalmente além do saber psiquiátrico vigente desde o início da contemporaneidade. (DELGADO, 2001)

O saber psiquiátrico a partir do século XVIII retirou do doente a possibilidade de permanecer junto a sua família e comunidade, considerando o isolamento como elemento necessário para seu tratamento e cura. Também se acreditou por muito tempo que o afastamento do doente dos fatores externos à sua doença poderia purificá-lo e reestabelecer sua ordem mental.

Nesse sentido, em *Historia da Loucura* Foucault inova em relação ao pensamento predominante sobre a loucura. A partir daí, estabelece uma crítica ao saber psiquiátrico, momento em que se sobrepõe o poder do médico sobre a doente e a doença. Sob essa perspectiva a doença torna-se objeto de institucionalização, se apresenta como propriedade exclusiva do hospital, que tem sua representatividade na figura do médico.

Interessante perceber como as discussões de Foucault estabeleceram critérios para outros pensadores e contribuíram para a construção de um novo pensamento, sendo que no Brasil, exerceu grande influência sobre o modelo das práticas de cuidado, na luta antimanicomial e no movimento de reforma psiquiátrica. A partir do estudo de sua obra, várias modificações no modo de se ver e praticar o cuidado a loucura tornaram-se possíveis e viáveis.

Pode-se citar sua crítica ao manicômio enquanto território para promoção do poder médico, o ambiente insalubre nos regimes de tratamento fechado, o pouco ou nenhum olhar sobre a pessoa além da simples doença, o silêncio a que foi reduzida a loucura e o monólogo estabelecido entre médico e doente. (FOUCAULT, 1999)

Após as ponderações sobre o trabalho em saúde mental sob a ótica dos profissionais participantes do PVC e com argumentação de vários autores, a próxima seção destina-se a discussão sobre as possibilidades e expectativas relacionadas ao referido programa, numa busca de se confrontar as falas dos entrevistados com a impressão/observação realizada pelo pesquisador.

3.6.3 PERSPECTIVAS QUANTO AO FUTURO DO PROGRAMA VIDA EM CASA

Nesta última categoria se discutiu junto aos participantes sobre as perspectivas em relação ao PVC, estratégias para melhoria, especificidades do Programa e possíveis mudanças que poderiam impactar positivamente no atendimento ao usuário.

Para tanto foi feito o agrupamento das seguintes questões que se aplicam a esse propósito de análise: Você conhece outras estratégias de atenção à saúde mental? Em que diferem do Programa Vida em Casa? Quais as suas perspectivas em relação a esse serviço e seus usuários? Comente sobre duas mudanças que você faria no PVC, caso pudesse.

Obedecendo-se à proposta metodológica da dissertação, as ponderações e argumentações dos participantes serão discutidas à luz da observação/impressão do pesquisador no período em que esteve inserido no cotidiano do PVC para construção deste trabalho.

Sobre o conhecimento de outras estratégias de atenção à saúde mental e suas diferenças em relação ao PVC as respostas evidenciam que todos os profissionais têm amplo conhecimento sobre a rede de serviços de saúde, bem como, emitem seu ponto de vista quanto à especificidade de cada serviço, como se vê a seguir:

Sim, o da emergência psiquiátrica, onde a diferença com o PVC é bastante significativa; o usuário que chega é pouco ouvido e a internação é sempre a conclusão do atendimento e no PVC o usuário é ouvido com a família e só é inserido no programa se desejar. (P6, nível médio)

Existe diversos tipos de assistência. Hoje temos o advento dos Caps(sic), oficinas terapêuticas e os ambulatórios, sendo que nenhum desses serviços caracteriza-se especificamente por atendimento domiciliar. (P12, nível superior)

Conheço os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A principal diferença que percebo nos dois modelos é o perfil dos usuários, já que o público atendido pelo PVC tem dificuldades de locomoção e menos autonomia, ao contrário dos usuários atendidos nos CAPS. (P9, nível superior)

Frente a estas representações, infere-se que o advento dos serviços substitutivos é muito importante à medida que preconizam a inclusão social, pois são

serviços de base comunitária que promovem a continuidade do tratamento, funcionando como referência para o usuário do sistema.

Novamente se faz necessário trazer à luz desta discussão o pensamento de Foucault que inspirou a produção de um novo lugar social para o anormal, possibilitando indagações acerca do fenômeno da loucura sob a perspectiva cultural, social e política, configurando-se como sustentáculo para as novas práticas, intervenções e formação de profissionais para o exercício do cuidado em saúde mental.

Vale lembrar que os profissionais do PVC fizeram questão de elucidar a importância do Programa, colocando-o em destaque como estratégia determinante para o processo de humanização e inserção/reinserção do doente mental.

Aqui, as respostas apontam no sentido de que o trabalho executado por eles é único e por isso torna-se o referencial para o Programa e também para a consolidação da reforma psiquiátrica no Distrito Federal.

O PVC é diferenciado, pois trabalha com vínculo (com usuários e familiares), passando uma relação de confiança e co-responsabilização(sic) da família com o tratamento. (P7, nível superior)

No PVC o paciente tem a visita da equipe em casa, uso de medicação de depósito, controle pela equipe do uso da medicação injetável, facilidade na renovação da receita. (P8, nível médio)

Grupo de verbalização com usuários e familiares. O PVC presta assistência domiciliar. (P3, nível superior)

Nota-se que tal posicionamento dos profissionais se justifica uma vez que além dos usuários, as famílias também se beneficiam do serviço. Na verdade, constrói-se um vínculo onde os familiares começam a participar e entender a doença, contribuindo para o bom trabalho da equipe. Nesta parceria o usuário agrega valores à sua qualidade de vida, diminuindo assim, as reinternações.

Parafraseando Maria da Anunciação Soares, assistente social que em 2003 elaborou o projeto para criação do PVC, o Programa objetiva a assistência preventiva a pessoas com histórico de internações hospitalares com fins de redução de recaídas e reinternações hospitalares, bem como, a promoção, proteção e

recuperação da saúde mental dos usuários e familiares, pela continuidade do tratamento em nível domiciliar. (ALVES, DIAS e LIMA, 2010)

Outro fator que também ocorre é que na noção do usuário/família o hospital deixa de ser somente local de internação e passa a ser visto como espaço para novas estratégias individuais e coletivas em várias fases de sua vida/doença.

Tal fato proporciona maior adesão ao tratamento, visto que, em contrapartida às queixas de dificuldade para se locomover até o serviço, as visitas domiciliares da equipe do Programa são intensificadas de acordo com cada situação.

Os participantes foram indagados sobre suas perspectivas em relação ao PVC e seus usuários e novamente pode se perceber a determinação e o comprometimento da equipe, que mantém discurso no sentido de melhorias e evolução do serviço, enfatizando a importância desse espaço aos usuários da saúde mental.

A maioria emite opinião otimista frente às dificuldades impostas pelo sistema, conforme se observa a seguir:

O objetivo é que consigamos ajudar a melhorar a qualidade de vida dos usuários e seus familiares, proporcionando assim a reinserção social. (P3, nível superior)

Eu acredito que este programa possa ser estendido para outras cidades, aqui mesmo em Brasília, porque o objetivo do programa é muito importante. (P5, nível médio)

A minha perspectiva é a ampliação do serviço. A lotação de mais servidores no atual programa e a ampliação de serviço para outras unidades de saúde mental, como CAPS, por exemplo. (P9, nível superior)

A partir da visão dos participantes evidencia-se que o PVC é um Programa que atua dentro dos preceitos da desinstitucionalização e inclusão social, aderindo ainda que parcialmente, a algumas propostas da reforma psiquiátrica, com grande potencial para expansão e fortalecimento das redes de construção de novas ideologias institucionais.

Embora em uma proporção não adequada às demandas e aos anseios de população, é notória a percepção dos profissionais sobre a atuação do Programa,

que para eles pode ser considerado como modelo no Distrito Federal, destacando-se o espaço proporcionado para melhoria da qualidade de vida de familiares e usuários, sendo este, um dos principais fatores para seu sucesso.

Outros discursos remetem à reflexão sobre a falta de apoio e dificuldades com recursos humanos e estrutura, porém, sempre mantendo o foco de se considerar o usuário como principal objeto de trabalho do Programa.

O reconhecimento verdadeiro do programa, pois percebe-se uma desvalorização por parte do sistema... evitar a reinternação proporcionando ao paciente a estabilização do quadro. (P10, nível médio)

A perspectiva de auxiliar os pacientes e familiares no tratamento, proporcionando atenção multiprofissional com o intuito de prevenir a reinternação e abandono do tratamento por parte dos pacientes e familiares. (P8, nível médio)

São boas, mesmo sendo limitadas, atende bem à demanda. Limitadas porque dependemos de motorista, medicação injetável e oral, médico, fisio (sic), psicologia, Ass. Social, que nem sempre a grade horária é suficiente. (P11, nível médio)

O Programa atua no sentido de manter o usuário dentro do convívio familiar, dividindo com os familiares o cuidado do doente. Essa abordagem vislumbra uma assistência humanizada, gerando impactos positivos para família e usuário, mesmo que por muitas vezes essas ações possam ser comprometidas pela estrutura ineficaz e falta de recursos humanos e materiais.

Dessa forma o PVC consolida-se também como estratégia transformadora da percepção dos profissionais de saúde, uma vez que, estimula a busca por novos estudos, configurando um novo olhar à sua práxis. Não basta apenas desospitalizar o doente mental, é necessário também desinstitucionalizar os modos de se lidar com a loucura, reinventando experiências, crenças e novas formas de parcerias para com o doente.

Nesse sentido, a falta de vontade política é citada como entrave para as ações do Programa e para o processo de reforma da rede de assistência em saúde mental no Distrito Federal.

O reconhecimento verdadeiro do programa, pois percebe-se uma desvalorização por parte do sistema. (P10, nível médio)

No momento não tenho boas perspectivas, pois falta de tudo, inclusive apoio ao programa pela direção do hospital, mesmo com uma grande demanda pelos usuários e/ou indicação por outros órgãos públicos ou demanda espontânea. (P6, nível médio)

Nenhuma, sem apoio do governo. (P1, nível médio)

Sobre esta questão da pouca participação do governo nas ações direcionadas ao campo da assistência em saúde mental e elaboração de políticas públicas para esse fim, passa-se a seguinte análise: é importante relacionar aqui nesse texto o atual momento político e econômico por qual passa o país e consequentemente o Distrito Federal.

Neste cenário que se apresenta há algum tempo, com pouca participação dos gestores políticos em ações para melhoria do sistema de saúde, atualmente não se pode esperar grandes mudanças, uma vez que, o Distrito Federal encontra-se em um momento conturbado, com redução de serviços, disputas judiciais entre governo e entidades de classe, greves e paralisações constantes e com isso os investimentos estão cada vez mais escassos.

Por fim, os participantes foram indagados sobre as mudanças que implementariam no PVC caso houvesse essa possibilidade. Nesta questão observa-se uma variedade de argumentos sobre o fato, onde se emerge a análise crítica de cada um dos profissionais, com algumas opiniões direcionadas para questões internas do Programa, como se vê a seguir:

Fixaria dois médicos (40h/cada) no programa, que realmente desejasse trabalhar na equipe e um motorista e inserir na equipe mais dois técnicos de enfermagem, sendo pelo menos um do sexo masculino. (P6, nível médio)

Aumentar a quantidade de profissionais da psicologia para melhorar a assistência aos pacientes e familiares. Dispor de medicação suficiente para evitar a descontinuidade do tratamento. (P8, nível médio).

{P10, nível médio}... Melhorar no serviço de psicologia, ampliar o quadro de pessoal devido ao número de pacientes formando assim uma equipe multiprofissional mais completa, com carga horária fixa. (P10, nível médio)

{P5, nível médio}... Eu daria prioridade para a medicação que é a base do nosso trabalho porque falta sempre. E aumentaria os profissionais, principalmente médico. (P5, nível médio)

Os participantes enfatizam a análise da assistência voltada para o modelo de atendimento centrado no profissional considerando que a presença dos especialistas em saúde é garantia de qualidade de atendimento. O principal destaque encontra-se na composição de equipe, carga horária e presença do profissional no serviço.

Sobre isto, observa-se que existe dificuldade para a alocação de alguns profissionais no Programa, principalmente médico, psicólogo, assistente social e nutricionista, uma vez que, há reduzido número desses profissionais em relação a outras categorias, como por exemplo, a enfermagem.

Como existem ações que são inerentes a um profissional específico, os usuários acabam por enfrentar dificuldades para serviços como renovação de receitas, consultas periódicas, psicoterapia individual e de família e outras orientações no campo social.

O que se percebe no dia a dia do Programa é que a equipe de enfermagem por ser a mais numerosa e também a mais presente no serviço, assume várias responsabilidades, sendo que, algumas extrapolam sua área específica de atuação, e mesmo com todas as limitações, proporciona um atendimento centrado na humanização, como escuta ao usuário, orientações gerais, busca por informações importantes e anotação de queixas para encaminhamento ao profissional específico.

As respostas evidenciam também que outra parte dos profissionais consegue projetar uma análise no âmbito de sistema de saúde, considerando o Programa enquanto estratégia inserida num processo amplo, que deve ser debatido no campo social e político, como se descreve a seguir:

Investimento, apoio do governo, aumento da equipe. (P1, nível médio)

Regionalização. (P7, nível superior)

Regionalização. (P3, nível superior)

Este programa é de excelência, o que eu sugeria é criar novas equipes e novas unidades em cada região do DF, para cobrir todas as regionais. (P2, nível médio)

Sob essa perspectiva é possível inferir que embora atualmente o PVC funcione apenas com uma equipe multiprofissional na regional de Taguatinga, os profissionais ali inseridos entendem que é de suma importância o aumento do campo de atuação, bem como, a descentralização para as demais regiões administrativas do Distrito Federal, o que possibilitaria uma melhor organização do serviço e facilidade de acesso ao usuário.

Interessante ressaltar que o pesquisador esteve por vários momentos em contato com os profissionais do PVC, em pequenas reuniões, conversas informais e principalmente observando a rotina de trabalho e os diálogos que se formavam no cotidiano do serviço, e por diversos momentos percebeu a preocupação e interesse dos profissionais sobre o destino e funcionamento do Programa.

É notório que entre os profissionais, as opiniões são diversas, mas, destaca-se um grupo de pessoas que se sentem um pouco frustradas por acharem que poderiam proporcionar melhor atendimento ao usuário. Estes corroboram que o serviço deveria se estender às demais regiões administrativas cidade. A ampliação do serviço se apoia na portaria de criação do Programa que prevê a cobertura de todo Distrito Federal.

Apesar das dificuldades enfrentadas para locomoção da equipe, transporte exclusivo para atendimento às demandas, acesso às famílias, equipe reduzida e pouco apoio por parte da direção do Hospital e da Secretaria de Saúde, em linhas gerais, os servidores são comprometidos com seu trabalho e buscam atender da melhor forma possível, por vezes usando até mesmo de improvisações e mecanismos próprios.

Esse último capítulo possibilitou-nos entender de maneira mais ampla a percepção de profissionais atuantes na assistência ao doente mental, desde o saber /fazer, até a perspectiva da inclusão social e participação comunitária na construção de possibilidades de oferta de melhor qualidade de vida ao doente mental, reiterando também o viés social e político ao qual sempre se sustentou o tema da loucura em todo o mundo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa, cujo objeto de estudo foi o Programa Vida em Casa, teve como arcabouço teórico para se analisar o universo circundante da loucura, a literatura de Foucault, sobretudo, os desmembramentos de sua obra *A história da Loucura na Idade Clássica*.

Alguns autores pesquisados, tais como Castel (1978), Amarante (1994) e Oda (2005) fomentaram o entendimento sobre temas como loucura, alienação, exclusão social, doença mental, assistência em saúde e cuidado ao doente, dentre outros, e, portanto, possibilitaram a compreensão do processo histórico de evolução da loucura e também das estruturas e atores envolvidos na nova concepção de cuidado preconizado a partir da Política Nacional de Saúde Mental, tendo em vista que o objetivo geral do estudo foi analisar o Programa Vida em Casa no tocante à sua aplicabilidade no Distrito Federal e a pergunta norteadora se constituiu em "O Programa Vida em Casa foi efetivamente implementado no sistema de saúde mental do Distrito Federal"?

Para tanto, buscou-se extrair a percepção dos profissionais que compõem a equipe de saúde, por meio de indagações sobre a compreensão da loucura, trabalho em saúde mental e perspectivas futuras, uma vez que, a hipótese norteadora foi de que embora o Programa obedeça a alguns princípios da Política Nacional de Saúde Mental, ainda não atende à total necessidade da população.

O processo investigativo permitiu corroborar parcialmente tal hipótese, bem como, participar diariamente das ações do Programa Vida em Casa durante o período de coleta de dados, observando e analisando as práticas dos profissionais de saúde, procurando entender suas proposições e agregando às suas respostas as particularidades e singularidades próprias do sujeito.

Para se cumprir o objetivo geral fez-se necessário a construção de categorias específicas que pudessem facilitar o entendimento do pesquisador, para melhor análise e discussão das respostas. Portanto, pode-se observar, que se por um lado a assistência em saúde no Programa vem evoluindo e se transformando, por outro lado, ainda não se formou uma rede de saúde mental suficiente para atendimento à demanda e as diversidades da população.

Os resultados evidenciam que os profissionais possuem conhecimento sobre a loucura e suas diversas formas de manifestação, bem como, demonstram diversidade de opiniões acerca do fenômeno, sendo majoritário o entendimento de que a loucura traduz-se como evento incapacitante, impondo limites à auto independência do indivíduo. O conhecimento sobre o processo de adoecimento constitui-se como elemento importante para a projeção e planejamento do cuidado em saúde mental.

Destaca-se também a ampla discussão proporcionada por meio do questionamento sobre este tema, uma vez que, os participantes da pesquisa compactuam que independentemente da concepção que se tenha a respeito, torna-se necessária uma reflexão sobre os saberes e práticas que estão pautando a construção histórica da imagem da loucura.

Para a discussão das ponderações referentes à loucura e seu processo de evolução enquanto evento histórico, social e político, utilizou-se como marco teórico o pensamento de Foucault, buscando relaciona-lo como que se pode extrair junto aos participantes. Nota-se que a produção ideológica atual, aproxima-se muito com as concepções do autor.

Outro aspecto percebido por meio do estudo foi o empoderamento dos profissionais em relação ao Programa Vida em Casa, seus objetivos e sua interface com outros serviços de assistência em saúde mental, e também, a percepção do usuário enquanto pessoa com limitações e dificuldades para se alinhar ao tratamento proposto e buscar o equilíbrio necessário para se reabilitar psicossocialmente.

Este estudo possibilitou a discussão sobre o universo de interação entre usuário/serviço/família, pela visão dos profissionais que se deparam com famílias desorganizadas e despreparadas para o processo de cuidado ao doente, algumas vezes por falta de informação, e outras, por estruturas totalmente adoecidas e norteadas por crenças e saberes que não contribuem para a construção de novas formas de abordagem.

Evidenciou-se, também, como percepção dos participantes o fato de que o Programa apresenta algumas condições importantes para a inserção no universo dos serviços substitutivos, pela permanência do usuário em seu próprio domicílio e

pelo viés social que representa, com pactuação junto a outras estratégias da rede em saúde mental e diminuição das reinternações hospitalares.

O estudo possibilitou uma visão de que o PVC é um serviço público que tem se destacado na área de saúde mental no Distrito Federal, pois direciona suas ações no intuito de promover a reinserção social dos usuários, fortalecer o advento dos serviços substitutivos, privilegiar a humanização na assistência e contribuir para a desinstitucionalização do doente.

Os resultados evidenciam o comprometimento dos profissionais para que o Programa se amplie e consiga proporcionar maior cobertura à população e que mesmo não atendendo a todos de maneira uniforme, contribui para a adesão do usuário ao tratamento, melhora as relações da equipe de saúde com a família e exerce impacto para a diminuição das reinternações.

Diante dos questionamentos da pesquisa e análise das ponderações dos participantes evidenciou-se que o Programa atende a uma parcela da população do Distrito Federal no que tange a ações de promoção da saúde, prevenção de crises e reabilitação psicossocial. Embora funcione em uma área anexa ao hospital psiquiátrico, preconiza novas abordagens institucionais e assistenciais e permite aos usuários o acesso ao atendimento multiprofissional de acordo com suas necessidades, mesmo que, para isso vários esforços sejam necessários.

As representações sobre a importância do trabalho em saúde mental, suas nuances e impactos sobre a promoção de qualidade de vida das pessoas, sustentaram-se por meio do pensamento de autores como Amarante, Delgado, bem como, pela argumentação da Lei 10.216.

A pesquisa de campo permitiu inferir que a proposta inicial de expansão das equipes para outras regiões do DF não foi concretizada, engessada por questões políticas e gestão ineficiente. Assim sendo, tem-se que o Programa desenvolve um bom trabalho assistencial, com profissionais capacitados e ações assertivas, porém, limita-se ao atendimento de uma área geográfica específica.

Essa afirmação tem como suporte não somente as observações e impressões do pesquisador, mas, também se pauta na fala dos profissionais que demonstram conhecimento sobre suas funções, obstáculos enfrentados, participação do usuário e família e principalmente da realidade do sistema de saúde do país, onde investimentos são feitos de maneira aleatória, sem projetos e/ou planejamento.

Alguns fatores podem ser citados para explicar a não implementação do Programa enquanto estratégia de alcance para outras populações da cidade, dentre eles temos o pouco investimento em contratação de servidores, a baixa adesão de algumas categorias profissionais, a constante troca de gestores e investimento insuficiente na área de saúde mental.

De acordo com o que foi exposto pelos participantes da pesquisa, pode-se citar também o pouco reconhecimento do Programa, uma vez que, alguns depoimentos sugerem que mesmo após todas as transformações no modo de pensar a loucura, muitas pessoas ainda não percebem o doente mental como um sujeito social, com suas condições de ser e estar no mundo.

Este estudo permitiu o alinhamento entre a teoria e a prática dos profissionais de saúde, onde se percebe claramente que embora o PVC atenda aos princípios da descentralização e integralidade do cuidado, o mesmo tem seu poder de atuação amputado por questões burocráticas, não permitindo o acesso de outros usuários que também necessitam de assistência no mesmo padrão.

O trabalho em saúde mental no PVC faz com que seja um precursor para se atingir níveis de excelência na assistência psicossocial, porém, se considera que em 11 anos pouco de construiu no sentido de expansão de equipes e possibilidades de acesso universal à população, percebe-se a necessidade de garantia de um ambiente favorável ao tratamento e recuperação do usuário, suporte material e, sobretudo, atores engajados na busca por melhorias e preservação dos direitos humanos.

A reflexão crítica sobre a rotina de trabalho no PVC enquanto agente de inclusão social remonta a discussão do potencial dos profissionais frente ao apoio político dos gestores, enquanto mecanismo transformador para orientar novas formas de cuidado, compartilhando responsabilidades, propondo ideias e

principalmente desenvolvendo ações para expansão do atendimento aos usuários e seus familiares.

Considera-se necessário a quebra de paradigmas políticos, institucionais e pessoais, bem como, a formação de uma rede integralizada de atendimento em saúde mental, onde os sujeitos envolvidos no processo possam exercer suas atribuições, norteados por uma política isenta de favorecimentos, onde o usuário exerça também o seu papel de agente transformador e seja vislumbrado em sua plenitude física, biológica e psicossocial.

Conclui-se que o Programa Vida em Casa se apresenta como relevante para promover transformações na vida dos usuários, seus familiares e comunidade em geral. Permite-nos reflexões acerca dos saberes e práticas que podem orientar profissionais e gestores em relação às perspectivas de entendimento da doença e suas vertentes de tratamento e cuidado, objetivando a inclusão social e organização do sistema de atendimento em saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. L; SANO, H. **Associativismo intergovernamental: experiências brasileiras**. Fundação Instituto para o Fortalecimento das Capacidades Institucionais – IFCI / Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento – AECID / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG / IABS, Brasília-DF, Brasil - 2013. 206 p.

ALVES, M. A. S. C; DIAS, M; LIMA, M. G. O Programa Vida em Casa no DF – valorizando as competências da família, a cidadania dos usuários da saúde mental e as redes sociais. **Rev. Tempus Actas Saúde Colet.** 2010; 4(1):133-43

AMARANTE, P. **Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil**. Em *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Fiocruz, pp. 73-84. 1994.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância**. Coordenado por Paulo Amarante. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ. 2003.

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

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM IV. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM 5. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2013, 992p.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3ª Ed. Lisboa: Edições, 2004.

BERCOVICI, G. **Planejamento e políticas públicas: por uma nova compreensão do papel do Estado**. São Paulo: Max Limonad, 2003.

BORGES, C. F; BAPTISTA, T. W. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v, 24, n. 2, p. 456-468, fev, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.

BRASIL, 2001. **Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. Secretaria Executiva. 3ª Ed. revista e atualizada - Brasília, Ministério da Saúde, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **De Volta pra Casa**: manual do programa. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. 5ª. edição ampliada. Brasília: Editora MS. 2004 <disponível em www.saude.gov.br/saudemental> Acesso em: 03 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **“Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção”**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.

BRASIL. Câmara dos Deputados (2009a). Decreto n.º 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Disponível em <http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/visualizarNorma.html?ideNorma=585004&PalavrasDestaque=>] Acesso em: 14 set. 2014.

BRASIL. Câmara dos Deputados (2009b). Decreto n.º 24.559, de 03 de julho de 1934. Disponível em <http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/visualizarNorma.html?ideNorma=515889&PalavrasDestaque=>] Acesso em: 14 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (2010). Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010. Brasília, Ministério da Saúde (2010). Disponível em << [<http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/>> File/20042010.pdf>] Acesso em: 19 set. 2014.

BUCCI, M. P. D. As políticas públicas e o direito administrativo. **Revista Trimestral de Direito Público**, São Paulo, n. 13, 1996.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 329p. (Biblioteca de filosofia e historia das ciências, 4).

CASTRO, U. R. **A reforma psiquiátrica e o louco infrator**: novas ideias, velhas práticas. 2009. 127p. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, Universidade Católica de Goiás. Goiânia. 2009.

COSTA, A. C. F. Reforma psiquiátrica do DF: o hoje possível e o amanhã desejado. **Revista de Saúde do Distrito Federal**. Brasília, v.8. 1997.

COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil**, 5. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

CUNHA, M. C. P. **Cidadelas da ordem**: a doença mental na República. São Paulo: Brasiliense, 1990.

DELGADO, P. G. G. “Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil”. In: Tundis et al. (orgs.), **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2001.

DELGADO, P. G. G. Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. **Arquivos brasileiros de psicologia**. v.63, n.2, 2011.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 1999.

DYNIEWICZ, A. M; GUTIÉRREZ, M. G. R. Metodologia de pesquisa para enfermeiras de um Hospital Universitário. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.3, maio/jun, 2005.

ENCICLOPÉDIA Mirador Internacional. São Paulo: Encyclopaedia Britannica do Brasil, 1995. 20 v.

ESPERIDIÃO, E. - Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (online), Goiânia, v.3, n.1, jan-jun. 2001. Disponível: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 28 nov. 2014.

FAGUNDES, H; MOURA, A. B. Avaliação de programas e políticas públicas. (Evaluation of programs and public policies). **Revista Textos & Contextos** Porto Alegre v. 8 n.1 p. 89-103. jan./jun. 2009.

FIGUEIREDO, M. F; FIGUEIREDO, A. M. C. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica. **Anal & Conj.** Belo Horizonte., 1 (3): 107.127, set/dez. 1986.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978. 551p. (Estudos, 61)

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**; trad. José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1989.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. 5ªed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

FOUCAULT, M. **Ditos & escritos. Problematização do sujeito**: psicologia, psiquiatria e psicanálise. Vol. I. Ed. Forense Universitária - RJ, 1999.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. 7ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

FRAYZE-PEREIRA, J. A. **O que é loucura**. São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense, 1984, 108 p. (Coleção Primeiros Passos vol. 18)

FREITAS, J. H. A. **A sexualidade da pessoa portadora de deficiência mental e a presunção de violência do direito penal brasileiro**. 2000. f.55 Monografia de conclusão de curso (Bacharelado em Direito) - Faculdades Integradas " Antonio Eufrásio de Toledo",Presidente Prudente, 2000.

FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.11, n.3, jul/set p. 785-795, 2006.

GALVÃO, C. M. **A prática baseada em evidências**: uma contribuição para a melhora da prática da enfermagem perioperatória. 2002, 114f. Tese (livre docência) -

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GARNICA, A. **Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia.** Interface. Comunicação, saúde, educação. 1997, 1 (1). 109-122

JORGE, M. R; FRANÇA, J. M. F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. **Rev Bras Psiquiatr** 2001;23(1):3-6

KANTORSKI, LP; SOUZA, J; WILLRICH, JQ; MIELKE, FB; PINHO, LB. Saberes e estudos teóricos em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **Rev. Gaúcha Enfermagem.** Porto Alegre (RS) 2004 dez; 25(3): 408-19.

LIMA, M. G. **Avanços e recuos da reforma psiquiátrica no Distrito Federal.** 2002 184 f Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2002.

LOTTA, G. S; PAVEZ, T. R. Agentes de Implementação: Mediação, Dinâmicas e Estruturas relacionais. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania.** v. 15, n. 56 • São Paulo: 2010 • 109.

MACHADO, D. M. **A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa com sofrimento mental.** 2006.173 p.Dissertação de Mestrado - Faculdade de Ciências da Saúde Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2006.

MÂNGIA, E. F; ROSA, C. A. Desinstitucionalização e Serviços Residenciais Terapêuticos. **Rev. Ter. Ocup.** Univ.São Paulo,v.13,n.2,p.71,maio/ago.2002.

MATEUS, M. D. **Políticas de saúde mental:** baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira / organizado por Mário Dinis Mateus. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.400p.

MINAYO, M. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 22 ed. 2003.

MINAYO, M. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

ODA, A. M. G. R. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos. V.12, n. 3, p. 983-1010, set.-dez. 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre a saúde do mundo 2001. **Saúde mental: nova concepção, nove esperanças**. Geneve: OPAS/OMS, 2001.

PEREIRA, A. **A analítica do poder em Michel Foucault** – a arqueologia da loucura, da reclusão e do saber médico na Idade Clássica / Antônio Pereira – Belo Horizonte: Autêntica; FUMEC, 2003.

PORTER, R. (org). **Cambridge: História ilustrada da medicina**. Trad.: Geraldo Magela Gomes da Cruz. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda, 2001.

RESENDE, H. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica**. In: TUNDIS, S. A; COSTA, N. R. (orgs.), **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. 7 ed. Petrópolis: Vozes. 2001

SARAIVA, H; FERRAREZI, E. **Políticas públicas, coletânea**. Brasília: ENAP, 2006. 1 v.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Projeto Vida em Casa: Programa Saúde Mental Domiciliar**. Brasília; 2004.

SILVA, L. B. C. **Doença mental, psicose, loucura: representações e práticas da equipe multiprofissional de um hospital-dia/** Laura Beluzzo de Campos Silva – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências da saúde. A Pesquisa qualitativa na Educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1 Identificação

NOME: _____

IDADE: _____ SEXO: _____ FORMAÇÃO: _____

Instituição onde se formou: _____

Ano em que se formou: _____ Há quantos anos trabalha na área da saúde _____

Ano em que começou a trabalhar na área de saúde mental _____

Ano que começou a trabalhar no HSVP _____

Ano que começou a trabalhar no Programa Vida em Casa _____

2 Roteiro de entrevista

- A) O que você entende por loucura?

- B) O que é o Programa Vida em Casa?

- C) Quais as atividades assistenciais que você desenvolve nessa unidade?

- D) Qual a sua percepção em relação aos usuários do programa?

- E) Como visualiza o Programa Vida em Casa em relação à Unidade de internação, pronto socorro e ambulatório?

F) Você conhece outras estratégias de atenção à saúde mental? Em que diferem do Programa Vida em Casa?

G) Quais as suas perspectivas em relação a esse serviço e seus usuários?

H) Comente sobre duas mudanças que você faria no Programa Vida em Casa, caso pudesse.

ANEXO A**PORTARIA Nº 86, DE 28 DE JUNHO DE 2004**

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o inciso “x” do art. 204, do Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde, aprovado pela Portaria nº 40, de 23 de julho de 2001 e, considerando que a internação domiciliar proporciona a humanização do atendimento e acompanhamento de pacientes cronicamente dependentes do hospital e, considerando que a adequada desospitalização proporciona um maior contato do paciente com a família favorecendo a recuperação e diminuindo o risco de infecções hospitalares, **RESOLVE:**

Art. 1º. Instituir, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, o Programa de Assistência Domiciliar a Pacientes Mentais Crônicos, denominado VIDA EM CASA, vinculado ao Hospital São Vicente de Paulo;

Art. 2º. Estabelecer, no âmbito da SES/DF, a modalidade de Assistência Domiciliar, que compreende o atendimento domiciliar;

Art. 3º. Incluir, na modalidade de Assistência Domiciliar, procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, nutricionais, psicológicos, e a assistência social, entre outros, necessários ao cuidado integral do paciente em domicílio.

§ 1º - A Assistência Domiciliar só poderá ser realizada por indicação médica, com expressa concordância do paciente e/ou de sua família.

§2º - O atendimento Domiciliar será realizado por equipes multidisciplinares, que atuarão de forma preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º - O Programa de Assistência Domiciliar terá abrangência em todo Distrito Federal e será implantado gradualmente;

Art. 4º. O orçamento do atual Programa será contemplado dentro da rubrica 2418 - Programa de Assistência à Saúde Mental do Distrito Federal;

Art. 5º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ARNALDO BERNARDINO ALVES

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto intitulado: *O Programa Vida em Casa: Da Teoria à sua Aplicabilidade no Distrito Federal*. O objetivo desta pesquisa é analisar o Programa Vida em Casa no tocante à sua aplicabilidade no Distrito Federal, para isso objetiva-se especificamente elaborar uma contextualização discursiva acerca da loucura a partir de Foucault, descrever os pressupostos teóricos que alicerçaram a elaboração do “Programa Vida em Casa” e identificar a percepção dos profissionais de saúde acerca da aplicabilidade e efetividade do programa.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será por meio de uma entrevista que o(a) senhor(a) deverá responder no setor de trabalho: Hospital São Vicente de Paulo – Programa Vida em Casa na data combinada com um tempo estimado para sua realização de 30 minutos. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição de Ensino Superior Centro Universitário UNIEURO, bem como, no Hospital São Vicente de Paulo, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entre em contato com o pesquisador por meio do telefone (61) 8282-4828 ou pelo e-mail claudiomelo19@uol.com.br.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou sobre os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____