

**FACULDADE LABORO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

**A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL: O
Programa “De Volta pra Casa”**

Celso Cutrim Siqueira Júnior

São Luís
2016

Celso Cutrim Siqueira Júnior

**A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL: O
Programa “De Volta pra Casa”.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Laboro, para obtenção do título de especialista em Saúde Mental e Atenção psicossocial.

Orientador: Prof. Dr. Igor Bergamo Anjos Gomes.

São Luís
2016

Siqueira Júnior, Celso Cutrim

A desinstitucionalização nas políticas de saúde mental: o Programa “De Volta pra Casa” / Celso Cutrim Siqueira Júnior -. São Luís, 2016.

Impresso por computador (fotocópia)

20 f.

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental da Faculdade LABORO como requisito para obtenção de Título de Especialista em Saúde Mental. -. 2016.

Orientador: Prof. Dr. Igor Bergamo Anjos Gomes

1. Desinstitucionalização. 2. Política de Saúde Metal. I. Título.

CDU: 616.89

Celso Cutrim Siqueira Júnior

**A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL: O
Programa “De Volta pra Casa”.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Laboro, para obtenção do título de especialista em Saúde Mental e Atenção psicossocial.

Orientador: Prof. Dr. Igor Bergamo Anjos Gomes.

Aprovado em ____/____/ 2016.

Prof. Dr. Igor Bergamo Anjos Gomes (Orientador)

Doutor em Ciências Sociais

Universidade Federal do Maranhão

1ºExaminador(a)

2ºExaminador(a)

Resumo

A Reforma Psiquiátrica implementada no Brasil nas últimas décadas teve como espinha dorsal a revisão do modelo manicomial que historicamente parametrizava os tratamentos em saúde mental no país. Neste horizonte, as políticas públicas voltadas ao setor em questão passaram a propor a perspectiva da Desinstitucionalização, esta enquanto perspectiva tem seu mote principal na ideia de que os pacientes de saúde mental façam o tratamento junto à família e sociedade. Diante do exposto, demarco que neste artigo, objetivo problematizar como se constrói a desinstitucionalização no campo da saúde mental no Brasil. A discussão será encaminhada dialogando com a plataforma empírica que toma como recorte específico de investigação a implementação do “Programa de Volta para Casa”.

Palavras-Chave: Desinstitucionalização- Política de Saúde Mental-Programa de Volta pra Casa.

ABSTRACT

The psychiatric reform implemented in Brazil in the last decades had as backbone the revision of the asylum model that historically parameterized mental health treatments in the country. In this horizon, the public policies focused to the sector in question now propose the perspective of deinstitutionalization, as perspective, have its main theme in the idea of that the mental health patients make treatment with the family and society. On the above, we determined that in this article we intend to problematize how to build deinstitutionalization in the field of mental health in Brazil. The discussion will be forwarded dialoguing with the empirical platform that takes as specific crop research the implementation of "De Volta pra Casa Program".

Key words: Deinstitutionalization. Mental Health Policy. "De Volta pra Casa" Program.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	METODOLOGIA.....	11
3	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	12
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
	REFERÊNCIAS.....	19

1 INTRODUÇÃO

A presente análise tem como objeto a compreensão do processo de *Desinstitucionalização*, na modalidade específica das políticas públicas de saúde mental no Brasil. Demarco por campo empírico de reflexão o programa “De Volta Para Casa”, que concretiza-se por uma política que se efetiva na concessão de um benefício em dinheiro para pacientes com diagnóstico psiquiátrico de transtorno mental, que receberam alta hospitalar da internação em instituições psiquiátricas para prosseguir o tratamento recebendo acompanhamento psicossocial e ambulatorial nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)¹.

Meu interesse com a temática foco deste anteprojeto foi iniciada em 2012, quando na graduação de Psicologia cursei a disciplina Psicologia Social, na qual tive os primeiros contatos com a discussão sobre as Políticas Públicas, em especial no segmento da saúde mental como espaço de atuação do psicólogo. Em 2013, por ocasião do cumprimento de créditos relativos ao estágio curricular obrigatório, tive a oportunidade de consolidar ainda mais a aproximação nesta área, conhecendo os modelos de tratamento existentes nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e em um hospital psiquiátrico. Foi-me apresentado pelos profissionais das equipes de saúde mental a perspectiva da *desinstitucionalização* do tratamento em saúde mental, que indicava que o tratamento nos hospitais psiquiátricos e as internações de longa duração deveriam ser substituídas por tratamentos em CAPS, pelos Serviços Residências terapêuticos (SRT)² e o programa “De Volta Para Casa”. Estes dispositivos operavam sob o signo de orientações que indicavam preservação do contato dos pacientes e/ou a (re) inserção destes no convívio com familiares e

¹ É um serviço de assistência semi-integral de natureza ambulatorial, realizado por uma equipe multiprofissional, que cuida de pacientes com diagnóstico psiquiátrico de transtornos mentais e comportamentais, inclusive usuários / dependentes de álcool e outras drogas. As oficinas terapêuticas constituem-se em uma das principais estratégias de tratamento, que podem ser individual ou coletivas, variando de acordo com a recomendação clínica.

² As residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contem com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia.

comunidade/vizinhança. O contato com este contexto me motivou a iniciar em 2015 um curso de pós-graduação *latu senso* (especialização) em Saúde Mental, cujo acúmulo teórico metodológico, as discussões incitadas encontram-se sumariamente materializado neste artigo. As leituras que acumulei ao longo desta trajetória me causaram inquietações que apontaram para necessidade de problematizar acerca do significado desta *desinstitucionalização* proposta nas políticas de saúde mental, em especial no programa “De Volta para Casa”.

Fundamentado em Amarante (2003) compreendo que a ideia da *desinstitucionalização* se expressa no segmento das políticas públicas brasileiras, orientada por três perspectivas: A *desinstitucionalização* como substituição; *desinstitucionalização* como humanização da assistência; e *desinstitucionalização* como desconstrução.

A *desinstitucionalização* como substituição sugere que o paciente psiquiátrico substitua o tratamento no manicômio ou hospital psiquiátrico, por procedimentos de assistência de natureza terapêutica no contexto da convivência com a família e/ou comunidade do paciente. Esta perspectiva pressupõe a redução paulatina de leitos em hospitais psiquiátricos ou até o fechamento das instituições manicomial, subsidiadas pela inclusão dos pacientes em outros programas assistenciais.

Já a perspectiva que interpreta a *desinstitucionalização* como humanização da assistência, propõe aos pacientes psiquiátricos um tratamento humanizado seja na esfera extra-hospitalar e intra-hospitalar, por intermédio da introdução de novas terapias que sensibilizem e envolvam os familiares do paciente em questão em seu tratamento com vistas a viabilizar sua reinserção social. A perspectiva que concebe a *desinstitucionalização* como desconstrução constrói sua argumentação apontando a ineficácia e a falência do modelo de tratamento manicomial, preconizando que este modelo deve ser superado e suplantado, e não apenas substituído.

A *desinstitucionalização* no Brasil foi legitimada pela reforma psiquiátrica e pela reforma sanitária, e se traduziu no indicativo de desmonte gradual do modelo manicomial a partir de metas de redução de leitos em hospitais psiquiátricos, e também na preconização legal acerca da realocação de recursos em dispositivos substitutivos ao formato institucional manicomial como os Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS) e os Serviços de Residências Terapêuticas (SRTs) e o programa “De Volta para Casa”, que passaram a dar suporte ao tratamento aos pacientes diagnosticados como portadores de transtornos mentais.

O programa “De Volta para Casa” foi implantando em 2003 e objetiva promover a (re) integração social e familiar de portadores de doença mental que viviam em hospitais psiquiátricos, dessa forma, reinserindo os indivíduos diagnosticados como portadores de transtornos mentais, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados. Essa política propôs a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pacientes psiquiátricos com longo histórico de longa internação, definida em pelo menos dois anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Este programa tem seu marco legal situado na Lei nº 10.216, de 06/04/2001, que dispõe acerca da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Além disso, redireciona o modelo assistencial em saúde mental, conforme Artigo 5º da referida Lei, que determina que os pacientes com histórico de longo período de internação, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. O objetivo do programa em questão reside na promoção da Inclusão Social de pacientes psiquiátricos bem como instaurar a alteração do modelo assistencial em saúde mental, por intermédio da ampliação do tratamento extra-hospitalar e comunitário.

Objetivo neste artigo problematizar sobre as nuances constituídas pela apresentação da desinstitucionalização pelo discurso das políticas do Estado brasileiro e como esta desinstitucionalização se efetiva no tratamento destinado aos usuários do programa “De Volta para Casa”.

Pretendo contribuir com a discussão sobre os contornos e significados deste processo de *desinstitucionalização* que propõe a humanização da assistência em saúde mental, a desospitalização em um contexto em que o Estado Brasileiro é orientado e assumir feições neoliberais (PEREIRA, 2010), instaurando o corte do gasto social, a redução dos serviços do Estado e a desativação de algumas instituições.

2 METODOLOGIA

O percurso investigativo desta pesquisa será instrumentalizado pelo método dialético (MARX, 1982) que encaminha localizar e compreender os fenômenos sociais em suas complexidades e contradições, sendo portados determinados por múltiplas causas, e estão organicamente conectados a uma totalidade que os constituem. Neste horizonte demarco o entendimento das políticas e programas sociais como resultados das históricas e contraditórias relações entre o Estado e a sociedade.

Assim, sob o signo da dialética, estabeleço o entendimento do contexto da execução do Programa “De Volta para Casa” como um espaço de expressão de uma síntese de múltiplos marcadores articulados em uma escala local, nacional e transnacional. Considerando que a *desinstitucionalização* no Brasil é constituída no segmento das políticas de saúde Mental justificada no plano ético-clínico nos discursos médicos que pregam a humanização dos serviços de saúde (BUENO, 2009), no sentido de direcionar o foco do tratamento no paciente e não em sua doença; e no plano político-econômico pelas orientações neoliberais que instauram a redução dos serviços e instituições do Estado e flexibilização do formato de contratação de servidores no afã de obter diminuição dos gastos públicos na área social (PEREIRA, 2010).

O esforço do movimento da pesquisa foi direcionado a construir teoricamente a ideia de *desinstitucionalização*. No afã de viabilizar a investigação acerca da execução do “De Volta para Casa”, analiso como o discurso do Estado expresso nos documentos da Lei 10.216/2003 (que trata das diretrizes do referido programa), e Lei 10.708/2003 (que instituiu o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos por transtornos mentais, que são egressos de internatos), os quais posicionam a questão da *desinstitucionalização* das políticas de saúde. Analisei o Manual do “De Volta Para Casa” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003), seguindo a orientação de Rodrigues (2008), no tocante a buscar acessar a compreensão e interpretação do significado desta política para os que a formulam e executam.

3- RESULTADOS E DISCUSSÕES

Historicamente na civilização ocidental, os sujeitos classificados como *doentes mentais* eram identificados como pessoas que possuíam algum tipo de alteração em sua moral; seu tratamento baseava-se na exclusão (social, familiar e de seu direito a cidadania). Baseado nesta metodologia de “tratamento” foram consolidadas as instituições de tratamentos denominadas “manicômios” que os privava do convívio em sociedade, preconizando um modelo de tratamento e intervenção em saúde mental ancorado no confinamento dos pacientes dentro das instituições manicomiais. A partir do século XIX o tratamento incorporava modelos físicos tais como: duchas, banhos gelados, chibatadas, máquinas giratórias e sangrias.

Foucault (1978) argumenta que no contexto das sociedades europeias nos séculos XVII e XVIII os pacientes psiquiátricos eram classificados dentro da categoria “loucos” e eram levados para instituições manicomiais não com a finalidade de promover uma hospitalização com fins terapêuticos, mas sim instituir um encarceramento orientado a resguardar a ordem social.

Foucault destaca que somente no século XIX foram constituídos saberes no campo da medicina psiquiátrica que possibilitaram a análise e identificação da doença mental nos sujeitos em parâmetros mais objetivos e médicos. A complexificação das ciências médicas e da psicologia permitiu o entendimento de que os comportamentos classificados como indicativos de doença moral passaram a ser percebidos como doença orgânica, entretanto o tratamento oferecido à pessoa com transtorno mental continuava o mesmo.

Assim surgiram iniciativas de proposição de internatos manicomiais não mais unicamente orientados por uma lógica de encarceramento total dos pacientes, mas sim um encarceramento com algumas gradações no tocante a interação com os demais membros da sociedade. Assim, começaram a ser desenhadas a estes pacientes uma proposta de uma liberdade administrada, vigiada, controlada, que figurava como um mecanismo integrante de um tratamento que visava a recuperação do paciente. Foucault (1978) pontua que quando não era viável a essa dita recuperação, era nessa metodologia de intervenção instaurada um maior controle social sobre estes pacientes. Neste horizonte, as instituições manicomiais

no Brasil foram constituídas expressando um ideal de intolerância social com algumas expressões de diferença e também para assegurar uma higienização social (BUENO, 2009).

Ao longo do século XIX e XX foram intensificados os movimentos que cada vez mais preconizavam atribuir contornos médicos, científicos e terapêuticos ao tratamento em saúde mental. Amarante (2003) destaca que o Movimento de Reforma Psiquiátrica aportou no Brasil no período do pós-segunda Guerra Mundial e foi constituído partindo da crítica ao modelo manicomial que segregava socialmente os pacientes sem efetivamente assegurar-lhes tratamento.

Neste contexto, objetivando defender os direitos humanos e defesa da cidadania dos portadores de transtorno mental foi constituído o movimento da Reforma Psiquiátrica, denunciando os manicômios como estabelecimentos violentos, indicando a criação de serviços inclusivos e libertários. Segundo Bueno (2009) o paradigma da humanização dos serviços de saúde critica sob prismas clínico-terapêutico e sociocultural os manicômios/hospitais psiquiátricos e as longas internações, pela ineficácia desse modelo de tratamento, que também podia contribuir para cronificação das doenças.

O movimento de Reforma Psiquiátrica foi intensificado na década de 80 para além dos compêndios médicos-psiquiátricos, no momento em que o Estado Brasileiro encampou por meio da ampliação das políticas públicas as demandas sociais na área da saúde, assumindo-as como de responsabilidade estatal, corporificando a denominada Reforma Sanitária, que descentralizou e universalizou o acesso as políticas públicas no Brasil.

Segundo Pereira (2010) partir da década de 90 o Estado Brasileiro passou a incorporar orientações neoliberais, que defendiam um enxugamento das funções estatais, aumentando as responsabilidades individuais, propondo o repasse o equacionamento de algumas demandas sociais para a própria sociedade civil e para as famílias pelo viés da refilantropização. Este contexto orientou o Estado reduzir sua atuação no campo das políticas sociais, permitindo a difusão no país da perspectiva da *desinstitucionalização* da Saúde Mental, que propunha em linhas gerais a substituição do tratamento institucional dos pacientes psiquiátricos feito nos manicômios ou hospitais psiquiátricos, por serviços de natureza terapêutica, com enfoque psico-social-ambulatorial, preconizando a preservação e/ou o

restabelecimento do convívio do paciente seus familiares/comunidade. Uma das estratégias mobilizadas para viabilizar a aportagem da *desinstitucionalização* das políticas de saúde mental no Brasil foi a constituição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os CAPS foram instituídos em 1991 na tabela de procedimentos do Sistema Único de Saúde pela portaria MS/SAS 187/91, já no ano seguinte a portaria MS/SAS 224/92 passou a dispor pela regulação dos Núcleos e Centros Psicossociais. Em 2002 as portarias 189/02 e 336/02 instauraram a reorientação do modelo de tratamento em saúde mental no Brasil, definiu as fontes de financiamento dos CAPS, e estabeleceu este dispositivo enquanto organizador do sistema de tratamento em saúde mental. Esta portaria também dispôs pela padronização de funcionamento e de estruturação física e humana de pré-requisitos que os municípios deveriam apresentar para se credenciar junto ao Ministério da Saúde. Amarante (2003) argumenta que no contexto das políticas sociais com enfoque neoliberal, os portadores de transtorno mental têm sido alvo de um drástico processo de desinvestimento nos programas sociais, resultando em sucateamento dos serviços, precarização do formato das contratações e aumento da jornada de trabalho dos profissionais na área de saúde mental.

O marco legal da *desinstitucionalização* da Saúde Mental no Brasil reside na promulgação após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, da Lei 10.216 de 16/04/2001, que ficou conhecida como *Lei Paulo Delgado* ou *Lei da Reforma Psiquiátrica* que dispõe acerca de dispositivos de proteção e direitos sociais de pessoas diagnosticadas como portadoras de transtornos mentais. A referida lei propõe um redimensionamento do modelo de tratamento manicomial nos procedimentos de saúde mental, defendendo que quando detectada a necessidade das internações psiquiátricas, orientam que estas sejam realizadas no meio hospitalar (Hospitais Gerais) em um período de curta duração ou mesmo nas instituições psiquiátricas, e após tendo as crises controladas, passam a receber tratamento psicossocial e ambulatorial nos CAPS, retornando ao final do dia para suas famílias. Ou seja, a orientação do Ministério da Saúde (2003) vai ao sentido de encaminhar o tratamento para tirar o paciente da crise no hospital psiquiátrico, e posteriormente encaminhá-lo para o CAPS e mantê-lo em casa, perto dos familiares, tomando a medicação. Nesse sentido problematizo os contornos e limites dessa

dinâmica, pois os sistemas dos CAPS nem sempre funcionam adequadamente e/ou estão também sobrecarregados com outras demandas assistenciais.

A Lei 10.216 dispôs também pela organização de outras instâncias de tratamento como os Serviços de Residência Terapêutica (SRT) que abriga alguns pacientes. Cabe destacar que as famílias dos pacientes nem sempre tem a estrutura e/ou disposição para acomodá-los em casa, e ainda reina no imaginário coletivo o entendimento de que a melhor saída é internar os pacientes nas instituições manicomial. É neste contexto que figuram as SRTs como espaços de tratamento e ressocialização. Os Centros de Convivência e os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) atuam como pontos de referência no atendimento de pacientes de saúde mental que demandam por procedimentos ambulatoriais, sejam de natureza intensiva, semi-intensiva e não intensiva.

Na esteira dessas políticas em saúde mental com um perfil “desinstitucionalizado”, foi proposto também o programa “De Volta para Casa”. Este programa tem como propósito reintegrar os pacientes que possuem algum tipo de transtorno mental com uma prolongada internação psiquiátrica. O programa em foco foi implementado pelo Ministério da Saúde por meio da Lei 10.708/2003 instituído pelo então presidente Luís Inácio Lula da Silva através da assinatura da Lei Federal 10.708 de 31 de Julho de 2003. Este programa acata ao ordenado na lei 10.216, em que os pacientes internados por longa permanência ou aqueles que possuem grave dependência da instituição que estão inseridos, sendo objeto de política específica de alta planejada (saída do hospital psiquiátrico) e reabilitação psicossocial assistida.

Ao ser implantando o “De Volta Para Casa” estimava contemplar 15 mil usuários do Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Este Programa atende ao disposto na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, a qual, mais especificamente em seu artigo 5º, determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

No documento produzido pelo Ministério da Saúde nominado de Manual do programa “De Volta para Casa”, indicava como objetivo “contribuir efetivamente

para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

O programa dispõe que o paciente que figure como beneficiário esteja como está referido no Art. 3º da Lei nº 10.708, ou seja, em condição de alta hospitalar, residindo em residência terapêutica (que se constitui como moradia ou casa inserida na comunidade), ou com suas famílias de origem, famílias substitutas ou outras formas de moradia e de convívio social. Logo precisa estar necessariamente referenciado, para tratamento e acompanhamento extra-hospitalar, em uma das unidades da secretaria municipal de saúde.

O Ministério da Saúde (2003) constituiu uma Comissão de Acompanhamento para realizar o controle e avaliação para monitorar permanentemente os beneficiários do “De Volta para Casa”, por meio da Portaria nº 2278/GM, de 31 de outubro de 2003. O Governo Federal delega aos Estados a tarefa de acompanhar a implementação do “De Volta para Casa” em seus municípios habilitados para executá-lo, bem como devendo propiciar assessoria no tocante ao cadastramento, acompanhamento e exclusão dos beneficiários.

Cabe ao município habilitado junto ao Ministério da Saúde aderir ao programa e assegurar estratégia de acompanhamento dos beneficiários por intermédio de equipe de saúde local e também promover avaliações do processo de implantação do programa, que deverão ser enviadas anualmente ao Ministério da Saúde.

Cada paciente de saúde mental, ao ser inserido no “De Volta para Casa”, recebia (podendo ser por meio de um representante legal) um auxílio inicialmente no valor de R\$ 240,00 (Valor do benefício no ano de 2003). Em 2015 o benefício tinha o valor de R\$ 412,00 ao mês, sendo concedido durante o período de um ano, podendo ser renovado caso seja constatada a necessidade e pertinência por avaliação da equipe psicossocial que realiza o acompanhamento do usuário deste programa.

Cabe ressaltar que o benefício é dedicado a pacientes que estiveram em internação psiquiátrica em um período de dois anos ou mais, e a pacientes acompanhados por serviços residências ou terapêuticos, advindos de hospitais de

custódia e tratamento psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial em um intervalo maior que dois anos. A resolução que regula o “De Volta para Casa” dispõe que pode ocorrer a suspensão do recebimento do benefício em caso de óbito, reinternação, ou quando for constatado o alcance dos objetivos de reintegração social e plena autonomia do paciente. Até o final de 2014 o “De Volta para Casa” já tinha alcançado um universo 4.349 usuários (entre ativos e inativos)

Em 2006 o Ministério da Saúde lançou o relatório “Saúde Mental em Dados”, este documento fazia um balanço do alcance das políticas públicas no segmento da saúde mental, e apontava que o “De Volta para Casa” cobria naquele ano o montante de 2.241 beneficiários em todo território nacional, destes apenas 310 residiam na região nordeste, sendo 40 no Estado do Maranhão, que tinha (e ainda tem) somente dois municípios habilitados no programa (São Luís e Imperatriz). Em 2015 o programa em foco alcançou 2.600 beneficiários ativos em todo Brasil (Caixa Econômica Federal, 2015).

O município de São Luís - MA, por exemplo, aderiu e foi habilitado pelo Ministério da Saúde a executar o “De Volta para Casa” em 2004, neste período passou a operar inicialmente com o CAPS e com 02 Serviços Residências Terapêuticas (SRT), que abrigavam 14 moradores. Na Cidade de São Luís - MA o processo de *desinstitucionalização* do tratamento teve um divisor de águas: a realização do censo psicossocial em 2009, que permitiu a redução de 103 leitos de longa permanência no Hospital Psiquiátrico Nina Rodrigues (MIRANTE, 2014).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ancorado em Fuzetti e Capocci (2003) é possível identificar algumas limitações no modelo de *desinstitucionalização* da saúde mental no Brasil, traduzida em certos momentos, em apenas desospitalização, que dispõe pela substituição do paradigma manicomial sem, contudo ser capaz de transcender o modelo clínico. Amarante (2003) alerta para o que ele denomina de “capsização do modelo assistencial” na medida em que a atual política nacional de saúde mental tem se restringido a implementação deste dispositivo de substituição, o que segundo o autor termina por limitar o Movimento de Reforma Psiquiátrica, já que o modelo de tratamento ambulatorial e psicossocial desenvolvido nos CAPS não é um antídoto

para a manutenção de práticas de intervenção segregadoras e cronificadas (prolongamento da doença).

Desta forma entendo que a principal problemática da perspectiva de *Desinstitucionalização* operacionalizada no *Programa de Volta para Casa*, reside no fato desta, desde sua proposição como categoria estatal, ser constituída reverberando as orientações neoliberais, pregando e executando entusiasmadamente a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, e revisão/substituição das longas internações, sem especificar claramente nos seus encaminhamentos técnicos como assegurar de modo eficaz o suporte profissional aos pacientes e seus familiares.

Localizo nos contornos e limites da proposta de *desinstitucionalização* materializada na implementação e execução do “De Volta para Casa” um perfil aparentemente complexo e ambivalente, que propõe a demolição do modelo hospitalocêntrico, indicando simplesmente transpor a institucionalização manicomial para os CAPS e os SRTs.

Neste horizonte, problematizo ancorado na experiência que vivenciei no estágio curricular acadêmico e ao longo da pós graduação em saúde mental, que a substituição do tratamento manicomial por um modelo de tratamento ambulatorial, mantendo os pacientes com seus familiares não é garantia de um tratamento adequado e humanizado, podendo incorrer na armadilha de relegar pacientes crônicos a tratamentos não especializados. Outra questão é que a proposta pode esbarrar na resistência ou desinteresse de algumas famílias no tocante ao engajamento no tratamento dos pacientes de saúde mental, pois nessa seara predominam variáveis subjetivas que perpassam os contornos do alcance da política.

REFERÊNCIAS:

AMARANTE, P. **A Clínica e a Reforma Psiquiátrica**. In Amarante, P. (org). Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003, pp.45-66.

_____. **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, 2003, Fiocruz.

Bueno, I. C. **A “loucura” no Brasil Contemporâneo**. Editora Quilombos, Porto Alegre, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação Geral de Documentação e Informação. **Legislação de 94 Saúde Mental 1990-2001**. 2 ed. Revista e atualizada – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

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

_____. **Saúde Mental em Dados**. Ano I, nº 2, janeiro – julho de 2006.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL. **Agência Caixa de Notícias**. Disponível em: <http://www.caixa.gov.br/programas-sociais/programa-de-volta-para-casa/Paginas/default.aspx>. Acesso em 25/11/2015.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

Fuzzeti MF, Capocci PO. **As diferentes concepções da desinstitucionalização no Brasil**. Rev Enferm UNISA 2003; 4: 37-9.

MARX, Karl. **Para a crítica da economia política**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MIRANTE, Portal. **Divulgação/Secon**. Disponível em: <http://imirante.com/sao-luis/noticias/2014/07/13/residencias-terapeuticas-garantem-desospitalizacao-de-portadores-de-transtornos-mentais.shtml>. Acesso em 02/02/2015.

PEREIRA, P. A. P. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. *In*: SALES, M. A.; MATOS, M. C.de; LEAL, M. C. (Org.). ***Política social, família e juventude: uma questão de direitos***. São Paulo: Cortez, 2010, p. 25-42.

RODRIGUES, L. C. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **AVAL – Revista de avaliação de Políticas Públicas**, n. 1, jan./jun. 2008.