

O Programa de Volta para Casa na vida cotidiana dos seus beneficiários

De Volta para Casa Program (Back Home Program) in its beneficiaries' daily lives

André Vinicius Pires Guerrero^a

 <https://orcid.org/0000-0001-7240-1506>

E-mail: andre.guerrero@fiocruz.br

Enrique Araújo Bessoni^a

 <https://orcid.org/0000-0003-0521-1627>

E-mail: eabessoni@gmail.com

Antonio José Costa Cardoso^b

 <https://orcid.org/0000-0002-6085-3502>

E-mail: antoniojccardoso@gmail.com

Barbara Coelho Vaz^a

 <https://orcid.org/0000-0001-9305-9586>

E-mail: barbaracvaz@gmail.com

Florianita Coelho Braga-Campos^c

 <https://orcid.org/0000-0001-9396-1748>

E-mail: florianita.cbc@gmail.com

Maria Inês Moreira Badaró^c

 <https://orcid.org/0000-0001-5798-2023>

E-mail: mibadaro@gmail.com

^aFundação Oswaldo Cruz. Brasília, DF, Brasil.

^bUniversidade Federal do Sul da Bahia. Ilhéus, BA, Brasil.

^cUniversidade Federal de São Paulo. Santos, SP, Brasil.

Resumo

Apresenta-se o percurso metodológico de uma pesquisa multiterritorial e multimétodos que avaliou os efeitos do Programa de Volta para Casa (PVC) no processo de reinserção social de pessoas egressas de longos períodos de internação psiquiátrica. O PVC, instituído pela Lei nº 10.708/2003 para cumprir papel fundamental no redirecionamento da atenção em saúde mental no Brasil, consiste em um auxílio pecuniário que pretende facilitar o processo de desinstitucionalização e reinserção social dos seus beneficiários. Em cada município pesquisado foi implantado um Comitê de Acompanhamento da Pesquisa (CAP), composto por beneficiários, trabalhadores e representantes da comunidade local. Pesquisou-se a história do PVC por meio de análise documental e entrevistas com os principais atores responsáveis pela implantação do programa. Por meio da observação participante e da realização de entrevistas individuais e coletivas, buscou-se uma aproximação ao cotidiano dos beneficiários, visando construir narrativas sobre cada trajetória. Por fim, analisou-se avanços e desafios na construção de redes afetivas e apoio psicossocial. Conclui-se que o PVC promoveu efetivamente ganhos individuais importantes aos beneficiários, contribuindo com a inserção social no cotidiano das cidades, revelando-se como importante dispositivo no caminho de construção de cidadania e de aumento do poder contratual no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental; Desinstitucionalização; Reabilitação Psicossocial; Programa de Volta para Casa.

Correspondência

Fiocruz Brasília

Campus Universitário Darcy Ribeiro.

Avenida L3 Norte, S/N. Gleba A Bloco Administrativo - Primeiro Andar
Brasília, DF. CEP 70904-130

Abstract

This article presents the methodological course of a multi-territorial and multi-method research, which assessed the effects of the De Volta para Casa Program (PVC - Back Home Program) in the process of social reintegration of people who had long periods of psychiatric hospitalization. PVC was established by the Law No. 10,708/2003 to fulfill a fundamental role in redirecting mental health care in Brazil and consists of a financial aid that facilitates the process of deinstitutionalization and social reintegration of its beneficiaries. In each municipality, a Research Monitoring Committee (CAP) was implemented, composed of beneficiaries, workers and representatives of the local community. The history of PVC was obtained through documentary analysis and interviews with the main actors responsible for the implementation of the program. Through participant observation and individual and collective interviews, we sought an approach to the daily life of the beneficiaries, aiming at the elaboration of narratives about their life story. Finally, the progresses and challenges in the construction of affective networks and psychosocial support were analyzed. The conclusion is that PVC has effectively promoted important individual gains to the beneficiaries, contributing to their social insertion in the daily life of the cities. Moreover, it proves to be equally important in the path of building citizenship and increasing contractual power in the context of the Brazilian Psychiatric Reform.

Keywords: Psychiatric Reform; Mental Health; Deinstitutionalization; Psychosocial Rehabilitation; De Volta para Casa Program (Back Home Program).

Introdução

Passados mais de 30 anos desde o início da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb), ainda se faz necessária especial atenção ao grande quantitativo de pessoas internadas por longos períodos em hospitais psiquiátricos, pessoas que viveram situação de sofrimento psíquico crônico e perderam laços sociais importantes. Esta realidade demanda a articulação da Política Nacional de Saúde Mental com outros setores de governo, buscando a incorporação de ações sociais que visem garantir a integralidade do cuidado em liberdade.

A partir da experiência de reforma psiquiátrica na Itália, Basaglia (1996) chamou a atenção para a necessidade da realização de ações de desinstitucionalização para aqueles que estão há muito tempo asilados. Para além da desospitalização, a desinstitucionalização implica mudanças nas relações da sociedade com a loucura e que se considere, a partir da reabilitação psicossocial e da busca da garantia de direitos, as demandas das pessoas com sofrimento psíquico no redesenho de estratégias de vida na cidade (Amarante, 1996).

“Não se restringindo à reestruturação técnica dos serviços ou de terapêuticas modernas” (Amarante, 2009, p. 1), a atenção em saúde mental passou a requerer a produção de estratégias singulares, alinhadas ao perfil clínico-social dos usuários. No Brasil e no mundo, as últimas décadas produziram, em diferentes espaços, estratégias inovadoras de intervenção a partir de novas práticas e saberes, a ponto de estes terem sido considerados constitutivos de um novo campo transdisciplinar: a saúde mental.

No Brasil, a Lei nº 10.216/2001 (Brasil, 2001), considerada marco legal da RPb, definiu um modelo comunitário de atenção em saúde mental que pretende superar o modelo asilar até então vigente, garantindo os direitos civis às pessoas portadoras de transtornos mentais. As normas produzidas na década seguinte refletiram a existência de um olhar voltado para a regulamentação da desinstitucionalização, na medida em que buscou proporcionar, na vida das pessoas que haviam sido institucionalizadas, transformações sociais a partir da prática clínica e da vida em liberdade, inscrevendo-se na interface entre a teoria e a prática (Amarante, 2001).

Pesquisas sobre a RPB (Luzio; L'Abbate, 2006; Pitta, 2011; Tenório, 2002) apontam para o avanço da desinstitucionalização no país, que teria deslocado, inclusive em termos de financiamento, o cuidado em saúde mental dos grandes hospícios para o território de vida por meio da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), com múltiplos componentes, entre os quais a “desinstitucionalização” e a “reabilitação psicossocial”. O componente “desinstitucionalização” é operacionalizado por meio do Serviço Residencial Terapêutico (SRT), do Programa de Volta para Casa (PVC) e do Programa de Desinstitucionalização; o componente “reabilitação psicossocial”, por meio de estratégias de trabalho, geração de renda e inserção social.

A principal estratégia construída para responder às demandas por moradia de pessoas egressas de longos períodos de internação foram os SRT, que são casas localizadas no espaço urbano que abrigam até oito moradores (Brasil, 2000). Desde sua implementação, este serviço vem sendo alvo de estudos que demonstram seu potencial para a vida das pessoas que neles residem, confirmando seu importante papel na consolidação da RPB (Massa; Moreira, 2019; Moreira, 2007a; Ribeiro Neto; Avellar, 2017; Wachs et al., 2010).

Já o PVC, regulamentado pela Lei nº 10.708/2003, é um benefício monetário, um auxílio-reabilitação “para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar” (Brasil, 2003). Esta estratégia se baseia em recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o campo de saúde mental, visando substituir o modelo de assistência centrado em hospitais especializados por uma atenção que se realize por meio de serviços territoriais de base comunitária.

O programa é a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo sido formulado como proposta já à época da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992 [...] Trata-se de um dos principais instrumentos no processo de reabilitação psicossocial, segundo a literatura mundial no campo da Reforma Psiquiátrica. Seus efeitos no cotidiano das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos são imediatos, na medida em que se realiza uma intervenção significativa no poder de contratualidade social dos

beneficiários, potencializando sua emancipação e autonomia. (Brasil, 2005, p. 16)

Ao favorecer a inserção do indivíduo no ambiente produtivo e social por meio de um recurso financeiro específico, nominal aos egressos de longas internações psiquiátricas, o PVC tem se revelado uma inovadora tecnologia de proteção social e apoio à ressocialização, que pode resultar em processos de vida mais qualificados. Entretanto, foi possível constatar que poucos trabalhos foram realizados dedicando-se exclusivamente ao estudo dessa estratégia. Em busca bibliográfica, foram encontradas apenas sete referências específicas sobre o PVC: dois artigos científicos, duas dissertações de mestrado, uma tese de doutorado e dois capítulos de livro. E todas relatam experiências locais, nenhuma abrange o programa em âmbito nacional.

Existe importante material iconográfico (fotos, cartazes e vídeos) sobre o De Volta para Casa, mas é notável, em contraste, o baixíssimo número de artigos de avaliação sobre essa estratégia, conforme verificado na literatura. (Fiocruz, 2015, p. 36)

Dentre outros estudos que também abordam o PVC, destaca-se o relato de uma experiência de desconstrução de um hospital psiquiátrico no interior do Nordeste (Kinker, 2007). Neste relato, é possível acompanhar os desdobramentos de uma intervenção ocorrida em 2005, a partir da qual se estruturaram diferentes serviços de acolhimento, apoio e moradia para os antigos internos. Trata-se de intenso diário de campo de um dos interventores, escrito no calor do trabalho, com riqueza de detalhes sobre o universo hospitalar e a necessidade de transformação. Robertella (2000) também apresentou relato de intervenção a partir de sua experiência na Casa de Saúde Anchieta, em Santos (SP), descrevendo a vida dos usuários, histórias marcadas pela exclusão e abandono, que, após a intervenção, encontram uma vida em liberdade.

Estudos sobre a vida fora do hospital também trazem reflexões sobre o momento de transformação de uma vida contida, excluída, intramuros, para uma vida em expansão. Moreira (2007b) analisou vários SRT que se instalaram em um município capixaba, destacando que cada morador foi se integrando

lentamente à cidade e construindo uma cidade para si, um espaço para si, a partir do seu local de morar. São diversos os modos como cada pessoa vai construindo seu modo de habitar e viver na cidade a partir dos SRT. O que se ressalta, ao dar evidência a esta questão, é que novos territórios existenciais vão se constituindo quando a “loucura” passa a habitar a cidade em suas diversas formas. O fato de a comunidade vivenciar situações cotidianas com estes moradores possibilita trocas sociais que transformam o modo como a relação cidade/loucura vai se modelando a partir da vizinhança possível.

Em outra pesquisa, na região Centro-Oeste, sobre o SRT e o PVC, os autores ressaltam a importância de que qualquer função institucional de responsabilidade do Estado que tenha tal objetivo “deve primar pela articulação de atores que assumam a função do cuidado como intermediação entre o beneficiário e a vida social, e não como cerceadores de suas escolhas, de seus modos de ser e de viver” (Lionço et al., 2010, p. 351). Esta modalidade de bolsa deve ser considerada não somente como bens e recursos a serem garantidos, mas sobretudo como dispositivo político de reconhecimento das vulnerabilidades destas pessoas que permaneceram muitos anos em situação de abandono nos hospitais psiquiátricos.

Estudos sobre o PVC (Campos, 2008; Lima; Brasil, 2014) revelam efeitos do benefício na vida das pessoas em duas cidades de regiões diferentes do Brasil. Os dados permitem associar diretamente o benefício à possibilidade de saída do hospital e ao exercício de cidadania: direitos básicos, direito político - por ser eleitor - e também o direito social de acessar políticas públicas.

Noutro estudo, Lima e Brasil (2014) pesquisaram as contribuições do PVC na efetivação da desinstitucionalização de moradores de SRT de Salvador e revelaram que parte do auxílio é utilizado coletivamente para cobrir gastos de manutenção dos SRT, mas que outra parte se dirige ao pagamento de serviços de autocuidado, como salão de beleza e barbearia, compra de prótese dentária e aquisição de objetos pessoais, como relógio, sanfona e bijuterias.

Franco e Stralen (2015) relataram o uso de espaços públicos (praças e parques), como importante recurso no processo de inserção na

cidade, e concluíram que o PVC tornou possível o processo de saída do hospital, permitindo acesso às políticas públicas e à circulação na cidade, tendo possibilitado a apropriação de suas casas, com escolha e aquisição de móveis e utensílios.

A pesquisa em tela emergiu, assim, em um contexto posterior à implantação do programa pelo Ministério da Saúde, mas ainda de baixa produção de investigações sobre o PVC. Foram questões motivadoras: Como vivem os beneficiários do PVC? Qual o trabalho de reabilitação psicossocial realizado a partir da inserção no programa? De que forma o município acompanha, valoriza ou contribui com a administração do PVC?

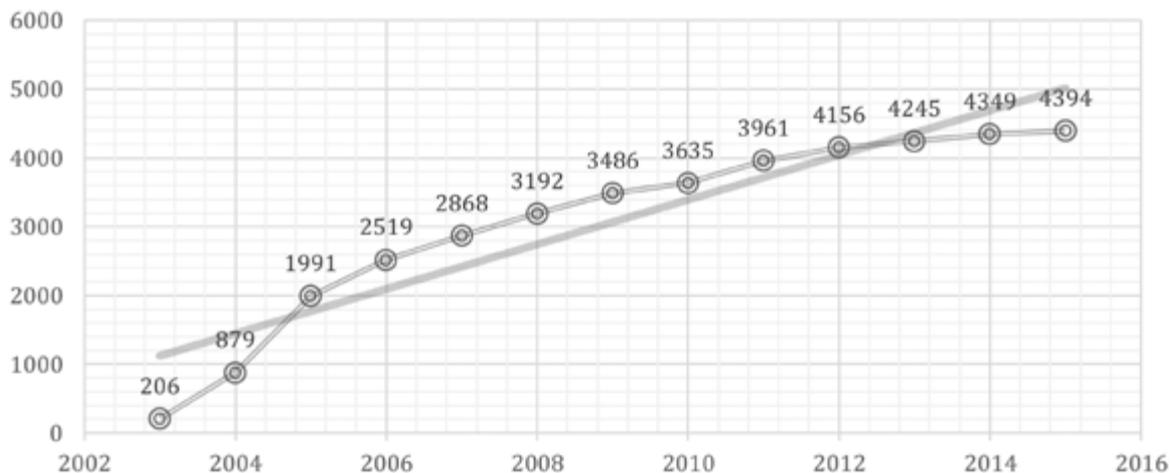
O Gráfico 1 apresenta a série histórica de beneficiários ativos no programa. Vale destacar que desde 2004, ano de sua instituição, até o final de 2015, a curva de beneficiários incluídos no programa é crescente. Inicialmente, foi maior o crescimento, enquanto nos últimos anos ascendeu, mas com um número menor de novos cadastros.

O programa já chegou a ter cadastrados mais de cinco mil beneficiários. Contudo, em dezembro de 2015 foram contemplados 4.394 usuários, distribuídos conforme Gráfico 2.

Em números absolutos, o Gráfico 2 apresenta a seguinte distribuição: Sudeste com 2.846 usuários cadastrados; Sul com 450; Nordeste com 831; Norte com 36; e Centro-Oeste com 231. Tais dados traduzem a concentração histórica dos leitos psiquiátricos nas regiões Sudeste e Nordeste e a maior implantação de serviços substitutivos ao manicômio também nestas regiões.

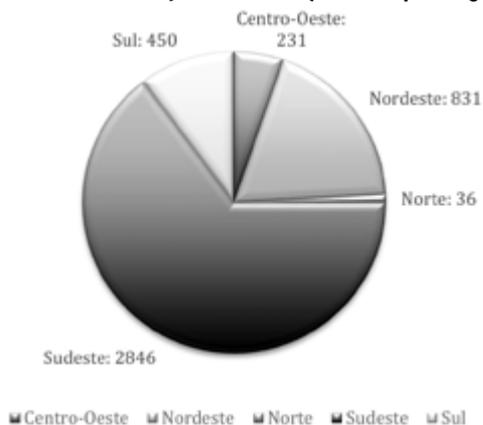
O Gráfico 2 também destaca a concentração dos beneficiários na região Sudeste, seguida desproporcionalmente pela região Nordeste. Essa concentração no Sudeste está diretamente relacionada com o alto número de leitos psiquiátricos que já existiam nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Consequentemente, mais processos de desinstitucionalização, incluindo a implantação de serviços substitutivos, aconteceram nestes estados. As outras quatro regiões seguem essa relação proporcional ao seu número de moradores em hospitais psiquiátricos. Contudo, ainda existem pessoas a serem desinstitucionalizadas em todo o território nacional.

Gráfico 1 – Série histórica de beneficiários ativos no programa



Fonte: Ministério da Saúde (2015)

Gráfico 2 – Distribuição dos beneficiários por região



Fonte: Ministério da Saúde (2015)

Tendo em vista a necessidade de elencar as dimensões do PVC no cenário da RBp e a urgência em apresentar dados que possibilitassem visualizar as repercussões deste dispositivo de reabilitação psicossocial, esta pesquisa analisou o PVC inserido no processo de desinstitucionalização. Neste sentido, este artigo apresenta o desenho e o percurso metodológico de pesquisa avaliativa do PVC no processo de reinserção social de pessoas egressas de longos períodos de internação psiquiátrica.

Coordenada pela Fiocruz/Brasília, em parceria com pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp - Baixada Santista), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Universidade de Brasília (UnB) e Instituto

Philippe Pinel, a pesquisa em tela objetivou avaliar o papel do PVC no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira. Participaram também pesquisadores da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Percurso metodológico

A pesquisa teve um amplo percurso metodológico, com vistas a processar um conjunto igualmente amplo de informações necessárias à realização de análise compreensiva do PVC enquanto política de saúde inserida nos processos de desinstitucionalização. Considerando que o método deve ser coerente com os princípios que orientam o Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Saúde Mental, optamos por um modelo de pesquisa participativa, visando garantir a “voz” do maior número possível de atores no processo investigativo.

A demanda do Ministério da Saúde (MS) por uma pesquisa nacional nos conduziu no sentido de uma pesquisa multiterritorial e multimétodos em três dimensões. A primeira dimensão reconstruiu a trajetória histórico-política do programa e sua população beneficiária, a partir de documentos, entrevistas individuais e grupos focais, bem como de registros pessoais dos pesquisadores. A segunda buscou uma aproximação ao cotidiano dos beneficiários mais antigos do PVC em 11 cidades que sofreram intervenção do MS em 2004.

A terceira dimensão correspondeu à análise de redes a partir de banco de dados gerado nas duas primeiras.

A abrangência temática da pesquisa demandou a triangulação de métodos, mas também de pesquisadores do Rio de Janeiro, Distrito Federal, Bahia, São Paulo, Pernambuco e Paraíba, que participaram desde a concepção do projeto até a realização da coleta e análise dos dados. A triangulação de pesquisadores é empregada em pesquisas que pretendem construir análises mais densas, na medida em que a definição de procedimentos e categorias passa por processos de negociação entre atores (Koizumi, 1992).

Desenhamos seis perfis possíveis de participantes da pesquisa, sendo que um mesmo sujeito pode se incluir em mais de um perfil. Por outro lado, a descrição desses perfis indicou a ampliação da amostra de participantes na busca de absorver o máximo de perspectivas possíveis para compreensão do objeto de estudo. Portanto, considerou-se para esta pesquisa:

1. Usuários/as: são as pessoas cadastradas no PVC, ou cujo processo de cadastramento está em andamento;
2. Formuladores/as: pessoas diretamente ligadas à concepção, formulação, proposição e implantação institucional do PVC;
3. Gestores/as: pessoas responsáveis institucionalmente pelo PVC nas três esferas de governo, incluindo neste perfil a categoria da referência técnica estabelecida no PVC, sendo profissionais da saúde que fazem o acompanhamento do programa no município;
4. Profissionais: trabalhadores nas Raps do município, envolvidas com a reabilitação psicossocial dos usuários beneficiários do PVC (incluindo profissional de referência dos pontos de atenção a que esses beneficiários estão vinculados);
5. Representantes de movimentos sociais: pessoas participantes do movimento social, dos conselhos municipais de saúde ou da Comissão Intersectorial de Saúde Mental (CISM) do Conselho Nacional de Saúde (CNS);
6. Representantes do legislativo: pessoas integrantes do Congresso Nacional, durante

a elaboração e promulgação da Lei do PVC, ou integrantes da Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz/Brasília, com parecer número 1.699.082, e seu desenvolvimento transcorreu entre os anos de 2015 e 2018.

Primeira dimensão

A primeira dimensão teve um caráter longitudinal, de modo a possibilitar a formulação de um mapeamento nacional do PVC como política pública contemporânea (2003-2015). Nesse momento, foram integrados métodos qualitativos e quantitativos, valendo-se especialmente dos conjuntos documentais concebidos para formulação e implementação da política (documentos primários), entrevistas semiestruturadas com os formuladores e operadores do PVC (federal/municipal) e consolidação de dados que permitissem a identificação de perfis dos beneficiários do PVC via sistema de informações utilizado na esfera federal, além de, complementarmente, documentos secundários sobre o PVC.

Nesta dimensão, foram realizadas entrevistas individuais e coletivas ao longo dos anos de 2016 a 2018 com os formuladores e atores chaves no desenvolvimento do PVC no âmbito nacional. Todos os contatados aceitaram e tiveram momentos únicos de rememorar sua atuação e participação no programa, bem como a importância dele para os beneficiários e para a RPB.

Os formuladores e pessoas diretamente ligadas à concepção e proposição do PVC, orientados pelos relatos de Basaglia (1996) acerca do processo de desinstitucionalização italiano, destacaram o compromisso com a cidadania e com o exercício do poder contratual que a vida em liberdade incentiva e, muitas vezes, exige.

Segunda dimensão

Uma vez identificados os municípios partícipes da pesquisa, implementou-se o Comitê de Acompanhamento da Pesquisa (CAP) em cada um dos territórios. O CAP já foi utilizado em outras

pesquisas avaliativas, tendo sido denominado “Comitê Científico” por Onocko-Campos et al. (2008), e aplicado por Furtado e Nakamura (2014) enquanto mecanismo de troca de informações do grupo dos participantes, promovendo a circulação das opiniões, dúvidas e críticas sobre o andamento da pesquisa.

A partir desta primeira aproximação ao PVC como parte da Política Nacional de Saúde Mental, seguiu-se um aprofundamento dos dados e dos perfis dos beneficiários das cidades escolhidas, a fim de reconhecer seus territórios existenciais, correlacionando-os sempre que possível às Raps. Foi grande a complexidade desta dimensão, visto que as ações de pesquisa nos 11 campos foram planejadas, debatidas e analisadas a partir de trabalho consolidado em oficinas que buscavam alinhar o trabalho das diferentes equipes, assim como normalizar os instrumentos de campo.

À abordagem longitudinal (primeira dimensão) se seguiu, nesta segunda dimensão, um recorte temporal com microlocalização, no território municipal, de beneficiários que se vincularam ao PVC entre 2004 e 2006, quando ocorreram as primeiras intervenções em hospitais psiquiátricos realizadas sob o comando do MS. Assim, nesta segunda dimensão da pesquisa, foram pesquisados os beneficiários e sua inserção em comunidade, organização, instituição e modos de vida estruturados após a saída do hospital.

Em algumas cidades, foram formadas duplas de pesquisadores para acompanhar cada beneficiário participante da pesquisa. Em outras cidades, os beneficiários foram acompanhados apenas por um pesquisador, sempre gerando registros por escrito em diários de bordo, que auxiliaram na construção das narrativas.

Instrumentos de registro da observação participante, os diários de campo foram padronizados em formato semiestruturado a fim de garantir uma agenda comum para os pesquisadores. Depois do processo de observação da vida cotidiana dos beneficiários, foram construídas 107 narrativas, uma para cada beneficiário do PVC selecionado para a pesquisa. O método da observação participante permitiu o encontro e o diálogo direto com os beneficiários do PVC, revelando aspectos importantes sobre seus locais de moradia, além de indicar as relações que se constituíram a partir da vida em liberdade.

Nesta fase de observação participante, foi possível perceber diversas inibições na construção de novos contratos sociais menos hierárquicos incentivados pela circulação na cidade, como também o excesso de zelo por parte dos cuidadores, com repetição de relações ou defesas por parte dos beneficiários vindas da vida institucionalizada. Esses achados são semelhantes aos encontrados por Franco e Stralen (2015), que analisaram o cotidiano de 20 internos de um hospital psiquiátrico em processo de desinstitucionalização por meio de pesquisa-ação na cidade de Belo Horizonte.

Ao destacar a aproximação necessária com os sujeitos da pesquisa, o estudo conclui que este processo exige escuta sensível e planejamento por parte dos profissionais de saúde, mas também o envolvimento dos beneficiários, na medida em que as relações hierárquicas de poder hospitalar traduzidas em práticas de dominação reduzem a possibilidade de inaugurar outras relações no território, além de restringir novas experiências de trocas sociais.

Esta preocupação emergiu também nas entrevistas semiestruturadas com os gestores municipais do PVC, nas rodas de conversas informais e nos CAP, tendo constituído parte do material que serviu de base para a construção de narrativas densas sobre a autonomia e relações de contratualidade entre as pessoas.

Ao compreender este desafio, pode-se retomar as palavras de Venturini (2010) ao descrever o processo conduzido em Ímola, em que ao constituir uma moradia com pessoas de alta hospitalar psiquiátrica procurou-se entender as potências e recursos no território:

Perguntávamo-nos qual era a alma daquele território, como realizar intersetorialidade entre os serviços socio sanitários, mas perguntávamo-nos também quais as necessidades da comunidade, as suas faltas e se podíamos entrar na comunidade oferecendo um presente para os cidadãos (às vezes era um simples campo de futebol perto da residência, uma oficina, uma marcenaria, uma atividade útil não só para os hóspedes da residência, mas para a comunidade). Era uma maneira para reivindicar direitos de cidadania, não como satisfação passiva das necessidades de cidadão

incompleto, mas como exercício ativo dum cidadão completo, que reclama a reciprocidade. E talvez era próprio a inversão de perspectiva, este olhar mais além das estereotípias do nosso presente, o mais importante para a comunidade. (Venturini, 2010, p. 475)

Como produto principal desta segunda dimensão, foram construídas narrativas que contam as trajetórias de vida dos beneficiários com foco nos diálogos possíveis da díade dinheiro-autonomia: afinal, “o que o dinheiro faz poder?”. Embora haja a previsão de uma “referência técnica”, responsável por acompanhar os beneficiários do programa em situações cotidianas, inclusive para apoiar na administração desse recurso financeiro, considera-se que o aprendizado e a experiência das novas relações contratuais se configuram como núcleo central das estratégias de reabilitação psicossocial na vida cotidiana. Neste sentido, o PVC colabora para a permanência destas pessoas no meio comunitário, salvaguardando sua dignidade e direitos humanos, tal como proposto na Declaração de Caracas (OMS, 1990).

No curso dessa dimensão, ao iniciar o acompanhamento da vida cotidiana dos beneficiários, processos diversos foram encontrados: por um lado, dificuldade de sobrevivência, formas precárias de moradia, vínculos familiares ainda não restabelecidos, vivências duras de estigmas e preconceitos; por outro, novas inserções sociais, outros vínculos afetivos construídos e formas criativas de rede de apoio são destaques nas narrativas dos beneficiários do programa.

Em todos os campos, os pesquisadores conseguiram estar com os beneficiários por tempo o bastante para compreender sua rotina de vida a partir da inserção no programa, considerando todas as transformações nela ocorridas pela presença do recurso financeiro, desde o início até os dias de hoje.

Terceira dimensão

Ainda no sentido de adensar as análises possíveis a partir das duas primeiras dimensões da pesquisa - referentes à trajetória histórica do

PVC como política pública e da pesquisa etnográfica dos itinerários da população beneficiária -, foi construída uma base de dados com informações (de 2004 a 2016) para gerar mapeamentos e posteriores análises das redes. Cabe destacar que a terceira dimensão da pesquisa precisará condensar achados das dimensões um e dois nas ferramentas adequadas (softwares ORA e Gephi) no sentido de construir análise das redes sociais (ARS) em um universo analítico projetivo.

A ARS permite mapear os tipos e níveis de entrelaçamentos entre os sujeitos e instituições, para melhor compreensão do PVC, da Rede de Atenção Psicossocial e das trajetórias da população beneficiária. Esse mapeamento expresso em gráficos representativos das interações entre os atores e os diferentes territórios apresentarão a condensação das variáveis que permitirão consolidar avaliações multidimensionais do Programa de Volta para Casa. Nesse sentido, a ARS, ao apresentar graficamente o cenário atual, possibilita a identificação de fatos portadores de futuro - insumos para visualizar os fatores críticos e potenciais hipóteses de intervenção - para composição de cenários possíveis para o campo da saúde mental.

A partir desse mapeamento, a geração de hipóteses para os cenários possíveis será posteriormente conduzida de forma participativa em rodas de conversas denominadas Diálogos Prospectivos, aprimorando a compreensão e validação das análises. O caráter projetivo dessa abordagem metodológica está ancorado nas balizas do método de construção de cenários, visando a consolidação de um conjunto de orientações e ações estratégicas para um horizonte futuro para o contexto/conjuntura específico do PVC/Raps, o que possibilita a mobilização dos atores para o desenvolvimento da inteligência coletiva em torno dos conhecimentos que permitem intervenções práticas para qualificação das políticas.

Contudo, uma vez que houve troca na gestão do MS, com redimensionamento orçamentário e corte considerável para pesquisas, foi tomada a decisão de interromper o financiamento, de modo que a terceira dimensão desta pesquisa foi postergada sem possibilidades de realização no presente momento.

Considerações finais

Em cada etapa da pesquisa, foram previstos diferentes produtos. A partir da análise documental foi possível antever a necessária atualização do Manual do Programa; construção de um instrutivo para referências técnicas e trabalhadores; orientações aos gestores, com objetivo de melhorar o acesso ao sistema de cadastro; realização periódica de seminários informativos e formativos; publicações; vídeo institucional. Destes, as 11 cidades contaram com orientações aos gestores, quando da devolutiva dos resultados, além das publicações e do vídeo institucional produzidos. Os demais produtos previstos foram suspensos, frente à interrupção do financiamento mencionada acima.

Sobre os achados do campo, revelaram a necessidade de publicizar as histórias invisíveis dos beneficiários, com a publicação das narrativas de vida dos beneficiários; apresentação em seminário final de devolutivas; publicação de artigos em revistas; além dos relatórios. Percebeu-se a influência do PVC na vida de pessoas com sofrimentos psíquicos graves, que precisam equacionar suas necessidades de autonomia e contratualidade. Assim, este estudo pôde desvelar outros importantes aspectos das condições de vida dessas pessoas e do processo de gestão dessa política pública.

A triangulação de pesquisadores de diferentes instituições públicas de três regiões do Brasil com conhecimento teórico e prático no campo da saúde mental permitiu construir e desenvolver esta pesquisa, mas agregou desafios. Os diversos olhares, principalmente teóricos, o grande número de narrativas a serem analisadas e a própria gestão da pesquisa em um período de muitas incertezas e conflitos na sociedade e nos governos foram alguns desses desafios.

Ao mesmo tempo que vivemos esses desafios e momentos de incertezas, fica a certeza de que avaliar um programa de saúde pública pelas lentes de quem recebe esta política foi acertado. Ouvir pessoas que durante muitos anos estiveram isolados de seus direitos foi a escolha certa. Ouvir quem sofre a política pública talvez seja a grande solução para os “gargalos” encontrados, inclusive na investigação em tela.

Referências

- AMARANTE, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- AMARANTE, P. Reforma psiquiátrica e epistemologia. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 1-7, 2009.
- BASAGLIA, F. Apresentação. In: AMARANTE, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 13-14.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 fev. 2000.
- BRASIL. 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 abr. 2001.
- BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1º ago. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *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*. Brasília, DF, 2005.
- CAMPOS, I. O. *Programa “De Volta para Casa” em um município do estado de São Paulo: suas possibilidades e limites*. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.
- FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

- FRANCO, R. F.; STRALEN, C. J. Desinstitucionalização psiquiátrica: do confinamento ao habitar na cidade de Belo Horizonte. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 27, n. 2, p. 312-321, 2015.
- FURTADO, J. P.; NAKAMURA, E. (Org.). *Inserção social e habitação de pessoas com sofrimento mental grave: um estudo avaliativo*. São Paulo: Unifesp, 2014.
- KINKER, F. S. *O lugar do manicômio: relato de experiência de desconstrução de um hospital psiquiátrico no interior do Nordeste*. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.
- KOIZUMI, M. Fundamentos metodológicos da pesquisa em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 26, p. 33-47, 1992. Número especial.
- LIMA, S. S.; BRASIL, S. A. Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 67-88, 2014.
- LIONÇO, T. et al. Justiça social e Reforma Psiquiátrica. In: BRAGA-CAMPOS, F.; LANCETTI, A. (Org.). *Saúde Loucura: experiências da Reforma Psiquiátrica*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 337-352.
- LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A Reforma Psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface*, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 281-298, 2006.
- MASSA, P. A.; MOREIRA, M. I. B. Vivências de cuidado em saúde de moradores de serviços residenciais terapêuticos. *Interface*, Botucatu, v. 23, p. 1-14, 2019.
- MOREIRA, M. I. B. (Org.). *Loucura e cidade: potencializando novos territórios existenciais: experiências em residências terapêuticas*. Vitória: GM Editora, 2007a.
- MOREIRA, M. I. B. *Se esta casa fosse minha: habitar e viver na cidade a partir de uma* residência terapêutica. 2007. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2007b.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Declaração de Caracas*. Caracas, 14 nov. 1990.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. (Org.). Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Hucitec, 2008.
- PITTA, A. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.
- RIBEIRO NETO, P. M.; AVELLAR, L. Representações de loucura e cuidado no contexto das residências terapêuticas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 33, p. 1-9, 2017.
- ROBORTELLA, S. *Relatos de usuários de saúde mental em liberdade: o direito de existir*. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.
- TENÓRIO, F. Reforma Psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.
- VENTURINI, E. O caminho dos cantos: morar e intersectorialidade na saúde mental. *Fractal Revista de Psicologia*, Niterói, v. 22, n. 3, p. 471-480, 2010.
- WACHS, F. et al. Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para serviços residenciais terapêuticos. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 895-912, 2010.

Contribuição dos autores

Todos os autores contribuíram de forma equânime na elaboração e revisão final do texto e dos gráficos.

Recebido: 27/05/2019

Aprovado: 03/06/2019

ERRATA

Na apresentação “Entre desafios e aberturas possíveis: vida em liberdade no contexto da desinstitucionalização brasileira”, doi 10.1590/S0104-12902019000003, publicado no volume 28, número 3, 2019, a seção está incorreta.

Onde se lia:

ARTIGOS

Leia-se:

DOSSIÊ

No artigo “O Programa de Volta para Casa na vida cotidiana dos seus beneficiários”, doi 10.1590/S0104-12902019190435, publicado no volume 28, número 3, 2019, a seção está incorreta.

Onde se lia:

ARTIGOS

Leia-se:

DOSSIÊ

No artigo “Produção compartilhada de conhecimentos em saúde mental: o Comitê de Acompanhamento de Pesquisa”, doi 10.1590/S0104-129020190436, publicado no volume 28, número 3, 2019, a seção está incorreta.

Onde se lia:

ARTIGOS

Leia-se:

DOSSIÊ

No artigo “Construindo histórias em tessitura lenta: desinstitucionalização e narrativas em pesquisa”, doi 10.1590/S0104-129020190428, publicado no volume 28, número 3, 2019, a seção está incorreta.

Onde se lia:

ARTIGOS

Leia-se:

DOSSIÊ

No artigo “Narrativas e sentidos do Programa de Volta para Casa: voltamos, e daí?”, doi 10.1590/S0104-12902019190429, publicado no volume 28, número 3, 2019, a seção está incorreta.

Onde se lia:

ARTIGOS

Leia-se:

DOSSIÊ

No artigo “A rede embala e o ritmo da gestão embola”, doi 10.1590/S0104-12902019190443, publicado no volume 28, número 3, 2019, a seção está incorreta.

Onde se lia:

ARTIGOS

Leia-se:

DOSSIÊ