

# O Programa Vida em Casa no DF – valorizando as competências da família, a cidadania dos usuários da saúde mental e as redes sociais

*The Program “Life at Home” at the Federal District – Brazil: valuing family competence, mental health patients’ citizenship and social networks*

*El Programa “Vida em Casa” en el Distrito Federal – Brasil: dando valor a las competencias de la familia, a la ciudadanía de los pacientes de salud mental y a las redes sociales*

Maria da Anunciação Soares Castro Alves<sup>1</sup>  
Marina Dias<sup>2</sup>  
Maria da Glória Lima<sup>3</sup>

## RESUMO

O presente trabalho apresenta a experiência do Programa Vida em Casa - PVC, implantado em 2003, no Hospital São Vicente de Paulo, Distrito Federal, a partir de uma demanda local sobre a responsabilidade do Estado na qualidade da atenção aos portadores de sofrimento mental de longa internação e o compromisso com o processo de desinstitucionalização. O processo de construção coletiva do PVC, demarcado em

1. Assistente Social, Chefe do Núcleo de Serviço Social do HSVP/SES/DF, Especialista em Terapia de Família e Terapia Comunitária, Coordenadora no DF do Programa de Volta pra Casa do Ministério da Saúde.

2. Psicóloga do Programa Vida em Casa/HSVP/SES/DF, Especialista em Saúde da Família.

3. Enfermeira, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília.

três momentos, são destacados os seus desafios e os avanços no processo de organização de uma rede de cuidados em saúde mental até a sua aproximação e articulação com a atenção básica. Os dispositivos do vínculo, do acolhimento e a responsabilização foram estratégicos para o enfrentamento dos problemas de saúde mental no âmbito institucional hospitalar e na relação com as famílias e comunidade. Na organização do serviço e do processo de trabalho houve a incorporação das diretrizes políticas nacionais: a configuração de um serviço aberto centrado nas necessidades dos usuários e familiares; a inclusão social, o trabalho em equipe na lógica interdisciplinar, o matriciamento nas ações de equipes de ESF; o fortalecimento de ações intersetoriais e construção de redes sociais. O Programa Vida em Casa tem como lições tecnologias, saberes e práticas que podem servir de reflexão e orientação para gestores, trabalhadores e usuários que venham reforçar a perspectiva da desinstitucionalização e da

integralidade do cuidado no campo da saúde e, em específico, na organização da rede de cuidado em saúde mental e da atenção básica.

### **ABSTRACT**

The present study describes the Program Life at Home (PLH), implemented in 2003, at St. Vicente Hospital, in the Federal District, due to growing demand on the part of chronic mental health patients for better deinstitutionalized psychiatric care in community-based environments. The process of collective development of PLH, comprised of three phases, is described, emphasizing the challenges and progresses achieved in organizing an integrated mental health network within the primary health care system. Developing receptiveness by the team, fostering links between the health professionals and clients and sharing responsibilities proved to be fundamental in dealing with problems within the hospital setting, as well as establishing ties to families in the community. National police guidelines were followed in order to organize the service and work process: an open service centered on the needs of clients and family members; based on social inclusion, interdisciplinary team work, using matrix support model to link actions with primary family health units, improved intersectorial actions and the construction of social networks. The Life at Home Program is an example of an experience involving knowledge, practices and technologies which can serve as reflection and orientation to managers, health professionals and clients in terms of setting up deinstitutionalized and integrated health care and, especially in organizing mental health network at the primary care level.

### **RESUMEN**

El presente trabajo presenta la experiencia del Programa “Vida en Casa – PVC”, implantado en 2003, en el Hospital São Vicente de Paulo, Distrito Federal, a partir de una demanda local sobre la responsabilidad del Estado en la calidad de la atención a los portadores de sufrimiento mental de larga hospitalización y el compromiso con el proceso de desinstitucionalización. El proceso de construcción colectiva del PVC, demarcado en tres momentos, son destacados sus retos y avances en el proceso de organización de una red de cuidados en salud mental hasta la su aproximación y articulación con la atención básica. Los dispositivos del vínculo, de la acogida y la responsabilización fueron estratégicos para el enfrentamiento de los problemas de salud mental en el ámbito institucional hospitalario y en la relación con las familias y la comunidad. En la organización del servicio de salud y del proceso de trabajo hubo la incorporación de directrices políticas nacionales: la configuración de un servicio abierto centrado en las necesidades de los usuarios y familiares; la inclusión social, el trabajo en equipo siguiendo una lógica interdisciplinaria, el matriciamiento en las acciones de equipos de la estrategia de Salud der la Familia; el fortalecimiento de acciones intersectoriales y construcción de redes sociales. El PVC tiene como lecciones tecnologías, saberes y prácticas que pueden servir de reflexión y orientación para gerentes, trabajadores y usuarios que vengan a reforzar la perspectiva de la desinstitucionalización y de la integralidad del cuidado en el campo de la salud y, en específico, en la organización de la red de cuidado en salud mental y de la atención básica.

## INTRODUÇÃO

Os avanços da reforma psiquiátrica a partir da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, com fortalecimento de estratégias políticas nacionais, são inegáveis no processo de qualificação da assistência e da reinserção social dos usuários da saúde mental, por meio da priorização da criação de serviços abertos e comunitários. Entretanto, os desafios das desinstitucionalização no âmbito da saúde mental ainda se fazem presentes local e nacionalmente, em decorrência da ausência de uma rede adequada de cuidados em saúde mental, da insuficiência de recursos humanos e financeiros, da descontinuidade da assistência para atender aos diferentes momentos do adoecimento mental, de forma articulada com ações de promoção na atenção básica. Essa problemática é agravada quando não se tem apoio e diretrizes definidas de políticas de atenção à saúde mental.

Outro aspecto importante para o avanço do processo da desinstitucionalização é a transformação do modelo assistencial para o modelo psicossocial, desafio presente mesmo em instituições criadas com a finalidade de se constituírem serviços substitutivos à lógica asilar, que possam favorecer a integralidade da atenção e a autonomia, a cidadania e a reinserção dos usuários no seu meio social.

A desinstitucionalização tem como ações essenciais: “a diminuição das admissões hospitalares pela provisão de serviços comunitários; a desospitalização, após preparação, de pacientes internados por longos períodos; a criação e manutenção de uma rede

de serviços na comunidade para atender a esses pacientes”<sup>1</sup>.

Verifica-se que essas ações no país, principalmente a partir de 2000, pelos dados do Ministério da Saúde, estão em um curso progressivo e diferenciado nos Estados. Nesse processo de desinstitucionalização, o Distrito Federal ocupa o penúltimo lugar em investimentos para criação de serviços abertos, prioritariamente comunitários, como a criação dos Centros de Atenção Psicossocial, residências terapêuticas, centros de convivência, oficinas de geração de renda, entre outros, o que conformou um processo de desospitalização e desassistência aos usuários da saúde mental sem uma política pública assertiva de criação de uma rede de cuidados nesse segmento.

A desospitalização trouxe como demanda para o poder público a atenção para com os pacientes com histórico de longa permanência e com grave dependência institucional, pelas sucessivas reinternações em serviços especializados de saúde mental, com estrutura organizacional prevalente das instituições totalitárias<sup>2</sup>.

Essa situação levou a Comissão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde a elaborar estratégias políticas, como a criação de Residências Terapêuticas instituídas pela Portaria GM nº 106, de fevereiro de 2000, e o Programa “De Volta Para Casa”, criado pelo Ministério da Saúde e definido na Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que tem como uma de suas ações o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial. Essas estratégias são consideradas centrais para o processo de

desinstitucionalização e de reinserção social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações e que vêm ao encontro de recomendações da OPAS e OMS para a área de saúde mental, no sentido da reversão do modelo hospitalocêntrico e asilar por um modelo de atenção de base comunitária, consolidado em serviços abertos, territoriais e de atenção diária.

Estudos revelam que o movimento da reforma psiquiátrica no Distrito Federal organizou-se a partir da desospitalização, iniciada ao longo da década de 80, sem a estruturação da criação de uma rede de cuidados em saúde mental de base comunitária, descentralizada e territorial, configurando um processo de desassistência aos usuários da saúde mental<sup>3,4</sup>.

Observa-se no Distrito Federal que a questão da saúde mental aos usuários egressos de longa internação é emblemática, dada a incipiente rede de cuidados em saúde mental, como também, aos desafios presentes no âmbito da atenção e da gestão da atenção à saúde mental de adoção de dispositivos que sigam ao encontro de um modelo de atenção orientado pela desinstitucionalização, pela cidadania e reinserção dos usuários da saúde mental.

No entanto, mesmo em um contexto tão adverso, observa-se um movimento de contrarresistência pela ação de profissionais de saúde, dentro do Hospital São Vicente de Paulo. A título de exemplo, temos a experiência que culminou na criação, em 2003, de um serviço aberto para atendimento de usuários de longa internação, chamado de Programa Vida em

Casa (PVC), um projeto inovador em âmbito local e nacional, na adoção de mecanismos de atenção e gestão, que torna possível acreditar em mudanças que têm como norte a desinstitucionalização<sup>5</sup>.

Na análise histórica do PVC até o momento, organizamos seu processo de implantação e consolidação em três momentos. O primeiro - A implantação do Programa Vida em Casa - a busca da superação do manicômio, anos de 2003 a 2004; o segundo: a experiência da abordagem psicossocial e a consolidação do PVC, anos de 2005 a 2007; e o terceiro – o fortalecimento de redes sociais e a articulação e integração com a atenção básica – a partir de 2008. Esses momentos serão apresentados a seguir, com apoio na revisão da literatura.

#### **A implantação do Programa Vida em Casa: anos 2003-2004**

A busca da superação do manicômio A atenção à saúde mental no DF, historicamente sempre foi vista como precária, justificada pela incipiente rede pública própria e pela baixa efetividade de uma política pública assertiva de criação de uma rede de cuidados em saúde mental. Em outras palavras, não se registram suficientes investimentos para a criação de serviços abertos, prioritariamente comunitários, como a criação dos Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, Centro de Convivências, Oficinas de geração de renda, entre outros, situação que conformou um processo de desospitalização e desassistência aos usuários da saúde mental<sup>4</sup>.

A organização da atenção à saúde

mental no DF foi fortemente marcada pela lógica da expansão de leitos na rede privada conveniada à Secretaria de Saúde do Distrito Federal. E a rede pública de atenção à saúde mental, disponível, acabava por gerar insatisfação dos usuários e familiares quanto à assistência, sendo objeto de denúncias na mídia sobre maus-tratos aos pacientes<sup>3,4</sup>.

As clínicas conveniadas, diante das denúncias de maus-tratos, sofreram intervenções e foram fechadas. A última a ser desativada foi a Clínica de Repouso Planalto (CRP), em 2003, com a intervenção do Ministério Público, que tinha 146 leitos credenciados para pacientes dos SUS/DF. Os pacientes que estavam internados na CRP foram transferidos para as Unidades de Saúde: os que apresentavam comprometimento clínico mais severo foram transferidos para a unidade de psiquiatria do Hospital de Base; 26 com quadros clínicos severos e persistentes, de longa internação, muitos sem qualquer caracterização de vínculo familiar ou social, foram transferidos para o Instituto de Saúde Mental, com funcionamento diário de segunda a sexta, o que forçou a instituição a criar um serviço de 24 horas de atenção para esse grupo; e os demais pacientes foram transferidos para o Hospital São Vicente de Paulo, que iniciou um movimento de localização de suas famílias para que os recebessem em suas casas<sup>3,4</sup>.

Esse momento trouxe à tona mais uma vez para debate no DF a precariedade da rede assistencial e a discussão do modelo de atenção e gestão da rede de cuidados em saúde mental para essa clientela de longa internação, pressionando o Governo local a criar estratégias

de intervenção.

No âmbito do HSVP, havia uma preocupação no sentido de que essa demanda criada por usuários de longa cronificação, associada à gravidade dos transtornos psiquiátricos e ao despreparo das famílias para cuidar deles, poderia acabar por sobrecarregar os serviços de urgência e internação, dificultando o atendimento da demanda usualmente realizada naquele serviço.

Essa preocupação culminou na criação, em 2003, do Programa Vida em Casa, um serviço para atender à demanda de usuários crônicos. Esse programa foi criado pela Assistente Social Maria da Anunciação Soares Castro Alves, reconhecida pela sua atuação no movimento pelo ativismo na organização dos movimentos sociais, bem como na defesa da qualificação dos serviços de saúde mental e dos direitos humanos e sociais dos usuários da saúde mental no DF. O PVC foi oficializado pela portaria 86/2004, da Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal, com o objetivo de estabelecer trocas criativas e capazes de reverter a lógica da exclusão pela oferta de tratamento em um serviço aberto ressocializante e interativo com a comunidade<sup>5</sup>.

O projeto foi inspirado no Programa Tratamento Assertivo na comunidade – *Training in Community Living* (TCL), criado em 1975 pela equipe do Dr. Stein, do Hospital de Madison, no Estado de Wisconsin, nos Estados Unidos. O TLC é destinado a atender aos pacientes de longa internação, com os seguintes objetivos: estabilizar os sintomas, evitar crises, promover a convivência familiar e comunitária, melhorar a qualidade de vida,

bem como promover a participação social ativa dos pacientes. Essa experiência, apoiada em uma abordagem comunitária, resultou na redução e até mesmo na eliminação da hospitalização; na redução dos sintomas, melhor funcionamento e maior satisfação dos usuários, quando comparada ao tratamento psiquiátrico tradicional; e, ainda, na redução dos gastos no tratamento dessa clientela<sup>1,6</sup>.

O Programa Vida em Casa tem no seu projeto de criação a missão de prevenir assistência as pessoas acometidas de transtornos mentais de longa duração, viabilizando a inclusão social, a partir de uma atuação profissional multidisciplinar em domicílio, com vistas à melhoria da qualidade de vida dos usuários desses serviços, inserindo-os na vida comunitária e familiar<sup>5</sup>.

Os objetivos específicos contemplam um leque de temas que conformam os desafios da desinstitucionalização para a estruturação eficaz de uma rede de cuidados em saúde mental: prevenção de crises, recaídas e reinternações prolongadas dos usuários; ações de promoção, proteção e recuperação da saúde mental dos usuários e familiares, com a articulação dos recursos comunitários para o fortalecimento de redes sociais; participação da família aos usuários no processo terapêutico e oferta de suporte biopsicossocial aos familiares/cuidadores, de forma a favorecer a adesão ao regime terapêutico; o acesso às tecnologias, promovendo a continuidade da atenção clínica, psicológica e social, e o acesso à medicação de alto custo. Evidencia, ainda, a preocupação em reduzir a relação dos custos crescentes com as constantes reinternações psiquiátricas no DF, longas ou não, e os custos

advindos delas, de forma a organizar e reduzir a demanda excedente de atendimentos nos serviços de emergência psiquiátrica. Por fim, contempla também a promoção da inclusão social do paciente e a família na comunidade, de maneira a desmistificar o estigma da doença mental<sup>5</sup>.

### **O PVC na instituição: a formação e composição da equipe e a caracterização do atendimento**

O PVC ocupa uma área física específica dentro do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), unidade hospitalar especializada em saúde mental, localizada em Taguatinga Sul, no Distrito Federal, que abrange na sua organização assistencial os serviços de emergência, ambulatório, unidades de internação masculina e feminina, hospitaldia, oficinas terapêuticas e de geração de renda, entre outras ofertas de atendimento, mas que não conseguem romper com a centralidade da assistência crise – emergência – internação, que exclui a possibilidade de produção de singularidade e de subjetivação da experiência da loucura.

Para Vieira Filho e Nóbrega, essa lógica de operar dificulta o avanço na proposta de reorganização dos serviços de saúde mental na concepção psicossocial, pois estes serviços comportam a presença, não rara, de núcleos institucionais que se configuram como reprodutores de intervenções de tendência organicista-reparatória. Ao invés de permitirem a emergência de espaços criativos de questionamento e reinvenção das práticas terapêuticas, apresentam efeito inverso. Quer dizer, a morte da atenção/invenção tende a engendrar uma prática reificante, rigidificando

os significantes discursivos, facilitando, assim, a autonomização dos atendimentos<sup>7</sup>.

A proposta da criação do Programa, mesmo contando com o apoio da direção do HSVP, teve entre os seus primeiros desafios a aceitação dos trabalhadores de saúde local na própria instituição, que para operar mudanças na atenção, requer um desempenho profissional diferenciado na forma de lidar com a loucura.

Em relação à práxis dos trabalhadores de saúde, Lemke e Gonçalves ressaltam a necessidade de romper com “a lógica operante que resulta na produção do isolamento da questão do sofrimento psíquico nos aparelhos de atenção” por meio da reprodução da exclusão, do controle ou dos modos normalizantes do sofrimento mental. Eles fazem um alerta aos trabalhadores da saúde mental “*não basta desospitalizar e desinstitucionalizar indivíduos ou evitar, ..., a hospitalização de alguns; é preciso desinstitucionalizar os nossos modos de lidar com a loucura*” mediante a crença dos trabalhadores nas suas experiências, de maneira que elas propiciem modos de organização no cotidiano dos seus serviços e modos de subjetivação e singularização e de invenção de vida<sup>8</sup>.

O processo de formação da equipe do PVC foi marcado por inconstâncias na sua consolidação, passando por uma rotatividade de diferentes segmentos profissionais no Programa, às vezes devido à dificuldade dos próprios profissionais em assumir uma nova cultura e outro modo de produzir saúde na relação com a loucura, às vezes pela incompreensão dos novos gestores sobre a necessidade de compor uma equipe em detrimento do que pudesse se

tornar uma referência para usuários e famílias nas suas necessidades de saúde, e, por outras vezes, pelo fato do profissional ter adquirido experiência apoiado em outro saber do campo da saúde mental, em sintonia com a proposta da desinstitucionalização e do trabalho em rede, para assumir outras frentes de trabalho na rede de cuidado em saúde mental.

A equipe inicialmente formada precisou criar estratégias de sustentabilidade para a operacionalização do programa, enfrentando dificuldades, como a conquista de espaço físico, o despreparo por parte de profissionais para atuar na lógica da desinstitucionalização, condições de trabalho inadequadas, dificuldade de disponibilidade de transporte para realização das visitas domiciliares e posteriormente para atender a situações demandadas por outros setores sociais; a justiça, a promotoria pública e outros serviços de saúde que solicitavam a participação, a avaliação e respostas institucionais em situações complexas e graves de sofrimento psíquico, e até mesmo de violação de direitos humanos dessa clientela.

A equipe do PVC atualmente é composta por uma assistente social, que responde como coordenadora do Programa; uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, uma enfermeira e seis técnicos de enfermagem, um auxiliar operacional de serviços diversos (AOSD), todos eles com carga horária semanal de 40 horas, e uma médica psiquiátrica, com carga semanal de 16 horas.

O PVC em sua fase experimental, em maio de 2003, já havia cadastrado 100 pacientes. No levantamento realizado no livro

de registro de pacientes, no ano de 2010, o PVC faz atendimento continuado a 327 usuários em todo o DF, sendo que a maior concentração desses usuários está nas seguintes Regiões Administrativas: 63 em Taguatinga, 94 em Ceilândia e 71 em Samambaia. O Programa computou no ano de 2008 a realização de 1080 visitas e 96 remoções realizadas, com o transporte institucional, com a finalidade de atender às necessidades do paciente com dificuldade de locomoção para realização de consultas, exames, perícias, fisioterapias, etc., registrando a média de 90 visitas ao mês, e no ano de 2009 o total de 1210 visitas e 72 remoções, com uma média de 100 visitas/mês. Desses usuários, 201 possuem diagnóstico de esquizofrenia e, para a metade destes, constava relatório de cronicidade em seus prontuários<sup>9</sup>.

Os dispositivos de gestão do trabalho no PVC pautados na promoção da humanização, na integralidade de atenção a saúde e reinserção social dos usuários e famílias, no trabalho em equipe rumo a um processo de co-gestão desse projeto foram experimentados a partir das reuniões da equipe multiprofissional, onde o trabalho é colocado em análise para uma reflexão teórica e prática, de forma que o vínculo, o acolhimento e a responsabilização das ações pudessem ter uma repercussão na qualidade de vida de usuários e familiares atendidos pelo Programa.

Contudo, para manter esses cuidados e a qualidade do PVC, é necessário um enfrentamento no cotidiano do espaço institucional que esbarram nos limites do HSVP, um hospital tradicionalmente organizado no modelo médico-centrado, com oferta de serviços com baixa integração. Esses

limites são intensificados pela incipiente rede de saúde mental de base comunitária articulada com a atenção básica.

O PVC busca na estratégia da educação permanente em serviço qualificar a equipe de saúde para ampliar a capacidade de escuta, diagnóstico, intervenção e avaliação, com apoio em uma metodologia estratégica para identificar as reais necessidades dos usuários e familiares e a sua rede social e construir projetos terapêuticos singulares para o processo de intervenção dos profissionais.

O programa tem como estratégia importante o dispositivo da visita domiciliar no PVC, que é realizada em co-intervenção, com a participação dos diferentes profissionais, de forma compartilhada, e assim construir um processo de co-responsabilização, refletida e avaliada no grupo da equipe de assistência. As visitas domiciliares visam ao diagnóstico e acompanhamento do quadro biopsicossocial do paciente. Nessas visitas são realizadas orientações e intervenções educativas e assistenciais clínicas e assistência farmacêutica, prioritariamente no espaço domiciliar e na comunidade e quando se faz necessário para maior resolutividade das ações. Quando se verifica a necessidade nos atendimentos realizados, de serem acionados e referenciados para outros serviços, o serviço busca responsabilizar-se e desenvolver estratégias para que o usuário e familiares tenham acesso aos serviços, de forma a romper com a lógica do encaminhamento do sistema de saúde e, assim, conformar dentro do território a construção de uma rede de suporte aos usuários e famílias no espaço comunitário.



Outra orientação do Programa, além do atendimento aos usuários cadastrados no programa, é o movimento de buscar a parceria de recursos sociais, importante no atendimento às necessidades reais dos usuários da saúde mental, na lógica da territorialização e da intersetorialidade. Isso é importante para se avançar na busca e implantação de mecanismos políticos e estratégicos que possam gerar reflexos na organização dos fluxos de atendimentos, de maneira a se obter uma integração mais funcional e a otimização de ações em rede dos recursos institucionais e social, abrangendo:

1. No âmbito da rede de saúde pública do DF: HSVP e a equipe atendem às demandas oriundas de atendimentos médico e psicossocial realizados nos seus serviços internos HSVP, como, também, fazem integração quando há uma demanda de atendimento dos usuários do PVC, o Serviço Multiprofissional de Atendimento em Domicílio (SAMED/DF), que apoia a desospitalização de usuários com doenças crônicas, oferecendo-lhes tratamento a saúde na sua casa, além de apoio e orientação aos familiares para assumir o papel de cuidadores; a Gerência de Saúde Mental/SES/DF, uma atuação próxima do PVC, para discussão da reestruturação da rede de cuidados em saúde mental, articulada com o fortalecimento das ações de saúde mental na atenção Básica, nos demais equipamentos de saúde e, mais recentemente, à medida que foram sendo criados, os Centros de Atenção Psicossocial;

2. As redes sociais existentes no quadro do Serviço Público do Governo do Distrito Federal (GDF), por meio da rede da Secretaria

de Desenvolvimento Social e Trabalho (SEDEST), com o objetivo de promover a atenção integral para os problemas de saúde identificados. Como exemplo, o Programa Socorro Social, que abrange programas habitacionais como solução para famílias de baixa renda, família extensa em estado de desamparo maior, inexistência de imóvel no DF, estado de risco social grave, contemplando pessoas portadoras de deficiência e/ou acometidas de transtorno mental, dando direito a lote para moradia, com critérios de 05 anos de residência fixa em Brasília.

3. No âmbito do Governo Federal- o Programa de volta para Casa - para busca do benefício reabilitação aos usuários com história de longa internação e o atendimento à algumas demandas dos servidores do Tribunal de Justiça e do Ministério Público para que técnicos do PVC acompanhem visitas para avaliação psicossocial.

Essa lógica de operar o trabalho torna a experiência muito singular na lógica de desinstitucionalização, representando uma projeção e valorização positiva do PVC, em âmbito do DF e nacional, repercutindo assim uma melhor aceitação e credibilidade no HSVP.

### **A experiência da abordagem psicossocial e a consolidação do PVC: anos 2005-2007**

#### ***O território como espaço de resignificação da loucura e de produção de vida***

Nesse momento foi possível à equipe

dos profissionais de saúde do PVC ampliar a lógica da concepção do seu objeto de trabalho, entendendo a crise na dimensão do sujeito como existência - sofrimento e fortalecer, na concepção psicossocial, como uma possibilidade de nova atenção e novo lugar para os usuários e familiares da saúde mental, onde se identifica a necessidade de se avançar na estratégia da territorialização compreendida para além de uma definição geográfica ou de adscrição populacional, mas abrange a estrutura política, cultural e sócio-relacional para o planejamento e desenvolvimentos das ações de saúde. Na lógica do território, a prática terapêutica modula-se de forma diferente do consultório: trabalhase com a população local e no serviço comunitário. O centro de gravitação dos atendimentos em saúde mental se localiza no CAPS e o da saúde geral, no Programa de Saúde da Família (PSF). Esses serviços devem estar interconectados num circuito interinstitucional integrado no SUS. Situação que pode evitar a fragmentação dos atendimentos e ainda ser facilitadora do planejamento de área de saúde distrital, sobretudo concernente aos atendimentos domiciliares e às intervenções clínicas na rede pessoal significativa do usuário<sup>7</sup>.

A equipe, tomando por base essa forma de operar no seu Território, buscou em relação aos usuários egressos de longa internação ou grave dependência institucional reiterar nas suas práticas a valorização significativa da rede de suporte dos usuários e a responsabilidade da rede social formal, constituída para favorecer processos de reinserção social e de integralidade da atenção à saúde.

A integralidade é entendida como um

operador conceitual que porta uma crítica radical às lógicas reducionistas e contém a intenção de produzir mudanças profundas nas ações de saúde, contextualizando-as aos modos de vida dos usuários e aproximando-as das reais necessidades de saúde<sup>10</sup>.

O sentido da integralidade como reflexão dos limites do sistema de saúde para melhor organização do sistema de referência e contra-referência para organização da demanda, mas, ainda assim, dentro da governabilidade possível dos profissionais de saúde para efetivar mudanças, buscar novos espaços de articulação intersetorial, em um plano mais macro, para permeabilidade das diretrizes políticas e estratégicas, que pudessem favorecer ações locais mais efetivas na saúde mental e atenção básica: Ministério da Saúde; Direitos Humanos, Assistência social, Ministério Público e Tribunal, Universidades, Movimentos sociais como a Inverso e a ASSIM.

O PVC, assentado nos princípios da integralidade do cuidado, de ações intersetoriais e da cidadania dos usuários da saúde mental, tem como diretriz a não internação, com isso se definindo como serviço para produção da subjetivação da pessoa que vivencia a experiência de sofrimento mental no seu espaço existência, para que possa incluir socialmente e, ainda, representar o suporte psicossocial e político para a família da equipe profissional daquele Programa.

**O fortalecimento de redes sociais -  
outro horizonte: anos 2008-2010**

### ***A parceria entre o ensino e serviço e a centralidade da formação no mundo do trabalho***

Embora constasse como uma proposta inicial do Programa, é no contexto da estruturação do segundo momento do PVC que foi possível uma maior valorização e incentivo de parceria entre o serviço e as Universidades. Nessa linha, o PVC recebe alunos da área da saúde oriundos da Universidade de Brasília, do Centro Universitário de Brasília e da Universidade Paulista, que integram a equipe de trabalho, com a atuação direta com os pacientes e familiares do Programa, distribuídos em diferentes áreas e atividades, de forma a potencializar o projeto institucional.

A integração dos estagiários no mundo do trabalho tem como preocupação na sua formação, na supervisão dos professores e profissionais, o desenvolvimento de experiências reais e integradas e da formação reflexiva e crítica sobre a abordagem psicossocial e da valorização do vínculo, da co-responsabilização frente aos problemas de saúde e da criação e ampliação de rede de suporte. Outro aspecto trabalhado na condução do processo de formação profissional no cenário de prática é o que busca propiciar experiências e a formação de competências e habilidades no âmbito da sua área específica de formação, a especificidade da atuação, mas sem perder a dimensão do campo do trabalho coletivo em saúde, na lógica da complexidade e da interdisciplinaridade.

A possibilidade de oportunizar aos futuros profissionais uma experiência apoiada na abordagem biopsicossocial, assumindo no

processo de formação profissional o trabalho como um princípio da ação educativa, está se constituindo uma forma viva de se buscar contrapor ao modelo hospitalocêntrico, tanto na experiência da equipe do PVC, como na equipe dos estagiários.

Para profissionais e estagiários da área do serviço social, tem-se o acompanhamento dos usuários credenciados no PVC, com foco na inserção comunitária e social, a promoção e/ou acompanhamento da emissão de documentação de identificação necessária aos usuários e familiares para acesso aos recursos assistenciais e sociais, inscrição em benefícios e programas do governo.

No que tange à atuação dos profissionais e estagiários da psicologia, estes reforçam o apoio aos usuários e famílias cadastradas, de forma a ampliar as suas competências para o cuidado do seu familiar em sofrimento mental, em ambiente domiciliar, de forma a trabalhar e ressignificar a comunicação disfuncional entre os seus membros e melhorar a dinâmica comunicacional e relacional familiar, orientações e informações sobre os processos patológicos, especialmente os ligados a transtorno de humor, na perspectiva de capacitar as famílias para fortalecer a cidadania e a reinserção social. Nesse sentido, são constituídas duplas para realizar o monitoramento e acompanhamento continuado semanal nas residências aos portadores de doenças mentais de longa internação ou longo histórico de doença mental e aos seus familiares, que apresentam um contexto complexo de saúde, social, econômico e cultural.

Uma proposta de intervenção que vem

se estruturando concretamente a partir da parceria ensino-serviço e que tem se mostrado uma tecnologia assertiva no âmbito da atenção básica é a proposta de Acompanhamento Terapêutico (AT).

A abordagem de Acompanhamento Terapêutico visa relacionar o sujeito e sua organização psíquica à dinâmica social. Essa proposta é realizada através de atividades que conectam o indivíduo às relações sociais, o que vai se configurando em saídas, como passeios pelo bairro, permitindo um contato vivencial, sendo este acompanhado por um profissional, no caso estagiário, que objetiva uma relação terapêutica. A proximidade entre acompanhante e paciente permite o olhar profundo das relações que o paciente estabelece em seu cotidiano com sua família, com a adesão e utilização de medicamentos e com a instituição, que propõem o tratamento<sup>11</sup>.

A função do AT tem indicação para pacientes com grave desorganização psíquica e dificuldades de integração social. Assim, o serviço de AT pode servir para usuários com transtornos de ansiedade e psicóticos graves, drogaditos, autistas e portadores de Síndrome de Down. Dentro deste contexto, a principal função do AT é facilitar a inserção social desses indivíduos<sup>12</sup>.

A atuação dos AT no programa surpreendeu a equipe, pois os resultados foram significativos. Pacientes que não saíam de casa passaram a sair com o AT para participar de atividades na comunidade. Outros que eram integralmente dependentes dos familiares e equipe passaram a se cuidar sozinhos, arrumando a própria casa, cozinhando,

tomando banho.

Como resultado desse encontro entre o ensino serviço, têm-se relatos dos estagiários que, ao se inserirem no mercado de trabalho como profissionais, fazem avaliações positivas dessa experiência no PVC e ainda buscam continuar essa orientação na prática profissional, nos diferentes cenários de atuação, seja de baixa, média ou alta complexidade, e considerando os limites da organização do sistema de saúde a formação de futuros profissionais, que passam a ter uma concepção crítica da abordagem assistencial na lógica da integralidade, da intersetorialidade, de construção de rede social, do direito à saúde e da cidadania.

#### **Fortalecendo as competências das famílias para a reabilitação e reinserção social do usuário na comunidade**

Uma diretriz forte do programa é a valorização da rede social do usuário da saúde mental, daí a ênfase no desenvolvimento de intervenções que fortaleçam as competências das famílias na comunidade.

A proposta prevê encontros desses usuários e seus familiares juntamente com os outros usuários na própria comunidade. Os encontros são realizados na casa de cada um dos usuários, com o revezamento negociado entre eles, com discussões de assuntos de interesse dos integrantes do grupo, estimulando a formação de uma rede interfamílias e o fortalecimento dos laços intrafamiliares. Entre outras ações desse projeto registra-se a organização de passeios e atividades sociais em diferentes lugares públicos e /ou encontros em âmbito domiciliar, objetivando

identificar estratégias de enfrentamento nas situações que emergem comumente no processo de adoecimento mental, com a perda de estilo comportamental disfuncional e difícil convívio social entre os membros da família e comunidade, acirrando mais o isolamento intrafamiliar e com a comunidade.

A terapeuta ocupacional, integrante da equipe profissional PVC, em estudo realizado, desenvolvido na instituição tendo por objeto a cronicidade e a rede social de pacientes crônicos, verificou que apesar estarem desinstitucionalizados, esses pacientes permanecem institucionalizados pelo sistema social, que não oferece uma real reinserção. Além disso, verificou que as interações familiares eram precárias e mantinham uma espécie de manicômio domiciliar. A partir desse resultado, a oferta de intervenções das ações do PVC foi ampliada, iniciando-se um projeto de atenção comunitária na região administrativa do Gama, no DF, com a finalidade de fortalecimento dos laços familiares e da rede social dos usuários, ancorados no princípio da cidadania.

Essas atividades visam ao que se denomina de empoderamento (*empowerment*) da família: “aumento de poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão dominação e discriminação social”<sup>13</sup>.

O projeto ainda está em fase de implantação, mas já se pode observar melhoria na qualidade de vida dos usuários.

Há exemplos de usuários que viviam trancados em seu quarto e sem roupas, outros com isolamento social, outros que sequer tinham acesso à cozinha, e que nesse processo de estimulação da Terapeuta ocupacional passaram a ter na atividade meio o ir para cozinha e preparar o almoço, despertar para novas formas de interações sociais com outros sujeitos e novos sentidos para o seu viver.

### **O PVS apoiando a Atenção Básica junto às equipes da ESF**

O PVC, mediante essas ações no espaço comunitário e sanitário, passou a ser demandado para orientar e apoiar as equipes da ESF nas situações de crises e urgências de pessoas e familiares que se encontram em situação de sofrimento mental, como também para apoiar algumas equipes do ESF, na perspectiva do matriciamento, em função da insuficiência de número de CAPS para a organização das ações no âmbito da atenção básica. A equipe do PVC tenta responder a esses pedidos no âmbito da atenção básica, compreendendo a importância de estender e articular nesse âmbito e reconhecer a precariedade da rede de CAPS descentralizados e de base territorial e da inexistência de outros serviços psicossociais.

Entretanto, mesmo frente a todo esse desdobramento, a equipe tenta dar respostas em função do compromisso de trabalhar os desafios para se avançar na reorientação da saúde mental na lógica psicossocial e do SUS, tendo em vista a tendência das políticas de saúde de valorização e fortalecimento da atenção básica como a porta de entrada para o sistema a saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na avaliação dos autores, a implantação e estruturação do Programa vida em casa, proposto como um serviço para atender à demanda de usuários crônicos, institucionalizados e desospitalizados, se coaduna com os preceitos teóricos metodológicos da desinstitucionalização, que toma a experiência da loucura na lógica da existência-sofrimento. Esse novo objeto de trabalho na orientação e organização dos coletivos dos profissionais permite conformar uma prática social que se dá no contexto do território para produzir saúde.

A reflexão crítica cotidiana do trabalho do PVC, de maneira a consolidar um serviço aberto de base comunitária e de inclusão social, mostra o potencial dos profissionais de saúde para operar mudanças de práticas de saúde, quando, nos processos de trabalhos, se articulam como modelo de gestão e da atenção em que valorizam a participação social para compartilhamento das responsabilidades. As estratégias adotadas frente aos problemas da área de saúde mental, assentado na integralidade do cuidado para orientar novas formas de cuidar em saúde, mantendo a criticidade dos limites do sistema de saúde e social, requer o apoio político da gestão, uma das variáveis para a eficácia, continuidade e expansão das ações em saúde mental no atendimento às necessidades dos usuários e familiares.

A prática do PVC fortemente pautado no trabalho em equipe, no protagonismo social dos profissionais, usuários e comunidade, no fortalecimento de rede social e no território como espaço de intervenção para a prática

da saúde mental evidencia a possibilidade de superação de práticas reducionistas, de controle, de isolamento em relação às pessoas portadoras de sofrimento mental, permitindo a reconstrução cotidiana de novos jeito de cuidar e conformando projetos assistenciais para produção de vida. O PVC, na articulação com os CAPS e na ação de empoderamento das equipes do ESF, embora numa dimensão ainda pequena, mostra que muitos dos problemas de saúde mental podem ter maior resolutividade no âmbito da atenção básica. Entretanto, faz-se necessário o investimento na capacitação dos profissionais e na criação de uma rede de cuidado em saúde mental de base comunitária e descentralizada.

O Programa Vida em Casa permite refletir sobre as tecnologias, saberes e práticas que podem servir de orientação para gestores, trabalhadores e usuários, objetivando reforçar a perspectiva da desinstitucionalização, em específico, da organização da rede de cuidado em saúde mental e da atenção básica.

## REFERÊNCIAS

1. Vidal CEL, Bandeira M, Gontijo ED. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. J Bras Psiquiatr. 2008;57(1):70-9.
2. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. Tradução de Leite DM. 7. ed. São Paulo: Perspectiva; 2001.
3. Martins D. A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento mental [dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde; 2006. 173 p.
4. Lima MG, Silva GB. A reforma psiquiátrica no

Distrito Federal. Rev Bras Enferm. 2004;57(5):591-5.

5. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Projeto Vida em Casa Programa Saúde Mental Domiciliar. Brasília; 2004.

6. Marshall M, Lockwood A. Tratamiento asertivo en la comunidad para las personas con desórdenes mentales severos (Revisión Cochrane traducida). In: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software. Disponível em: <http://www.update-software.com>. (Traduzida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

7. Vieira Filho NG, Nóbrega SM. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. Estud Psicol (Natal). 2004 Maio-Ago;9(2).

8. Lemke RA, Gonçalves SE. Relato de uma experiência de intervenção em crise psíquica na estratégia de saúde da família. Boletim da Saúde (Porto Alegre). 208 Jan/Jun;22(1):49-55.

9. Malcher N. Redes sociais significativas na saúde mental: (des)cobrando relação com o sofrimento psíquico grave, (redes)cobrando elos de encontro [dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília, Programa de Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da UnB; 2010.

10. Lemke RA, Silva RAN. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território [citado 2010 Fev 22]. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/html/v10n1a18.htm>.

11. Simões CHD. A produção científica sobre o acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento. Porto Alegre: UFRGS; 2004.

12. Santos LG, Motta JM, Dutra MCB. Acompanhamento terapêutico e clínica das psicoses. Rev Latino-Am Psicopat Fund. 2005;8(3):497-514.

13. Vasconcelos EM. Conceitos básicos para se entender as propostas e estratégias de empoderamento e as narrativas pessoais no campo da saúde mental. In: Vasconcelos EM, Leme CCCP, Weingarten R, Novaes

PR, organizadores. Reinventando a vida: narrativas de recuperação e conveniência com o transtorno mental. 2. ed. Rio de Janeiro: Encant; São Paulo: Hucitec; 2006.