PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA NA CIDADE DE PORTO ALEGRE: FORTALECIMENTO E TESSITURA DE VÍNCULOS NO MEIO SOCIAL

Loiva dos Santos Leite[1]
Marco Antonio Pires de Oliveira[2]
Helena Scarparo[3]

Resumo: O Programa de Volta Para Casa (PVC), instituído no ano de 2003 pelo Ministério da Saúde, concede um benefício mensal a usuários institucionalizados por dois anos ou mais em hospitais psiquiátricos, após a saída da instituição. Através desse Programa se busca inclusão social com a redução das desigualdades e garantia de direitos. Com objetivo de avaliar o impacto do PVC nas condições de vida pessoas beneficiárias do Programa na cidade de Porto Alegre/RS, realizamos no ano de 2013 um levantamento com 102 usuários. Trata-se de uma pesquisa descritiva-analítica, que teve como instrumento para coleta de dados um questionário estruturado. Como resultados, constatamos que muitos usuários puderam re-significar seu lugar no meio social, favorecendo espaços de cidadania e autonomia. A maior parte deles utiliza o recurso para manutenção das despesas diárias, evidenciando que o Programa tem contribuído como um fator de fortalecimento e tessitura de vínculos do usuário no meio social.

Palavras-chave: Programa de Volta para Casa. Desinstitucionalização. Saúde Mental. Inclusão Social.

INTRODUÇÃO

A partir de meados da década de 1980 o Brasil encerra o período de exceção iniciado em 1964 com o Golpe Civil-militar. O retorno à institucionalidade democrática demarca uma opção política e social: os brasileiros, representados no Congresso Constituinte, buscam um Estado Democrático de Direito, expresso num pacto pela redução das desigualdades e inclusão da diversidade social e cultural. Esse é o espírito da Constituição Cidadã de 1988. E o Sistema Único de Saúde (SUS) é parte da luta pela extensão do direito à saúde e à qualidade de vida para todos os cidadãos brasileiros independentemente de seu estrato social.

[1] Psicóloga. Doutoranda em Psicologia Social PUCRS. Coordenadora da Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre/RS. loivaleite.psi@gmail.com.br.
[2] Graduado em Ciências Sociais UFRGS. Assessor Técnico da Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre/RS. marcojacui@hotmail.com.
[3] Psicóloga. Mestre em Educação. Doutora em Psicologia PUCRS. Integra a Rede Iberoamericana de Pesquisadores da História da Psicologia e o Grupo de Trabalho de História da Psicologia da ANPEPP. helena.scarparo@gmail.com.

O movimento pela Reforma Psiquiátrica se insere nesse contexto. Emerge como consequência de um amplo processo no qual as condições do tratamento dispensado à pessoa com sofrimento psíquico tornam-se alvo de profundas reflexões críticas. Tais reflexões, articuladas ao contexto histórico-político da época potencializaram tensionamentos e transformações que mudaram o cenário do cuidado em saúde mental no Brasil. A Reforma Psiquiátrica dobra-se sobre si mesma ao acontecer como expressão da potência humanizadora que lhe dá origem.

Yasui sublinha o aspecto multidimensional da Reforma Psiquiátrica brasileira que é parte instituída e instituinte de um processo histórico mais amplo:

> É sobretudo, um processo que traz as marcas de seu tempo. Não é possível compreendê-la sem mencionar suas origens, como movimento social, como uma articulação de atores da sociedade civil que apresentam suas demandas e necessidades, assumindo seu lugar de interlocução, exigindo do Estado a concretização de seus direitos. São ações que pressupõe a verbalização e afirmação de interesses, disputas, articulações, conflitos, negociações, propostas de novos pactos sociais (YASUI, 2006, p. 22).

Sucedendo uma época em que "os 'loucos' eram incorporados à paisagem urbana como tipos de rua e não como internos do hospício" (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p. 62), o manicômio incorporava discursos científicos a respeito do lugar da loucura. De parte da paisagem urbana aos seres sem utilidade para o sistema capitalista em ascensão, os loucos ocuparam vários lugares na articulação entre saber e poder ao longo dos séculos. Yasui (2006, p. 22) lembra que o processo da Reforma psiquiátrica no Brasil "tem sua origem como movimento social dos anos setenta, se organiza e se fortalece nos anos oitenta e se transforma em política pública de saúde nos anos noventa". De um lado luta social, de outro, reformulação no campo do saber que enuncia pressupostos de verdade sobre a loucura.

Evidentemente tais processos são marcados por peculiaridades contextuais. No Rio Grande do Sul a política de saúde mental está marcada pelas produções intelectuais sobre o lugar da loucura para a nossa realidade social e, simultaneamente, pelo efeito de lutas do Movimento Social alimentado pela reflexão do papel e lugar do sofredor psíquico na sociedade. A partir da regulamentação do SUS, na lei 8080 em 1990, o movimento pela Reforma Psiquiátrica que une trabalhadores, usuários e seus familiares, consegue uma primeira conquista: a lei nº 9.716 de 07 de agosto de 1992 de autoria do então deputado Marcos Rolim, no Rio Grande do Sul.

O tema da luta social ao longo dos anos 90 pode ser interpretado como a busca de consolidação do SUS, das garantias sociais e individuais e dos Direitos Humanos em meio a uma constante crise econômica e contenção do investimento em políticas sociais de inclusão e redução da miséria. Mas a consolidação do modelo de saúde pública universal é continuado e processual. O surgimento do Programa de Saúde da Família pode ser considerado como mais um sinal da ruptura com o modelo hospitalocêntrico e com a consequente adoção da lógica de redes em saúde. Na rede o hospital passa a ser um ponto de atenção entre outros, um recurso específico importante, mas não central nem (mono)determinante na produção de bem estar e saúde.

Em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, a ideia de *cuidar em liberdade*, isto é, a compreensão de que o cuidado deve ser exercido fora do espaço manicomial, passa a ser amplamente discutida e desejada por expressiva parcela dos profissionais de saúde mental, nesse período. Tem como marco a criação da Pensão Pública Protegida Nova Vida, ainda em 1990. O descredenciamento de uma clínica manicomial do extinto Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) ofereceu a oportunidade de experimentar novas maneiras de compreender o sofrimento psíquico e a atenção em saúde mental. Servidores do Estado e do município de Porto Alegre, familiares e usuários começaram a desenvolver um processo partilhado de inserção e intervenção nesse campo. Tal compartilhamento trazia estranhamentos e debates de diferentes ordens haja vista a diversidade de experiências que permeavam as existências envolvidas. O cuidado em liberdade, assim como a conquista da autonomia, era desejado e construído tendo em vista contextos, tempos e lugares. Como escreveram Devera e Costa-Rosa, "Instalou-se um processo histórico de formulação crítica e prática com o objetivo de questionar e elaborar propostas de transformação do modelo asilar, julgando inadmissíveis a exclusão, a cronificação e a violência do modelo hospitalocêntrico" (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p. 62).

O processo da Reforma Psiquiátrica aliava denúncia e transformação. Dentre essas transformações figurava a oficialização da instituição de residenciais terapêuticos cuja Portaria foi publicada em 2001. Depois, num desdobramento do processo vivido na Pensão Nova Vida, surgem outros serviços no município como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Oficina de Geração de Renda (Geração POA), reforçando o modelo de atenção psicossocial inserido na comunidade e desvinculado do hospital psiquiátrico.

No contexto desse processo, constatou-se que grande número de usuários vivia segregado por mais de trinta anos em instituições manicomiais. Para que ocorresse a efetivação dos propósitos da Reforma Psiquiátrica, avesso à lógica manicomial, teve início um intenso movimento *de volta para casa*. E como era previsível, muitos vínculos teriam de ser construídos, tecidos afetivos precisariam ser recompostos. Especialmente, um lugar para a diferença e a diversidade teria de ser inventado para aqueles que não tinham mais para onde voltar. Habitar outros lugares sociais sem muros e delimitadores da circulação geográfica despertava as necessidades mais concretas como, por exemplo, a gestão autônoma de um cotidiano perdido em instituições totais. Isso requeria práticas de cuidado que poderiam ser expressas através do acompanhamento terapêutico, com ênfase na promoção da autonomia e em ações de reabilitação. Uma tessitura de afetos e dispositivos de assistência como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os Benefícios de Prestação Continuada (BPC) e, em seguida, a bolsa do Programa de Volta pra Casa (PVC) se fizeram necessários para transformar os processos de inclusão perversa em inserção em espaços de cidadania.

O Programa de Volta para Casa passa a compor parte das estratégias de desinstitucionalização a partir do ano de 2003:

> O Programa De Volta Para Casa dispõe sobre a regulamentação do auxílio reabilitação psicossocial, instituído pela Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (com dois anos ou mais de internação). Este Programa atende ao disposto na Lei 10.216, de 06.04.2001, que no Art. 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 (BRASIL, 2003, p. 21).

Nesse cenário, o PVC surge como retomada de uma ideia de inserção em um lugar que talvez nunca tenha existido na vida desse sujeito, mas que pode ser alvo de sua luta por uma vida melhor. A casa, o lugar da acolhida, das relações igualitárias, do partilhamento e da solidariedade como política de existência passa a ter possibilidades de se efetivar. Era necessária a redução das dificuldades financeiras para que muitos usuários institucionalizados pudessem retornar para casa ou para um lugar de convívio que garantisse seus direitos e respeitasse a sua dignidade como um pressuposto indispensável (SADE, 2014). Era preciso também, um programa de redução da vulnerabilidade social para quem não pudesse mais se

inserir no mundo do trabalho devido às inúmeras perdas vividas nos anos de reclusão institucional.

Segundo Giuseppina Ridente, em entrevista concedida à Sade (2014, p. 130), a "reabilitação está relacionada com a reconstrução de direitos de cidadania, com a criação de oportunidades concretas e em contextos reais que permitam que as pessoas com transtornos mentais" possam desenvolver sua autonomia e habilidades. O nosso trabalho, enquanto profissionais das diversas áreas envolvidas nesse processo, consiste em oferecer suporte para que ações com esse propósito sejam possíveis de acontecer, ou seja, o que Giuseppina Ridente refere como um "sistema de oportunidades" (p. 130). Desse modo, o Programa de Volta para Casa é parte importante de uma política que visa redução das desigualdades sociais e a promoção de direitos de pessoas com doença mental e que viveram por muitos anos em instituições manicomiais, sujeitados à marginalização, preconceito e exclusão. Ainda são incipiententes os estudos que possam indicar os resultados do PVC na vida dos usuários, após a saída dos hospitais psiquiátricos. Contamos apenas com avaliações do PVC no contexto do processo da Reforma Psiquiátrica como apresentam Furtado (2006), Liberato (2009) e Pitta (2011), o que indica a necessidade de atentarmos para essa política e avaliar seu impacto na vida dos usuários beneficiados.

1 METODOLOGIA

Com a intensão de avaliar os efeitos do benefício na vida dos usuários, realizamos um levantamento no ano de 2013, buscando entender como estavam vivendo e qual o impacto dessa política na vida dos mesmos. À época do levantamento contabilizamos 102 pessoas recebendo o benefício em Porto Alegre. A Secretaria Municipal da Saúde, através da sua área técnica de saúde mental, autorizou a realização do levantamento dos dados junto aos beneficiários do Programa. Foi feito contato com todos os usuários constantes na folha de pagamento mensal do PVC, registrados no município, e agendadas duas datas em locais de fácil acesso para os usuários, para realização das entrevistas. Caso o usuário não pudesse comparecer em uma data, havia a segunda opção, contudo, era obrigatória a presença em uma das datas. Nos dias e horários previamente marcados, os usuários foram entrevistados individualmente, de maneira a preservar o sigilo das informações.

Trata-se de uma pesquisa descritiva-analítica, na qual utilizamos como instrumento para coleta de dados um questionário estruturado com questões relativas à renda, moradia, autonomia, condições de saúde e vínculos. Usuários com menor grau de autonomia foram auxiliados pelos cuidadores ou profissionais de referência. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando os critérios éticos de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2013). Para apreciação dos dados das entrevistas foi utilizada a análise temática (BAUER; GASKELL, 2012), que favoreceu a compreensão sobre o tema em questão.

Os dados foram encaminhados para o Ministério da Saúde, como parte do relatório anual[4] de acompanhamento do Programa de Volta para Casa nos municípios brasileiros. É importante destacar que os municípios que aderiram ao PVC devem realizar o acompanhamento sistemático de seus usuários e informar quaisquer alterações ao Ministério da Saúde, tais como óbitos, internações superiores a trinta dias devido a agravos em saúde mental, mudança de endereço, desaparecimento ou não localização de paradeiro.

2 RESULTADOS DO PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA

Porto Alegre tem usuários cadastrados no PVC desse o ano de 2003, os quais são acompanhados pela rede de saúde municipal. Os usuários são provenientes de longas internações do hospital psiquiátrico São Pedro ou do hospital de custódia e tratamento – IPF. Após o cadastramento junto ao Ministério da Saúde, realizado via Secretaria Municipal da Saúde, os usuários passam a receber uma bolsa mensal no valor atual de 412 reais. Como critério de inclusão no Programa, os usuários precisam estar residindo fora das instituições hospitalares e terem permanecido por mais de dois anos internados, antes de 2003, ano da implantação do PVC.

Segundo os usuários entrevistados, o valor da bolsa mensal passou a auxiliar nas despesas diárias como compra de alimentos, roupas e medicações, favorecia o pagamento de transporte para a circulação pela cidade, o pagamento de aluguel para alguns, assim como beneficiava a composição da renda familiar. No contexto de Porto Alegre, 90% dos usuários recebiam outra renda além do PVC, o que significa uma renda mensal atual de cerca de 1200

[4] O Relatório Anual elaborado pelo Ministério da Saúde com os dados fornecidos pelos municípios ainda não havia sido publicado até o mês de agosto/2015.

reais, somando os benefícios a que tem direito. Esse aspecto é importante de destacar, pois retira o usuário da posição de dependente da família, colocando-o em um lugar de provedor juntamente com os demais membros da família. Muitas famílias alegavam não ter condições financeiras de manter mais um adulto, o que inviabilizava a inclusão de muitos usuários no contexto familiar. A partir da composição da renda familiar com o PVC isso modificou-se, confirmando a importância da bolsa para reafirmar o protagonismo do usuário na manutenção da sua subsistência e, em alguns casos, de outros membros da família.

Corroborando com esse contexto, encontramos uma parcela significativa de usuários morando em residenciais terapêuticos públicos, 51 dos 102 usuários entrevistados. Onze viviam em pensões particulares e apenas 27 morando em casas próprias ou alugadas, com ou sem familiares. Isso expressa o quanto o processo de institucionalização prejudicou a autonomia e os vínculos dos usuários com suas famílias ou pessoas de referência. Associando esse dado ao índice de usuários que recebiam visitas ou mantinham contato com familiares, observamos que apenas 26% referiu receber visitas ou manter contato com familiares. Esse cenário é difícil de reverter, pois muitos nem sabem onde encontrar seus familiares ou se estão vivos ou se já morreram. E, em alguns casos, mesmo encontrando-os, como aconteceu, a família não manifestou interesse em resgatar os vínculos.

Apesar das transformações pelas quais a sociedade passa continuamente, a família permanece como um referencial social de cuidado e de pertencimento para as pessoas. É o lugar em que as experiências existenciais são compartilhadas (COLVEIRO; IDE; ROLIM, 2004). Com o processo de institucionalização dos usuários de saúde mental, as famílias passaram a ocupar o lugar apenas de informantes de aspectos que poderiam auxiliar no atendimento dos usuários, forçando o distanciamento afetivo e a dissolução dos vínculos. Nesse modelo de atenção, a assistência "restringia-se à internação e medicalização dos sintomas demonstrados pelo doente mental, excluindo-o dos vínculos, das interações, de tudo o que se configura como elemento e produto de seu conhecimento" (COLVEIRO; IDE; ROLIM, 2004, p. 198). Com isso, as famílias afastaram-se e, em muitos casos, houve abandono completo, restando aos usuários a reconstrução de vínculos afetivos e sociais com outras pessoas que não pertenciam aos seus laços familiares.

Com a mudança no modelo de atenção proposto pela Reforma Psiquiátrica, a família deixa de ter um papel passivo no processo de tratamento e passa a configurar como "um parceiro singular e fundamental para o cuidado dispensado ao doente mental" (COLVEIRO;

IDE; ROLIM, 2004, p. 199). Os medos e angústias relativas ao cuidado e à convivência com familiares com doença mental, reais e compreensíveis, manifestam-se com frequência através de sentimentos ambivalentes. E essa realidade muitos usuários tiveram que enfrentar. "Sozinhos, com amigos, colegas, companheiros ou mesmo com cuidadores", os usuários precisaram "inventar outros modos possíveis de viver" fora do hospital psiquiátrico, tecendo novos e diferentes vínculos (LEITE, 2012, p. 114).

A complexidade desse desafio é evidente, visto que não é natural o retorno dos usuários ao convívio nos espaços urbanos abertos após anos de confinamento. Assim como não é natural o próprio confinamento em espaço fechados por ter diagnóstico de doença mental. São construções sociais e que servem a determinados propósitos. Leite e Oliveira (2006, p. 59), apontam que "rompemos com as barreiras institucionais e institucionalizadas na medida que valorizamos a potência de cada sujeito e investimos na capacidade de criar, superamos o estigma da doença mental". Nesse sentido, precisamos buscar possibilidades de mudanças permanentemente, tendo como objetivo superar dicotomias e dualismos que contrariam os princípios do cuidado com autonomia e liberdade e da cidadania dos usuários de saúde mental.

Outro fator preponderante no processo do resgate da autonomia é a idade. A maior parte dos usuários entrevistados estavam na faixa etária entre 35-65 anos (87), doze tinham mais de 65 anos e 3 não informaram. Muitos destes usuários vivenciaram boa parte de sua juventude dentro dos hospitais psiquiátricos, onde não tiveram a oportunidade de estudar ou exercitar alguma atividade que pudesse contribuir para que hoje se inserissem no mercado de trabalho. Esse fator associado ao baixo grau de instrução (87 tem ensino fundamental incompleto) revela o quanto foram prejudicados nesse processo.

Ferreira et al. (2013) escrevem sobre a importância do trabalho nos processos de reabilitação e inclusão social dos usuários de saúde mental. O exercício de uma atividade laborativa pode contribuir para a integração do usuário na comunidade, para promoção da cidadania e a produção de novos modos de vida. Levando em consideração as especificidades dos usuários de saúde mental, Ferreira et al. (2013) salientam a necessidade de preparação para o trabalho, através de espaços coletivos em que a interface entre a clínica e trabalho esteja contemplada. Nesse sentido, a capacidade para o trabalho não está desarticulada dos demais aspectos da vida dos usuários, em que os anos de institucionalização significaram outras perdas de habilidades, por exemplo. No processo de reinserção social os usuários são

respeitados em sua singularidade e limites, reforçando o sentido do trabalho "para além das relações técnicas de produção, incidindo nas relações culturais e sociais, identitárias de indivíduos e de sua rede de relações" (FERREIRA et al., 2013, p. 63).

Contudo, a inserção no trabalho requer, em alguma medida, a possibilidade de deslocar-se com autonomia pela cidade, pois demanda pegar ônibus ou mesmo reconhecer os lugares como ruas ou pontos de referência. Essa capacidade de circular pela cidade para 51% dos usuários é possível apenas com o acompanhamento de um cuidador ou familiar, o que amplia a dificuldade de inserção social através do trabalho, demandando um amplo investimento por parte dos cuidadores e usuários. Entretanto, 37% manifestaram que têm condições de andar pela cidade, pegar ônibus e reconhecer os espaços por onde andam de forma autônoma e sem a necessidade de companhia. Podemos inferir que alguns destes usuários receberam Acompanhamento Terapêutico (AT) e conseguiram resgatar essa capacidade de se deslocar pela cidade ou ainda, mantiveram a capacidade, apesar dos anos de institucionalização. A possibilidade de contar com acompanhamento terapêutico está relacionada ao fato de muitos usuários estarem morando em residenciais terapêuticos públicos, que dispõem dessa modalidade de atenção.

Outra variável que é importante para avaliar o grau de autonomia ou dependência refere-se à administração diária da medicação. Tarefa complexa, pois requer saber ler ou identificar cores, formas e símbolos, não é executada por 46% dos usuários sem o auxilio direto dos cuidadores ou familiares. Já 36% conseguem realizar esta atividade sozinhos, o que denota um avanço no processo de autocuidado e investimento na capacidade de autonomia.

Um último aspecto, mas não menos importante, refere-se à questão da interdição judicial. Constatamos que 58% dos usuários entrevistados são interditados judicialmente, ou seja, mais da metade das pessoas que hoje podem se beneficiar da vida fora dos muros institucionais, não tem seus direitos civis, não respondem por seus atos e não podem assinar nenhum documento. Isso evidencia uma prática exercida por muitos anos (embora ainda persista), em que se concebia a doença mental como alienante e incapacitante, de onde decorre o mito da necessidade de um tutor para se responsabilizar pelos atos da pessoa tida como louca. A tutela era 'supostamente' a forma de garantir que o doente tivesse alguém para o cuidar. Nesse sentido, um diagnóstico de doença mental era quase que irremediavelmente um atestado para a interdição judicial. Hoje precisamos trabalhar esse aspecto na relação de cuidado com os nossos usuários, buscando esclarecer que a interdição não é pré-requisito para

receber o cuidado e ser atendido nas suas necessidades. Ao contrário, quanto maior o exercício de autonomia e liberdade, maior será a capacidade de viver com satisfação e dignidade.

Com relação ao vínculo com os serviços de saúde, 90 usuários estão recebendo atendimento na rede de saúde, seja na atenção básica, especializada ou em ambas, o que denota que o cuidado em saúde está se ampliando ao longo do processo de desinstitucionalização. O acompanhamento sistemático das demandas em saúde é um fator determinante para que possam se manter estáveis e realizando as atividades na vida cotidiana, referem os usuários. Com a constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com seus diferentes níveis de complexidade que vão desde a atenção primária até a internação em hospitais gerais, os usuários de saúde mental podem ser atendidos em todos os dispositivos dessa rede. Ou seja, podem acessar os serviços de saúde no seu território de moradia, seja para questões clínicas, seja para acolhimento das demandas de saúde mental, desconstruindo a lógica de espaços exclusivos de atendimento para usuários com diagnóstico psiquiátrico. A Portaria Ministerial 3.088 publicada em 2011 reforça a necessidade de articulação entre os diferentes serviços da rede de maneira a ofertar um cuidado integral em saúde e levando em consideração a diversidade que compõe a vida das pessoas.

CONSIDERAÇÕES

Na medida em que postulamos a erradicação das desigualdades sociais, a garantia de direitos e, como decorrência, a efetivação de espaços de cidadania, podemos afirmar que temos avanços e desafios. Os avanços que tivemos no campo da saúde mental com o PVC foram consideráveis. A inclusão social dos usuários institucionalizados nos grandes hospitais psiquiátricos só é possível se contarmos com cuidado em rede, em serviços abertos, articulados e acolhedores, com moradia digna e renda adequada às necessidades humanas. Cuidado que toma como caminho a perspectiva da saúde integral, por meio de linhas de cuidado e que nos direcione ao "sujeito com todos os seus atravessamentos éticos-políticos-estéticos-afetivos e históricos. Singular, porém, contextualizado no tempo histórico e cultural que diz muito do seu modo de ser e estar na vida" (LEITE; SCARPARO; SANTOS, 2013, p. 143).

Esses são fatores determinantes para que tenhamos êxito nesse processo. É evidente que outros fatores compõem esse percurso, como a mudança na cultura sobre a concepção de doença mental. Entretanto, é urgente que coloquemos em prática possibilidades reais e concretas de efetivar políticas públicas que viabilizem o projeto da desinstitucionalização. Nesse sentido, o PVC tem contribuído significativamente.

Nestes últimos anos o Brasil vem construindo uma política de saúde mental que caracterize uma política de Estado e que, enquanto política, possa rearticular nossos laços de coesão social. Nesse viés de colocar em prática possibilidades reais e concretas de efetivar políticas públicas que viabilizem o projeto de desinstitucionalização, o PVC tem contribuído como um fator de fortalecimento e tessitura de vínculos do usuário no meio social. Acreditamos que a maneira como incluímos em nossa sociedade aqueles que estão em sofrimento psíquico crônico e, por vezes agudo, demarca a solidez de nossa cultura e sociedade, em última análise de nossa civilização.

Colocar em prática atitudes mais humanizadas perante as pessoas com doença mental requer o abandono de atitudes simplistas ou generalistas e o aumento de responsabilidade por parte dos profissionais no processo que se dá nesse encontro. Junto a todos esses movimentos, começam a se transformar e a surgir outros sujeitos, outros usuários de saúde mental. Sujeitos agora do fora, que circulam na cidade, que têm a sua vida ou que querem se apropriar desta novamente.

Assim, importante trabalhar no sentido de ressignificar os papéis dos usuários no meio social, após a saída do hospital psiquiátrico, levando em consideração a singularidade de cada pessoa e os espaços para a convivência com as diferenças. Habitar um espaço como uma casa na comunidade requer uma contratualidade diferente da vivida nos anos de institucionalização, demandando muitas vezes, "enfrentar a doença na dimensão da construção da vida e, portanto, da saúde, implica considerar o dia a dia como espaço terapêutico e seus desafios como oportunidade" (LEITE; OLIVEIRA, 2006, p. 55).

RETURNING HOME PROGRAM (RHP) IN PORTO ALEGRE CITY: STRENGTHENING THE LINKS IN THE SOCIAL ENVIRONMENT

Abstract: The Returning Home Program (RHP), established in 2003 by the Ministry of Health, provides a monthly benefit for users who were institutionalized for two years or more in psychiatric hospitals after leaving the institution. Through this program social inclusion is

pursued by reducing inequalities and guaranteeing rights. In order to assess the impact of RHP on the living conditions of people benefiting from the program in the city of Porto Alegre / RS, a survey with 102 users was carried out in 2013. This is a descriptive-analytic research whose data collection was based on a structured questionnaire. As a result, the findings indicated that many users could re-signify their place in the social environment, promoting spaces of citizenship and autonomy. Most of them use the resource to maintain their daily expenses, demonstrating that the program has contributed as a strengthening factor of the users' bonds in the social environment.

Key Words: Returning Home Program. Deinstitutionalization. Mental Health. Social Inclusion.

Referências

BAUER, Martin W. GASKELL, George (orgs.). **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som:** Um manual prático. 10. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Manual do Programa "De Volta para Casa" /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 466/2012**. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 13 jun. 2013.

COLVERO, Luciana de Almeida; IDE, Cilene Ap. Costardi; ROLIM, Marli Alves. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.38 n.2, p.197-205. 2004.

DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, Abílio da. Marcos históricos da reforma psiquiatra brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. In. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.6, n.1. 2007.

FERREIRA, Carmen Vera Passos; ORTIZ, Jussara Nunes; BARFKNECHT, Kátia; SENNA, Leila Botelho. Geração POA Oficina Saúde e Trabalho: Gerando Ação em Porto Alegre. In: **Saúde Mental ConVida:** Registros da Trajetória da Saúde Mental na Cidade de Porto Alegre. LEITE et al. (org.). Porto Alegre: SMS, 2013.

FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.785-795. 2006.

LEITE, Loiva dos Santos. **Viver fora depois de muito tempo dentro:** narrativas de vida de pessoas libertadas. Porto Alegre: Letra&Vida, 2012.

LEITE, Loiva dos Santos; OLIVEIRA, Marco Antonio Pires. O trabalho da Equipe Itinerante nos processos de inclusão social de portadores de sofrimento psíquico. **Divulgação em Saúde para Debate,** Rio de Janeiro, n. 36, p. 53-60. 2006.

LEITE, Loiva dos Santos; SCARPARO, Helena; SANTOS, Sara Jane Escouto dos. Saúde Mental em Porto Alegre: Considerações Sobre os Nossos Caminhos. In: **Saúde Mental ConVida:** Registros da Trajetória da Saúde Mental na Cidade de Porto Alegre. LEITE et al. (org.). Porto Alegre: SMS, 2013.

LIBERATO, Magda Dimenstein Mariana. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cad. Bras. Saúde Mental,** v.1, n.1. 2009.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva,** v.16, n.12, p. 4579-4589. 2011.

PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2011.

SADE, Rossana Maria Seabra. **Portas Abertas:** do manicômio ao território – Entrevistas Triestinas. Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros:** desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2006. 208 f. Tese Doutorado em Ciências da Área da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2006.