



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

FABÍOLA DE ARAÚJO GORGÔNIO

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E EM CAMPINA GRANDE- PB:
Algumas reflexões**

**CAMPINA GRANDE – PB
DEZEMBRO/ 2016**

FABÍOLA DE ARAÚJO GORGÔNIO

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL
E EM CAMPINA GRANDE-PB:
Algumas reflexões**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB em cumprimento às exigências para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Ms. Lúcia Maria Patriota

Campina Grande-PB
Dezembro / 2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

G667r Gorgônio, Fabíola de Araújo
A reforma psiquiátrica no Brasil e em Campina Grande - PB
[manuscrito] : algumas redlexções / Fabíola de Araújo Gorgônio. -
2016.
34 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço
Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Sociais Aplicadas, 2016.
"Orientação: Profa. Ma. Lúcia Maria Patriota, Departamento
de Serviço Social".

1. Reforma psiquiátrica 2. Saúde mental. 3. Portador de
transtorno mental. I. Título.

21. ed. CDD 362.2


FABÍOLA DE ARAUJO GORGÔNIO

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E EM CAMPINA GRANDE-PB:
ALGUMAS REFLEXÕES**


A banca examinadora, instituída de acordo com a Regulamentação do Trabalho de Conclusão de Curso aprovado no Colegiado do Curso de Serviço Social da UEPB, após a defesa, seguida de uma análise do artigo apresentado, resolve considera-lo SATISFATÓRIO, atribuindo ao aluno (a)

Aprovado em 14/12/2016

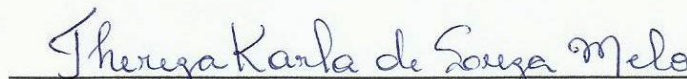
BANCA EXAMINADORA



Profª Ms Lúcia Maria Patriota
Orientadora



Profª Ms Sandra Amélia Sampaio Silveira
Examinadora



Profª Ms Thereza Karla de Melo Souza
Examinadora

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me conduzido a todo instante no decorrer da graduação.

A minha família, em especial a minha mãe Cacilda Araújo (In Memoriam) que me deu força para seguir e frente sempre!

A minha equipe de estágio pelo companheirismo e atenção.

As assistentes sociais Valéria e Hilda Macleide pelos ensinamentos passados e pelo exemplo profissional.

A todos os professores que contribuíram no processo da minha formação no âmbito pessoal e acadêmico.

A minha orientadora Lúcia Maria Patriota, pela paciência, pelo apoio, pela dedicação e sua postura ética na orientação desse trabalho.

Dedico este trabalho a minha mãe que sempre esteve comigo dando força e incentivo para que eu pudesse superar e enfrentar os desafios que a vida nos impõe diariamente com fé e sabedoria.

*“Ainda que eu falasse a língua dos homens, que eu falasse a língua dos anjos,
sem amor eu nada seria”
(Renato Russo)*

A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E EM CAMPINA GRANDE - PB

O presente trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentado na forma de artigo tomou como objeto a reforma psiquiátrica no Brasil e em Campina Grande. O mesmo teve por objetivo refletir sobre o referido processo, além de apresentar como está constituída a rede de atenção a saúde mental no município. Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica, com suporte teórico dos principais autores que têm produzido sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. Consideramos que a reforma psiquiátrica possibilitou importantes avanços, principalmente ao direitos historicamente negados aos portadores de transtorno mental, mas que compreende um processo ainda em curso, permeado de desafios.

PALAVRAS-CHAVE: 1. Reforma Psiquiatrica. 2. Serviços substitutivos 3. Saúde mental.

SUMÁRIO

RESUMO.....	08
1 INTRODUÇÃO.....	10
2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	11
3 A REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL	14
3.1 OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS.....	18
4 A REFORMA PSQUIÁTRICA EM CAMPINA GRANDE- PB.....	23
4.1 A REDE SUBSTITUTIVA EM CAMPINA GRANDE – PB	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	31
ABSTRACT	31

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso (TCC) intitulado: “A Reforma psiquiátrica no Brasil e em Campina Grande-PB: algumas reflexões” têm por objetivo apresentar uma reflexão sobre o processo de reforma psiquiátrica brasileira e em Campina Grande. O interesse pela temática se deu em virtude da preocupação em entender o processo de reforma e a consolidação da mesma constatada pelo fechamento de muitos hospitais psiquiátricos, colônias e manicômios.

Nesse contexto, é possível enfatizar que ao longo dos séculos muitas pessoas com problemas de transtornos mentais foram afastadas do seu convívio familiar e social; e muitas vezes foram encarceradas em condições desumanas desprovidas de direitos, sem poder expressar sua vontade, privada totalmente de liberdade e do direito a cidadania plena. O processo de Reforma Psiquiátrica constituiu-se como um caminho para mudanças nesse complexo campo.

Percebe-se que ainda é preciso continuar investindo nessa luta. Assim, o presente estudo é fundamental para compreensão da Reforma Psiquiátrica no Brasil e em Campina Grande-PB no sentido de que consideramos necessárias e urgentes ações que venham atender de maneira significativa as necessidades específicas para os usuários dos serviços psiquiátricos.

O presente trabalho compreende uma pesquisa bibliográfica de caráter qualitativo tendo como suporte teórico os estudos de Alves (1999); Amarante (1995); Arruda (2007); Sampaio (1996); Tenório (2002); dentre outros que complementam as reflexões sobre o objeto estudado. Subdividiu-se em quatro itens de forma a possibilitar que o leitor obtenha uma visão geral sobre a temática central deste trabalho.

Assim, no primeiro item apresentamos alguns elementos sobre a política de saúde mental no Brasil; no segundo item abordamos elementos que envolvem a reforma psiquiátrica no Brasil e os serviços substitutivos propostos pela reforma psiquiátrica; no terceiro item apresentamos uma síntese da reforma psiquiátrica em Campina Grande e como esta constituída a rede de

atenção a saúde mental no município. Por fim apresentamos nossas considerações finais e referências utilizadas na construção desse artigo.

2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

As políticas públicas de saúde mental no Brasil são marcadas por processos de confinamento das pessoas tidas como doentes mentais. A chegada da família real no Brasil foi responsável pelo início de uma série de transformações no âmbito urbano no que se refere à questão de ordem sanitária. Inicialmente merece destaque o Rio de Janeiro, lugar que será transformado em palco de lutas durante todo o período em virtude das ideias de higienização, por excluir e segregar muitos indivíduos nos porões das cadeias (AMARANTE, 1994).

O Brasil no Período Imperial deu os primeiros passos em direção a um processo de construção de hospícios. Assim, conforme a legislação vigente na época, segundo o Decreto nº 82, de julho de 1841, concedido e assinado por D. Pedro II, oficializa-se o modelo de tratamento das pessoas que apresentavam comportamentos “diferentes” dos padrões exigidos na época e assim surge, em 1852, o Hospício Pedro II, localizado no Rio de Janeiro (AMARANTE, 1995).

Nesse contexto, o tratamento manicomial é considerado normal haja vista que foi inculcada na sociedade a ideia de que lugar de louco é no hospício. A assistência prestada aos pacientes nestes lugares era extremamente desumana. Os atendimentos eram realizados por pessoas sem conhecimentos em medicina. Nesse período não existiam pessoas qualificadas para atender pessoas com problemas voltados à área de psiquiatria. O dilema que a história registra é que o cuidar de doentes significou uma varredura de pessoas da rua, pobres indigentes que não tinham onde morar, ou seja, os desvalidos da sociedade, os rejeitados, em estado de abandono e por isso era melhor em nome da higienização mascarar um tratamento a pessoas com problemas psiquiátricos que não tinham ajuda familiar para o seu tratamento (SÁ JÚNIOR, 2007).

Diante do quadro de privação da vida humana nesses manicômios e hospitais psiquiátricos, inicia-se o desenvolvimento de pequenas mudanças em

relação aos padrões preestabelecidos, talvez em consequência de algumas descobertas científicas que influenciaram o avanço do conhecimento, a exemplo das chamadas colônias de alienados.

Nas últimas décadas do século XIX, no ano de 1890, foram criadas as duas primeiras Colônias de Alienados, conhecidas como Colônia de São Bento e Colônia Conde de Mesquita, no Rio de Janeiro, voltadas ao tratamento de pessoas consideradas alienadas, indivíduos indigentes do sexo masculino. Segundo Amarante (1994), esse modelo de colônia tinha como objetivo construir uma comunidade onde os loucos convivessem socialmente em ambientes de trabalho, por se considerar o trabalho uma atividade com dimensão terapêutica. Nesse contexto, o que se percebe é a exploração da mão de obra de muitos homens indefesos que sem proteção da justiça, nem tão pouco da família sobreviveram algum tempo nesse local, onde muitos foram mortos em virtude das péssimas condições de vida ou pela violência dos eletrochoques utilizados mais tarde.

Em nome da loucura, o Brasil financiou sem controle alguns hospitais e colônias que não passaram de depósitos de pessoas humanas que perderam sua dignidade, consciência de ser humano, o respeito e o valor de si mesmo. Assim, o governo passou a garantir o enriquecimento de muitos médicos em nome de uma saúde mental deficiente e desqualificada (JORGE, 1999).

No início do século XX, no ano de 1903, foi aprovado o Decreto nº 1.132 que reorganiza a assistência aos indivíduos considerados alienados. Esse decreto fez da psiquiatria a maior autoridade sobre a loucura no país, e do hospício, o único lugar para receber aqueles admitidos pela sociedade como loucos, cuja internação estava subordinada ao parecer médico.

Juliano Moreira, médico psiquiatra, se destacou pela sua contribuição e participação efetiva nessas questões entre os anos 1903 e 1930, período no qual esteve a frente do Hospício Nacional de Alienados. Além disso, se destacou pelo enfrentamento das medidas em relação a modernizar as práticas no tratamento da loucura eliminando os coletes e as camisas de força utilizada por muitos anos como instrumento de trabalho para deter todo o esforço de resistência física do paciente, imobilizando-o completamente.

De acordo com Cerqueira (2002), Juliano Moreira foi influenciado pelas ideias e teorias do médico alemão Kraepelin, cuja prática se fundamentava na

investigação da doença mental, considerando as questões referentes aos antecedentes da doença no indivíduo, além do histórico familiar, o que possibilitou compreender as questões psicológicas que podia atingir os indivíduos em relação à loucura.

Sob tal influência, é preciso salientar que o trabalho clínico no Hospício Nacional de Alienados possuía em suas instalações laboratórios de anatomia patológica, de bioquímica e análises clínicas. A partir disso iniciou-se no Brasil uma nova etapa de tratamento em relação à saúde mental. Esse novo modelo de assistência incluía as punções lombares para a construção de um diagnóstico preciso.

Também possibilitou a entrada de novos psiquiatras e neurologistas, dentre outras especialidades na área como: clínica médica, pediatria, oftalmologia, ginecologia e odontologia. Conforme as ideias de Juliano Moreira ocorreram algumas mudanças na estrutura física desse ambiente. O avanço se refere à retirada das grades de ferro das janelas, o cuidado com os registros administrativos, estatísticos e clínicos, dentre outros.

As mudanças que ocorreram se deram em virtude das críticas contra o governo através das ordens religiosas da época a respeito do atendimento as pessoas ali internadas. Apesar dos investimentos em prol de um ambiente adequado para a reabilitação dos enfermos, as colônias e hospícios se deterioravam pelo número excessivo de pacientes, consequências do modelo precário marcado por longas datas pela falta de recursos necessários para o atendimento às questões referentes à saúde mental (JORGE, 1999).

A partir dos anos vinte, aproximadamente em 1923, foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental pelo médico higienista Gustavo Riedel em nome da proteção das pessoas sadias e da prevenção das doenças mentais. O doente e usuários de álcool, ou de outras drogas, os descendentes de africanos ou orientais e os diversos tipos de imigrantes estrangeiros que aqui se encontravam não poderiam casar-se. A lei exigia à esterilização tanto do homem como da mulher para evitar a procriação, dentre outras medidas restritivas da liberdade e da cidadania no país (AMARANTE, 2003).

Assim, ao longo desse século os Hospitais para Alienados e as Colônias foram às únicas formas de assistência à saúde mental pelo serviço público aos

tidos como “loucos” no país. Juliano Moreira permanece na direção da assistência aos doentes com transtornos mentais até 1930, período Vargasista.

Ainda no governo republicano de Vargas, em meados dos anos de 1938, Aduino Botelho assumiu a direção da Assistência aos Alienados, estabelecendo algumas mudanças na Colônia de Alienados no Centro Psiquiátrico do Engenho Novo, espaço que recebia os doentes do Hospício Nacional de Alienados (JORGE, 1999).

Cabe destacar dentre as técnicas utilizadas no tratamento das doenças mentais a Eletroconvulsoterapia ou o eletrochoque (ECT), um método que utiliza o estímulo elétrico para gerar uma convulsão que constitui o elemento terapêutico. A evidência da ECT no tratamento da depressão e de outras doenças psiquiátricas, bem como a determinação do seu uso combinado à farmacoterapia estabeleceu-se por muitos anos como uma prática de cura. A expansão dessas intervenções dramáticas na psiquiatria foi utilizada como uma modalidade terapêutica, justificada como tão segura quanto a medicação farmacológica. Entretanto, essa prática no Brasil ficou conhecida como o holocausto brasileiro pela crueldade, pela hostilidade pela barbárie.

Faz-se necessário o registro sobre a importância da doutora psiquiátrica Nise da Silveira que na década de 1940, se opôs frontalmente a tais procedimentos e em defesa da pessoa humana, contra a psiquiatria desenvolvida dessa forma brutal e violenta. Para ela, a vida psíquica deveria ser pensada como processo constante de interação com aquilo que cerca cada ser humano. A psicopatologia, numa dimensão fenomenológica, consistiria em planos de experiência, em modos de existência e de estar no mundo. Seu interesse era penetrar no mundo interno dos esquizofrênicos, aproximar-se deles, conhecer-lhes a dor e, ao mesmo tempo, melhorar suas condições de vida. Ela passou a gerenciar um setor sem recursos, o Setor de Terapêutica Ocupacional, no Hospício Pedro II, considerado, na época, um método destinado a apenas ‘distrair’ ou contribuir com a economia hospitalar (SILVEIRA, 1981).

O caminho da terapia ocupacional era um argumento sustentado pela doutora Nise da Silveira que se propôs a fortalecer esse método e lhe dar fundamentação científica, transformando-o em um campo de pesquisa. Ainda é possível dizer que Nise Silveira buscou construir uma terapêutica ocupacional

com características científicas, imprimindo ao trabalho uma orientação própria tendo como preocupação principal enfatizar a técnica sob a natureza teórica e clínica. Durante os 28 anos em que dirigiu o Setor de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação (STOR) no Centro Psiquiátrico Pedro II (1946-1974), diversos estudos e pesquisas foram desenvolvidos com o intuito de registrar os resultados obtidos com a utilização de atividades e comprovar a eficácia dessa forma de tratamento, investigando ainda os efeitos nocivos desses tratamentos psiquiátricos tradicionais, comprovando assim, a capacidade criativa e de aprendizagem dos esquizofrênicos (SILVEIRA, 1981).

Nesse contexto, foram desenvolvidos dezessete núcleos de atividades tais como: encadernação, marcenaria, trabalhos manuais, costura, música, dança, teatro, dentre outros, tendo como objetivo oferecer atividades que estimulassem o fortalecimento do ego dos pacientes, favorecendo a ampliação do relacionamento com o meio social de forma expressiva. A propósito, Nise Silveira acreditava na ideia de que, “se houver um alto grau de crispação da consciência, muitas vezes, só as mãos são capazes de fantasia” (SILVEIRA, 1981, p.102).

No tocante aos atendimentos que realizava, Nise Silveira procurou contribuir para a criação de um clima de liberdade, sem coação, no qual, por meio das diversas atividades, os sintomas pudessem encontrar oportunidade para sua expressão por considerar que, a maioria dos esses indivíduos eram despotencializados.

Nise Silveira afirmava que o hospital deveria colaborar para por fim as doenças e acreditava que caberia à terapia ocupacional parte principal no sentido do desenvolvimento de mudança nesse ambiente. O número de pacientes que frequentavam o setor era reduzido, devido talvez a falta de aceitação dos psiquiatras em concordar com essas atividades ocupacionais como agentes terapêuticos (SILVEIRA, 1981).

Os anos de 1950 construiu outro modelo de tratamento pior ou igual ao ECT foi um período marcado pelas “psicocirurgias” no Brasil. A Leucotomia que no grego significa leuco = branco e tomos = "corte", "separação", "cisão", ou seja, "corte da substância branca". De maneira geral, esse termo lobotomia vem do grego, lobos = "porção", "parte" e do mesmo tomo.

A lobotomia e a leucotomia como técnicas neurocirúrgicas tinham a finalidade de conseguir uma modificação de comportamento ou eliminação de sintomas psicopatológicos. Porém, os danos eram irreversíveis. As psicocirurgias eram indicadas para pacientes que apresentassem uma sintomatologia psiquiátrica não influenciada por outros tratamentos, como a eletroconvulsoterapia, o coma insulínico, o coma cardiazolítico e uma infinidade de outras terapêuticas. Embora sabendo que os acidentes cerebrais causavam: tumor, derrame, isquemia, infecções etc, e poderiam desencadear sintomas psicopatológicos, o objetivo das cirurgias era intervir numa região cerebral, dos lobos pré-frontais, não especificamente por aqueles atacados por algum tipo de desordem neurológica já reconhecida.

Na década de 1960, instaura-se no país a Ditadura Militar e com esta a indústria da loucura, dos loucos e dos hospícios no Brasil.

Esse período merece atenção por ter sido um período marcado pela repressão e expansão dos hospitais psiquiátricos. Uma época que ficou conhecida pelo avanço da indústria da loucura, dos loucos e dos hospícios no Brasil. Os manicômios eram instituições de violência e opressão aliado as arbitrariedades. No manicômio se destrói o doente mental (BASAGLIA, 2005). Para o citado autor a realidade dos menos favorecidos era a violência do sistema social que os empurrava para fora da produção à margem da sociedade e de uma vida social confinada aos muros do hospital.

Esse período, marcado pela mercantilização da saúde mental que institucionalizou a indústria da loucura com a terceirização da assistência psiquiátrica no país colocou a frente das instituições psiquiátricas muitas pessoas ligadas ao próprio poder instituído no país. Data dessa conjuntura a expansão dos hospícios no Brasil.

Cabe destacar que em finais dos anos 1960 toma destaque no país a discussão acerca da necessidade de humanização do tratamento do doente mental. Inicia-se o chamado Movimento de Reforma Psiquiátrica, conforme veremos no ítem a seguir.

3. A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

No Brasil, a década de 1970 marca o início de um período de significativas transformações. A ruptura com o regime militar e a instauração da redemocratização favorece uma onda de questionamentos em diversas áreas. Na saúde mental temos o chamando Movimento de Reforma Psiquiátrica (MRP).

A reforma psiquiátrica compreende um movimento iniciado na segunda metade da década de 1970 e que se destaca por uma característica essencial no Brasil da restauração democrática, mediante a dominação e a negação da cidadania de sujeitos obrigatoriamente tutelados, ou seja, uma forma de cidadania interdita.

O processo de reforma psiquiátrica brasileira tem como marca fundamental a crítica ao direito à cidadania. Apesar das exigências políticas, administrativas, técnicas e teóricas, a reforma persiste em argumentar sobre os direitos do doente mental, principalmente os de cidadania.

De acordo com Amarante (1995, p. 91)

Foi considerado como reforma psiquiátrica todo processo histórico de reformulação da prática em saúde mental tendo por base as mudanças nos objetivos e estratégias através do questionamento e da elaboração das propostas cabíveis em prol da transformação do modelo de psiquiatria adotado no país. Todavia, no Brasil, a reforma psiquiátrica foi um processo voltado principalmente a conjuntura da redemocratização, já nos fins dos anos 1970, fundamentado não somente na crítica pela crítica mas sobretudo ao aspecto conjuntural do subsistema nacional de saúde mental além da crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas que caracterizou essa conjuntura de redemocratização.

Cabe lembrar que o questionamento ao modelo psiquiátrico instituído não pôde deixar de enfrentar o problema em relação às práticas de cuidado dispensadas aos loucos. Por isso, segundo Leal, (1994); Bezerra Jr., (1996), a reforma psiquiátrica não podia negar o problema da clínica e de operar em seu interior, por ser considerado como o aspecto principal e historicamente construído pela sociedade para se relacionar com o fenômeno da loucura.

Em outras palavras, a Reforma foi considerada como uma prática transformadora frente à luta em defesa dos loucos para superação do paradigma da clínica, cuja estratégia visava operar com a ideia de doença mental como algo pejorativo (negativo) e ao mesmo tempo um desvio em relação aos padrões normais de subjetividade.

Assim, a segunda metade da década de 1970 é marcada pelas críticas a ineficiência da assistência pública e ao caráter privatista da política de saúde mental, pelas denúncias de fraude e o abandono das pessoas, a violência e os maus-tratos a que eram submetidos os internados nos hospícios do país. Criticavam-se os pressupostos do asilo e da psiquiatria, os excessos cometidos e os desvios das verbas.

Ainda nessa conjuntura merece destaque a realização do I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. O ano de 1978 é o início do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano.

O III Congresso Mineiro de Psiquiatria em Belo Horizonte, Minas Gerais em 1979, contou com a participação de Robert Castel, Michel Foucault e do psiquiatra Franco Basaglia, representante do Movimento de Psiquiatria Democrática e autor da Lei nº 180 (italiana) que adotou formas substitutivas de atenção aos portadores de transtornos mentais. Basaglia promoveu a substituição do tratamento hospitalar/manicomial por uma rede territorial de atendimento composta por serviços de atenção comunitárias, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho, centros de convivência, entre outros.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica denunciava à violência dos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede privada de assistência, fazia uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

Nessa perspectiva de ampliação do movimento é instituído o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial, no sentido de potencializar essa luta em torno dessa causa. Assim, a questão sobre as estruturas de cuidado não se refere ao aperfeiçoamento das estruturas tradicionais isto é, aos ambulatórios e hospitais para internação, mas inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, que exige a rediscussão em relação ao papel da clínica psiquiátrica em suas bases. Por isso, era fundamental substituir essa psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos

diversificados, abertos e na perspectiva de comunidade ou território, esta foi à tarefa da reforma psiquiátrica.

As críticas referentes ao modelo privatista/asilar segregador nos anos de 1980 envolveu um processo de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas para construção de um novo tipo de cuidado em saúde mental.

A doença mental não é uma questão de sintomas, mas uma questão de existência, levando em conta tudo o que diz respeito à existência da pessoa doente, uma vez que a condição psicótica envolve na sua totalidade as experiências dos sujeitos desde as questões básicas e objetivas como: trabalhar. A dimensão subjetiva refere-se às relações interpessoais e as vivências subjetivas. Dessa forma, a abordagem sintomatológica da doença mental desloca o processo do tratamento da figura da doença para a pessoa doente. Sem dispensar o saber da clínica, a psiquiatria renovada incorpora outros saberes constituindo de campo terapêutico em expansão. Para a reforma psiquiátrica a expressão clínica ampliada denota um novo paradigma (LEAL, 1994; TENÓRIO, 1995).

O II Congresso Nacional do MTSM realizado em Bauru - SP, em 1987, se destacou pelo lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Além disso, realizou-se também neste mesmo ano a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro).

Na década de 1990 os movimentos sociais se destacaram na luta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, denunciando a situação de confinamento e violência estabelecida nos manicômios comparados a um campo de concentração. Essas ações permitiram que as políticas fossem modificadas para tornar o tratamento mais humanizado no Brasil. É na década de 1990 que foi firmado o compromisso do Brasil com a Declaração de Caracas e que foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental. A partir de então passaram a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros hospitais-dia e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Nesse contexto, os movimentos sociais inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguiram aprovar em vários estados brasileiros as

primeiras leis que determinava a substituição dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

Nesse sentido estabelece-se a ideia de um novo tipo de serviço de saúde mental no país.

A Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde desde 1991 e o financiamento público das ações em saúde mental foi redirecionada para a criação de uma rede extra-hospitalar, priorizando a remuneração do atendimento alternativo à internação e apoiando a substituição da internação em hospital psiquiátrico pela internação em hospital geral. Paralelamente, foram instituídas e efetivamente observadas regras mais rígidas para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos públicos e contratados (TENÓRIO, 2002, p.41).

Em 1991 foi assinada a Portaria 189 do Ministério da Saúde que instituiu no plano nacional de procedimentos e dispositivos de atenção em saúde mental custeado por verbas públicas os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial, bem como, a possibilidade de remuneração e incentivo público a outras modalidades de assistência que não as tradicionais (internação e ambulatório de consultas).

Nesta breve contextualização registra-se em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a aprovação da Lei Paulo Delgado. Trata-se de um substitutivo do Projeto de Lei original. A Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

A promulgação da Lei 10.216 impõe um novo impulso para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da mesma e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade.

O novo modelo prevê uma rede de serviços e equipamentos entre os quais destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), os Centros de Convivência e Cultura, o Programa de Volta para Casa, conforme veremos no item a seguir:

3.1 – OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS

De acordo com documentos oficiais (Brasil, 2004) os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares.

O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários através de oficinas terapêuticas. (Brasil, 2004)

Visa prestar atendimento em regime de atenção diária, gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico, promover a inserção social através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas, dar suporte e supervisionar a atenção a saúde mental na rede básica, regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área, coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território, manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana.

As pessoas atendidas no CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou

persistentes, ou seja, pessoas com grave comportamento psíquico, incluindo os transtornos relacionados as substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais. Os usuários podem ter tido uma longa história de internações psiquiátricas, podem nunca ter sido internados ou podem já ter sido atendidos em outros serviços de saúde (ambulatório, hospital-dia, consultórios, etc.). O importante é que essas pessoas saibam que podem ser atendidas, acompanhadas e o que fazem os CAPS. (Brasil, 2004)

Para ser atendido em um CAPS a pessoa pode ir sozinha ou acompanhada, devendo procurar preferencialmente, o CAPS que atende a região onde mora. O usuário também pode ser encaminhado pelas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) ou por qualquer serviço de saúde.

O usuário do serviço do CAPS terá conforme as determinações da portaria GM 336/02 (Brasil, 2004), os seguintes serviços: atendimento intensivo, que visa o atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades no convívio social ou familiar. Já o atendimento semi-intensivo é a modalidade que o usuário pode ser atendido até doze dias do mês quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram mas ainda necessita de atenção direta da equipe para recuperar sua autonomia. Enquanto que atendimento não-intensivo é oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para realizar suas atividades na família e/ou trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês.

Os CAPS podem oferecer diferentes tipos de atividades terapêuticas. Esses recursos vão além da consulta e de medicamentos, e caracterizam o que vem sendo denominado clínica ampliada provocando mudanças nas formas tradicionais de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais. É preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno.

Os CAPS funcionam, pelo menos, durante os cinco dias úteis da semana, seu horário e funcionamento nos fins de semana dependem do tipo de CAPS: O CAPS I funciona das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; O

CAPS II funciona das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira mas poderá ter um terceiro período de funcionamento até 21 horas; O CAPS III funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana, O CAPSi funciona das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira e poderá ter um terceiro período de funcionamento até 21 horas; O CAPSad funciona das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira e poderá também ter um terceiro período, funcionando até 21 horas. (Brasil, 2004)

Os diferentes tipos de CAPS são: CAPS I e CAPS II(Para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes) ;CAPS III(Para atendimento diário e noturno de adultos , durante sete dias na semana ,atendendo a população de referência com transtornos severos e persistentes); CAPS i(para a infância e adolescente com atendimento diário a crianças e adolescentes com transtorno mentais) ;CAPSad(para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário a pessoas do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas). Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

As oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecido no CAPS. Essas oficinas são realizadas com a presença de profissionais, monitores e/ou estagiários. As oficinas terapêuticas podem ser:

Oficinas expressivas: Expressão plástica (como pintura, desenho)
Expressão corporal (dança, teatro) Expressão verbal (poesia, contos, leitura)
Expressão musical (atividades musicais)

Oficinas geradoras de renda: Essas oficinas geradoras de renda servem de aprendizado em uma atividade específica que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário.

Também compreendem ações dos CAPS: O tratamento medicamentoso, Atendimento a grupo de familiares, Atendimento individualizado as famílias, Orientação, Atendimento psicoterápico e Atividades comunitárias, Atividades de suporte social, Oficinas culturais, Visitas domiciliares e Desintoxicação ambulatorial.

Os serviços residenciais terapêuticos também conhecidos como residências terapêuticas são casas destinadas a pessoas com transtornos mentais graves que permanecem em longas internações psiquiátricas impossibilitadas de retornar a sua família de origem.

As residências terapêuticas foram instituídas pela portaria/EM nº 106 de fevereiro de 2000 e é parte integrante da política de saúde mental do Ministério da Saúde. Esses dispositivos, inseridos no âmbito do Sistema Único de SAÚDE / SUS, são centrais no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos.

Tais casas são mantidas com recursos financeiros anteriormente destinados aos leitos psiquiátricos.

Assim para cada morador do hospital psiquiátrico transferido para a residência terapêutica, um igual número de leitos psiquiátricos deve ser descredenciado do SUS e os recursos financeiros que os mantinham devem ser relocados para os fundos financeiros do Estado ou do município para manutenção dos serviços residenciais terapêuticos.

Em todo território nacional existem mais de 470 residências terapêuticas.

Os centros de convivência são componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental. Nesses espaços são as pessoas se socializam e produzem. É uma alternativa de socialização para as pessoas com transtornos mentais. É um espaço que pode mudar a vida de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares.

Os centros de convivência propiciam aos seus usuários a inclusão e a participação dos usuários portadores de transtorno ou sofrimento mental.

Sendo assim, os centros de convivências possuem grande importância no tratamento psicossocial e terapêutico e é uma possibilidade ou recurso para lidar com a situação atual da atenção aos seus portadores.

Os centros de Convivência têm a finalidade de proporcionar atividades artísticas e culturais aos usuários de saúde mental e a seus familiares além de promover parcerias com as demais unidades de saúde mental. Os serviços

residenciais terapêuticos também conhecidas como residências terapêuticas são casas destinadas a pessoas com transtornos mentais graves que permanecem em longas internações psiquiátricas impossibilitadas de retornar a sua família de origem.

As residências terapêuticas foram instituídas pela portaria/ EM nº 106 de fevereiro de 2000 e é parte integrante da política de saúde mental do Ministério da Saúde. Esses dispositivos, inseridos no âmbito do Sistema Único de Saúde / SUS, são centrais no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos.

Tais casas são mantidas com recursos financeiros anteriormente destinados aos leitos psiquiátricos.

Assim para cada morador do hospital psiquiátrico transferido para a residência terapêutica, um igual número de leitos psiquiátricos deve ser descredenciado do SUS e os recursos financeiros que os mantinham devem ser relocados para os fundos financeiros do Estado ou do município para manutenção dos serviços residenciais terapêuticos.

Em todo território nacional existem mais de 470 residências terapêuticas.

Os centros de convivência são componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental. Nesses espaços são as pessoas se socializam e produzem. É uma alternativa de socialização para as pessoas com transtornos mentais. É um espaço que pode mudar a vida de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares.

Os centros de convivência propicia aos seus usuários a inclusão e a participação dos usuários portadores de transtorno ou sofrimento mental.

Sendo assim, os centros de convivências possuem grande importância no tratamento psicossocial e terapêutico e é uma possibilidade ou recurso para lidar com a situação atual da atenção aos seus portadores.

O Programa de Volta Para Casa defende e estimula o convívio familiar, concebendo como um dos principais aspectos responsáveis pela recuperação dos portadores de transtornos mentais, auxiliando-os no processo de

ressocialização e reconduzindo-os a conquista dos seus direitos e ao resgate da cidadania.

O programa de volta para casa foi instituído pelo presidente Lula, por meio da assinatura da Lei Federal 10.708 de 31 de julho de 2003. O movimento de voltar para casa tem o sentido de acolhida e cuidado. Imagem – afeto que nos toca como as fotografias que registram o programa de volta para casa que, desde julho de 2003, dá força para esse passo importante no modelo da reforma psiquiátrica no brasileiro. Imagem –afeto, imagem-movimento. O tema de saúde mental ganha assim toda a sua consistência entre a clínica, a política e a estética.

O objetivo é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

Em conjunto com o Programa de redução de leitos hospitalares e longa permanência e os serviços residenciais terapêuticos, o Programa de Volta para Casa forma o tripé essencial para o efetivo processo de desinstitucionalização e resgate da cidadania das pessoas acometidas por transtornos mentais submetidas à privação da liberdade nos hospitais psiquiátricos brasileiros. O auxílio reabilitação psicossocial, instituído pelo programa de volta para casa, também tem um caráter indenizatório para aqueles que, por falta de alternativas foram submetidos à tratamentos aviltantes e privados de seus direitos básicos de cidadania.

4. A REFORMA PSIQUIATRICA EM CAMPINA GRANDE

A história da saúde mental em Campina Grande-PB está entrelaçada com as práticas psiquiátricas presente em todo país. Os doentes acometidos pelos transtornos mentais têm sido um grupo socialmente marcado pela exclusão social e destituídos de seus direitos como cidadão. A prática de segregação e asilamento empregada por longos anos determinaram a

construção do preconceito e da discriminação causando prejuízos à recuperação dessas pessoas. (Cirilo, 2010)

No contexto de Campina Grande-PB, as mudanças que ocorreram na assistência psiquiátrica foram iniciadas mediante o processo de intervenção no Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação (ICANERF).

A intervenção no ICANERF representou um avanço considerável para consolidação dos ideais de ruptura da política dos cárceres hospitalares. Nesse sentido, não estava em questão apenas o modelo hospitalar, que excluía e segregava, mas o objetivo era humanizar o tratamento dispensado aos internos.

As ações desencadeadas pela Coordenação Nacional de Saúde Mental como a visita às unidades de tratamento psiquiátrico do ICANERF marcaram a história da Intervenção no Hospital, haja vista que, se constituía em uma visita destinada a descredenciar tal instituição do SUS e, por conseguinte seu fechamento. A ideia que se formava no meio da população seria a falta de assistência aos pacientes com transtornos mentais. Por isso, os familiares recorreram à mídia para evitar que o hospital fosse fechado.

Esse processo de intervenção no hospital foi iniciado de forma extraoficial em novembro de 2004, diante da visita dos representantes da área técnica em saúde mental, responsáveis pelo Ministério da Saúde. Constata-se que, a Comissão Técnica de Avaliação e Acompanhamento do processo de reestruturação do INACERF segundo Ofício nº 145/2004 do Ministério da Saúde viabilizou o processo de intervenção do hospital e reorientou a assistência em saúde mental em Campina Grande-PB (CIRILO, 2010).

Ressaltar-se ainda que, a Secretaria Municipal de Saúde realizou um censo em relação aos pacientes internados nesse hospital e constataram que dos 151 internos, metade eram moradores de Campina Grande-PB, os demais pertenciam a outros municípios do Estado da Paraíba e um número de pacientes com tempo de permanência entre 10 a 20 anos, um quantitativo de 78 pessoas, sendo que 47 não mantinham contato com seus familiares; 11 pacientes apresentavam um período curto de internação em torno de 6 a 11 meses, em relação aos demais.

Assim, dando prosseguimento às mudanças a Comissão Técnica de Avaliação e Acompanhamento da intervenção criaram medidas voltadas para o

fortalecimento dos serviços já existentes como o CAPS II e CAPS Ad, transformando o CAPS II em CAPS III, além da implantação das Residências Terapêuticas em parceria com a estrutura Saúde da Família e manutenção de visitas periódicas pelos membros dessa comissão e outros órgãos (CIRILO, 2010).

Por conseguinte, por volta de abril de 2005, o Ministério da Saúde e a Gestão Municipal assumem a administração e o gerenciamento do hospital, intervindo diretamente para construção de um novo modelo de caráter substitutivo a intervenção psiquiátrica (KINKER, 2010).

Pode-se afirmar que, o ICANERF não apresentava padrões humanitários de atendimento para os seus pacientes. Portanto, era de suma importância desmontar a ordem preestabelecida, fazia-se necessário romper com os mecanismos de opressão e estabelecer um plano de ação a fim de promover a qualidade dos pacientes no sentido de melhorar o tratamento fora do hospital inserindo-o na comunidade.

Segundo relatos de pacientes registrados pela mídia local os maus tratos partiam desde a alimentação até a falta de higiene pessoal. A falta de cuidado com as pessoas era dramática. Por isso, foi necessária a contratação de cuidadores, auxiliares de enfermagem e enfermeiros. Sendo assim, o ICANERF passou por uma organização interna separando inicialmente paciente de Campina Grande- PB numa única ala e outra, para os de outras cidades e aqueles referentes a casos crônicos, atendimentos mais específicos com cuidados diferenciados segundo a necessidade de cada um.

Nesse contexto, as críticas foram severas. Defendia-se o modelo antigo em nome de uma falácia de que havia pacientes de alta periculosidade. Nessa perspectiva, a concepção de “louco” fora do hospital representava um perigo para a população. Essas questões permaneciam diante de um processo de mudanças.

Destaca-se a realização do evento: Fechem as Portas do Hospício: abram as do coração, ocorrido em 2005. Destaca-se ainda, a defesa da Câmara dos Vereadores que considerou um “mal” muito grande para o município o fechamento desse Hospital que anunciava a intervenção e o descredenciamento do mesmo pelo SUS e a implantação da Unidade de Referência realizada com a parceria de uma cooperativa de artistas. Assim, a

efetivação da reforma psiquiátrica em Campina Grande exigiu a agilidade e a implantação da rede substitutiva de serviços para os pacientes com transtornos mentais. (CIRILO, 2010)

Para tanto, o município viabilizou novas formas de acolher e cuidar os transtornos mentais na comunidade, na família, nas residências terapêuticas, contrapondo-se as imposições deterministas pelas práticas de segregação e hospitalização psiquiátrica, disseminando ações de valorização e reinserção social desses indivíduos.

4.1 A REDE SUBSTITUTIVA EM CAMPINA GRANDE – PB

Conforme visto nos itens anteriores Campina Grande/PB tem o processo de Reforma Psiquiátrica iniciado mais nitidamente em 2005, tendo como marco a visita da Coordenação Nacional de Saúde Mental que resultou no descredenciamento do Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF), mais conhecido como Hospital João Ribeiro.

Hoje o município oferece os seguintes serviços: OCAPS I – intervenção precoce que funciona como centro de referência para atendimento em intervenção precoce. Atende crianças em sofrimento psíquico e com transtornos de desenvolvimento, desde o nascimento até 15 anos de idade; O CAPS I – VIVA GENTE que atende crianças a partir dos seis anos de idade e adolescentes em sofrimento psíquico severo e persistente que estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais; O CAPS I – BEM VIVER – Galante formado por uma equipe interdisciplinar que atende crianças, adolescentes e adultos com sofrimento psíquico severo, assim como usuários de álcool e outras drogas; O CAPS I – CUIDAR E VIVER – no Distrito de São José da Mata que possui uma equipe interdisciplinar que oferece atendimento diário às pessoas com transtorno mental, usuários de álcool e outras drogas, bem como crianças com transtornos psíquicos; O CAPS II – NOVOS TEMPOS que atende usuários adultos com transtornos mentais severos, das áreas de abrangências I, II e IV. Tem o objetivo de promover reabilitação psicossocial e inclusão sócio familiar; O CAPS III – REVIVER funciona 24 horas da semana,

sete dias da semana, incluindo feriados. Atende usuários com transtorno mental grave e com crise. Das áreas de abrangências II, V e VI; O CAPS AD – ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS que atende usuários de ambos os sexos, com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas como o crack, álcool, e outras drogas. Desenvolvendo projetos terapêuticos com o objetivo de reintegrá-los ao convívio social e familiar; O CAPS AD III – INFANTO JUVENIL atende menores usuários de álcool e outras drogas, na faixa etária de 10 anos e 18 anos, incompletos. Funciona 24 horas, sete dias da semana, incluindo feriados. Temos como objetivo reintegrar o usuário ao convívio social e familiar. O CENTRO DE CONVIVÊNCIA CULTURAL “Artes e Ofícios” que tem a finalidade de proporcionar atividades artísticas e culturais aos usuários de Saúde Mental e seus familiares, além de promover a interlocução com setores parceiros e demais Unidades de Saúde Mental; O CASM – CHALÉ DE ARTESANATOS DE SAÚDE MENTAL que funciona na vila do artesão, de terça-feira ao domingo, com exposição de produtos confeccionados nos serviços de Saúde Mental de Campina Grande. Equipe de referência em Saúde Mental.

O município também dispõe do LESM – Leitos em Saúde Mental que presta assistência aos usuários em crise ou surto psiquiátrico, dando suporte psicossocial. Funciona no Hospital Municipal Dr. Edigley Maciel, 24 horas, os sete dias da semana, com 20 leitos especializados para atender crianças, adolescentes e adultos. Esse serviço era conhecido como Emergência Psiquiátrica.

A LESM tem como objetivos: regular os atendimentos emergenciais, a fim de evitar internações prolongadas, funcionando diariamente durante 24 horas e contando com 20 leitos para internação com proposta de 72 horas de permanência; viabilizar o acesso aos serviços substitutivos; prestar suporte aos CAPS e às Residências Terapêuticas durante crises ou surto psiquiátrico; prestar atendimento emergencial aos 70 municípios, que compõem a Macro Regional dividida nos 3º, 4º e 5º Núcleos Regionais de Saúde; firmar parceria com os demais segmentos institucionais no sentido de garantir a regulação ente os setores.

Em maio de 2011 o prédio da Emergência Psiquiátrica (Atual LESM) de Campina Grande, passou por uma reforma em sua estrutura, com o objetivo de

iniciar um novo projeto: o Pronto Atendimento a Crianças e Adolescentes em uso de substâncias psicoativas. Ainda em fase de implantação o Pronto Atendimento traz como proposta a admissão de crianças e adolescentes em uso de substâncias psicoativas através de um trabalho conjunto com o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS ad), Conselhos Tutelares Municipais e Ministério Público.

A LESM presta assistência aos usuários em crise e/ou surto psiquiátrico, conforme as diretrizes preconizadas pelo processo da Reforma Psiquiátrica, com vista a evitar internação prolongada e promover a inserção ou reintegração destes usuários nos serviços correspondentes. O Pronto atendimento, por sua vez, atende crianças e adolescentes na faixa etária até 18 anos de idade, residentes no município de Campina Grande (PB), em uso de substâncias psicoativas, com a finalidade de estabilizar o quadro de abstinência e o tratamento de surto/crise em decorrência desta.

A LESM conta com uma Coordenação que é responsável por um conjunto de atividades, tais como: supervisão das atividades de todos os profissionais, solicitação de materiais, interlocução com demais coordenações e secretarias, responsável juridicamente pelo serviço, realização de reuniões de equipe e pela gestão dos recursos físicos e humanos, sendo a função de coordenadora exercida por uma profissional de Serviço Social.

A Instituição tem o seu funcionamento pautado em normas e rotinas, que orientam acerca de questões gerais, relativas à: admissão dos usuários, internação do mesmo para observação do quadro psiquiátrico, sua remoção da Unidade, e ainda sobre a Administração da Instituição.

O Serviço Social iniciou suas atividades na Emergência Psiquiátrica, hoje LESM, de Campina Grande no ano de 2005, após o processo de intervenção federal ocorrido no Instituto de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (Hospital João Ribeiro). Prestando assistência a usuários em crise e/ou surto psiquiátrico que normalmente são adultos e adolescentes de ambos os sexos.

O Serviço Social na instituição visa atender aos portadores de sofrimento psíquico, orientando seus familiares quanto ao acompanhamento e continuidade do tratamento após a alta. Especificamente, objetiva-se: fazer o encaminhamento dos usuários à rede (CAPS) e/ou serviços correspondentes;

prestar informações à família e ao usuário quanto ao funcionamento da Rede de Assistência em Saúde Mental; desenvolver ações de forma a contribuir com a organização do serviço; articular com os demais segmentos, relacionados à assistência, propiciando o acolhimento aos usuários.

As demandas são usuários em surto e/ou crise psiquiátrica; dependentes químicos, usuários de drogas com alucinações em busca de tratamento, na maioria das vezes são trazidos por familiares.

No cotidiano os profissionais de Serviço Social realizam atendimento individual, atendimento a família, fazendo encaminhamentos para tratamento continuado após alta no serviço e acesso a outros serviços visando. À viabilização de direitos dos usuários, como também o acompanhamento do tratamento realizado com os usuários, e orientação aos usuários e as famílias, etc.

Os assistentes sociais utilizam instrumentos e técnicas tais como: visitas domiciliares; encaminhamentos à serviços especializados, acompanhamento individual para melhoria no tratamento (relação usuários x familiares), reunião, dinâmicas de grupo, palestras, etc.

É feito um trabalho integrado com a equipe interdisciplinar; de maneira a atender as necessidades dos usuários bem como anseios das famílias em relação ao tratamento dos seus entes. Também são realizados atendimentos e orientações aos acompanhantes na formação dos grupos; articulação com o NASF e o ESF viabilizando o atendimento na rede de saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática abordada neste trabalho constitui-se em um tema amplo e inesgotável de discussões que nesse trabalho por si mesmo não foi possível contemplar em sua totalidade. A título de conclusão ressalta-se que, uma das grandes contribuições da Reforma Psiquiátrica foi o trabalho articulado entre médico – família possibilitando o desenvolvimento das habilidades dos cidadãos de modo a promover a liberdade e a ampliação das condições de autonomia das pessoas portadoras de transtorno mental.

Podemos acrescentar que, as mudanças em relação ao tratamento dado ao doente mental consistem em duas grandes ações: oferecer uma rede de cuidados que ajude o paciente a viver na comunidade e construir uma atitude nova da sociedade em relação ao doente mental.

A rede que envolvia as práticas médica em saúde mental consistia no agenciamento social da loucura. No âmbito da reforma esse trabalho assume uma dimensão que extrai sua legitimidade e nela encontra o sentido.

Pensar a reforma significa rever as práticas de cuidado destinado às pessoas com transtornos mentais, a fim de manter esse indivíduo na vida social e não excluí-lo da sociedade em virtude de sua condição psíquica.

Concluo afirmando que, a reforma defendia a substituição asilar, o fim das grades e dos tratamentos que promoviam a morte de milhares de pessoas também causada pelas práticas desumanas. Posto isso, a reforma psiquiátrica teve seus efeitos positivos também do ponto de vista da cidadania brasileira. Além de promover um aperfeiçoamento técnico e institucional do tratamento em saúde mental, o movimento foi contrário à redução das políticas sociais do Estado, aponta para a necessidade de uma sociedade menos excludente e para a recuperação do sentido público de nossas ações. Trata-se de uma transformação radical de algumas das mais importantes instituições sociais de nosso tempo.

Enfim, a reforma psiquiátrica se sustenta na percepção da construção de um amplo arcabouço de cuidados voltados para pacientes que, sem isso, estavam condenados à errância ou à hospitalização permanente.

Sendo assim, os serviços capazes de ser uma referência institucional integral podem ser incorporados ao trabalho protegido nas residências terapêuticas, lazer assistido e outras formas de intervenção ampliada. A constituição de uma rede de atenção psicossocial e a ideia de atenção psicossocial, que passa a designar um novo paradigma de cuidados em saúde mental que afirma: tratar a psicose é uma tarefa que diz respeito à própria existência do sujeito assistido.

Consideramos que o trabalho de tentar compreender os avanços do processo de reforma psiquiátrica e reabilitação psicossocial, através das discussões referentes ao cuidar dos pacientes e o fechamento dos manicômios e a construção dos CAPS, contribuiu no sentido de se refletir criticamente como

tem se dado o pensar e o fazer no âmbito da atenção psicossocial. Embora o cuidar exercido pelos CAPS não se configura como uma contribuição efetiva no processo de desinstitucionalização.

Por fim, constatamos depois desta pesquisa que se faz necessária uma ampla discussão sobre o desenvolvimento das práticas de cuidar pelos CAPS, visto que ainda é importante uma equipe de profissionais qualificados para cada função a desempenhar. Além disso, é preciso ampliar a interação dos usuários com a comunidade.

THE PSYCHIATRIC REFORM IN BRAZIL AND CAMPINA GRANDE - PB

ABSTRACT

The present work of conclusion of course (TCC) presented in the form of article took as its object the psychiatric reform in Brazil and in Campina Grande. The objective was to reflect on this process, besides presenting how the mental health care network is constituted in the municipality. It was a bibliographical research, with theoretical support of the main authors that have produced on the psychiatric reform in Brazil. We believe that psychiatric reform has made important advances, especially to rights historically denied to people with mental disorders, but that it includes a process that is still ongoing, permeated with challenges.

KEY WORDS: 1. Psychiatric Reform. 2. Substitutive services 3. Mental health.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (org.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP. 1995.

_____. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ.1994.

_____. (Coord.) **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância**. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

CERQUEIRA, Roberta Cardoso. Lima Barreto. **Os caminhos da loucura. Alienação, alcoolismo e raça na virada do século XX**. Dissertação (mestrado). Rio de Janeiro, PUC, Departamento de História, 2002. 101f.

CIRILO, L. S; FILHO, P. de O. **Da desativação de leitos psiquiátricos à construção de uma rede substitutiva: a reforma psiquiátrica em Campina Grande- PB**. In: Revista Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 34, n. 84, p. 148 – 158, jan/ mar, 2010.

JORGE, Marco Aurélio Soares. **A Casa d'Engenho: sobre a constituição de um serviço de atenção diária em saúde mental**. Cadernos IPUB (UFRJ), Rio de Janeiro, v. 14, p.205- 213. 1999. Disponível: http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00006303&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 23/05/2016.

KINKER, F. S. (et al) in : CAMPOS, F. B; LANCETTI, A. **Experiências da Reforma Psiquiátrica**. Saúde e loucura. São Paulo: Hucitec, 2010.

LEAL, Erotildes. **A noção de cidadania como eixo da prática clínica: uma análise do programa de saúde mental de Santos**. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social/Uerj. (mimeo.) 1994.

Saúde Mental no SUS: Os Centros de atenção psicossocial/ Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à saúde, Departamento de Ações programáticas estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SÁ JÚNIOR, Luiz Salvador de Miranda. “Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial á atualidade”. **Revista Psiquiátrica do Rio Grande do Sul**, On line, Rio Grande do Sul, v. 29, n.2, 2007. Disponível: www.scielo.br/pdf/rprs/v29n2/v29n2a05.pdf. Acesso em 23/05/2016.

SILVEIRA, N. **Imagens do Inconsciente**. Rio de Janeiro, Alhambra, 1981.

TENÓRIO, Fernando **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Rios Ambiciosos. 2001.

_____. Conhecer para cuidar: o primeiro censo da população de internos em hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro.. **Cadernos Ipub**, Rio de Janeiro, 2a ed. ampliada, n° 3, pp. 171-96. 1996.