



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

**CONSIDERAÇÕES PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA: O perfil do usuário  
da emergência psiquiátrica de Campina Grande/PB em destaque**

**JACKELINE DIAS DOS SANTOS**

**CAMPINA GRANDE/PB**

**2012**

**JACKELINE DIAS DOS SANTOS**

**CONSIDERAÇÕES PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA: O perfil do usuário  
da emergência psiquiátrica de Campina Grande/PB em destaque**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Serviço Social da Universidade Estadual  
da Paraíba como pré-requisito para obtenção do  
título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ma. Thaísa Simplício Carneiro

**CAMPINA GRANDE/PB**

**2012**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA SETORIAL CIA 01 – UEPB

S237c Santos, Jackeline Dias dos.

Considerações para a Reforma psiquiátrica: o perfil do usuário da emergência psiquiátrica de Campina Grande/PB em destaque./ Jackeline Dias dos Santos. – 2012.

33 f.; il, color

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2012.

“Orientação: Profa. Msc. Thaísa Simplicio Carneiro, Departamento de Serviço Social”.

1. Reforma psiquiátrica. 2. Saúde mental 3. Emergência psiquiátrica. 4. Perfil dos usuários I. Título.

21. ed. CDD 362.2

JACKELINE DIAS DOS SANTOS

**CONSIDERAÇÕES PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA: O perfil do usuário  
da emergência psiquiátrica de Campina Grande/PB em destaque**

Artigo aprovado como parte das exigências para a obtenção do Título de Bacharel em  
Serviço Social.

Aprovada em: 07/ dez / 2012

BANCA EXAMINADORA

Thaísa Simplicio Carneiro

Profa. Ma. Thaísa Simplicio Carneiro – DSS/UEPB

Orientadora

Aliceane Almeida Vieira

Profa. Ma. Aliceane Almeida Vieira – DSS/UEPB

Examinadora

Maria Noalda Ramalho

Profa. Dra. Maria Noalda Ramalho – DSS/UEPB

Examinadora

CAMPINA GRANDE/PB

2012

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que por seu intermédio foi possível à concretização deste trabalho, cumprindo assim mais uma etapa da minha vida.

Agradeço aos meus pais José Mousinho dos Santos (*In Memoriam*) e em especial minha mãe linda Maria das Graças Dias dos Santos a responsável por cada degrau avançado. Durante todos esses anos ela foi e continua sendo grande exemplo de força, coragem, perseverança, sempre me passando energia positiva para nunca desistir diante dos obstáculos que surgiram. Mãe, você sempre será meu porto seguro, meu maior exemplo de vitória, minha heroína. Obrigada por estar sempre comigo.

Agradeço também ao meu esposo Alisson por ter compreendido e aguentado a distância que durante esses últimos anos fomos obrigados a viver para a realização da minha graduação.

Agradeço a minha filha Larissa, a grande razão da minha vida, que me alegra todos os dias com seu sorriso e sua companhia.

Agradeço aos amigos e familiares que contribuíram para a realização desse sonho me dando apoio quando necessário. Às colegas de turma que fizeram com que esses 5 anos de luta tornassem mais prazerosos.

Agradeço com carinho a minha orientadora Thaísa Simplício que aceitou meu convite desesperado para que pudesse dar continuidade nessa caminhada. Obrigada pela compreensão, paciência e pelos ensinamentos norteadores que sempre vieram acompanhados com sua alegria de viver.

À banca examinadora, composta pelas professoras Aliceane Vieira e Noalda Ramalho, por gentilmente aceitarem participar deste momento e cujas considerações serão de grande relevância para a conclusão deste trabalho.

Agradeço a toda equipe da Emergência Psiquiátrica de Campina Grande, bem como seus usuários que contribuíram com este trabalho, sem eles não seria possível sua realização.

Agradeço em especial a minha supervisora de campo Hilda Macleide por toda sua dedicação e contribuição para a formação e desenvolvimento profissional.

E por fim agradeço a todos que de forma direta ou indiretamente estiveram ao meu lado. Obrigada!

SANTOS, JACKELINE DIAS DOS. **CONSIDERAÇÕES PARA A REFORMA PSQUIÁTRICA: O perfil do usuário da emergência psiquiátrica de Campina Grande/PB em destaque.** 33 fls. (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Paraíba, 2012.

## RESUMO

Este trabalho resulta de uma pesquisa exploratória, com ênfase na abordagem quantitativa. Realizada na Emergência Psiquiátrica do Município de Campina Grande/PB, teve como objetivo de traçar o perfil dos usuários da referida instituição, levantando as seguintes variáveis: gênero, idade, procedência, município residente e motivos da internação. Sua importância consiste em contribuir para uma reflexão e intervenção mais pontual dos profissionais que atuam na instituição. A pesquisa foi realizada por meio dos prontuários dos usuários atendidos de maio de 2012 a julho de 2012. Foram avaliados 477 usuários atendidos, 30% dos prontuários analisados do corrente ano. O presente estudo mostrou que o serviço de Emergência Psiquiátrica de Campina Grande vem se aperfeiçoando, mas ainda precisa aprofundar o conhecimento acerca da demanda posta para o mesmo, a fim de desenvolver sua atenção à população usuária com respostas cada vez mais condizentes com a realidade local. Neste sentido, ter uma articulação mais intensa com os outros serviços da rede.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental, Emergência Psiquiátrica, Perfil dos Usuários.

## ABSTRACT

This work results from an exploratory research, employing the qualitative and quantitative approach. It was held at the Psychiatric Emergency Service in Campina Grande, Paraíba, Brazil. The main objective was to profile the users of the service considering the following variables: gender, origin, age, city of residence and reasons for admission. Its importance is to contribute to a debate between professionals and to a more timely intervention. The research was conducted with the records of users admitted from May 2012 to July 2012. We analyzed 477 attended users' records, 30% of the total in this year. This study concluded that the Psychiatric Emergency Service is improving but still needs to deepen its knowledge about the users in order to improve the responses to the local reality, strengthening the articulation with other services inside the assistance network.

**Keywords: Psychiatric Reform, Mental Health, Psychiatric Emergency, Users Profile**

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 01</b> - Atendimentos por faixa etária.....	27
<b>Gráfico 02</b> - Municípios em que residem os usuários.....	27
<b>Gráfico 03</b> - Procedência.....	28
<b>Gráfico 04</b> - Motivos de internação.....	28

## **LISTA DE SIGLAS**

AGEVISA - Agência Estadual de Vigilância Sanitária

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

ESF - Estratégia Saúde na Família

IAPs - Instituto de Aposentadorias e Pensões

ICANERF - Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MNLA - Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

MTSM - Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

SF - Saúde da Família

SRT - Serviço de Residência Terapêutica

SUS - Sistema Único de Saúde

URSM - Unidade de Referência em Saúde Mental



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE .....</b>	<b>11</b>
<b>3 O PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>14</b>
<b>4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM CAMPINA GRANDE: CONSIDERAÇÕES PARA O DEBATE .....</b>	<b>20</b>
<b>4.1 Local da pesquisa: conhecendo a emergência psiquiátrica .....</b>	<b>25</b>
<b>4.2 Coleta e discussão dos resultados: análise do perfil .....</b>	<b>26</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>30</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>31</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>33</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A pesquisa em pauta coloca em questão o perfil dos usuários da Emergência Psiquiátrica de Campina Grande/PB. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, desde sua origem, discute na política de Saúde Mental a desospitalização e desinstitucionalização dos doentes mentais que se encontravam segregados no contexto manicomial.

Assim, a Reforma é fruto de lutas e proposições voltadas às mudanças na área da Saúde Mental que começaram no final da década de 1970, objetivando resguardar os direitos dessas pessoas que, ao longo de suas histórias, tiveram a violação dos seus direitos.

Como um importante passo para a mudança através das lutas que vinham acontecendo no Brasil tem a aprovação da Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Portanto, a prática psiquiátrica (sendo esta histórica) passou por diversas e profundas mudanças, visando à criação de alternativas de tratamento no referido setor que evitassem a permanência dos “pacientes” por longos períodos em hospitais psiquiátricos, uma forma de eliminar essas internações longas foi através da criação dos serviços substitutivos.

Dentre estes serviços destacamos para fins deste estudo a Emergência Psiquiátrica de Campina Grande/PB, um importante mecanismo criado a partir desse e em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental vigente.

O trabalho ora apresentado é resultado de um projeto de pesquisa que teve como objetivo principal traçar o perfil dos usuários da Emergência Psiquiátrica de Campina Grande/PB. Para tanto, buscamos caracterizar os usuários atendidos na Emergência e discutimos os dados colhidos levantando as variáveis: gênero, faixa etária, procedência (Casa, CAPS, Residência terapêutica e outros), cidade de origem (Campina Grande e municípios circunvizinhos) e o motivo da internação (droga, álcool, transtorno mental e outros) trazendo assim fatores relevantes para se conhecer melhor a demanda e para o aprimoramento do atendimento no referido serviço.

O interesse por este estudo decorreu da nossa experiência enquanto estagiária de Serviço Social da instituição em destaque, onde percebemos a necessidade de se conhecer mais os usuários que frequentavam a unidade e também contribuir com o serviço da Emergência Psiquiátrica, já que os dados obtidos colaboram para o direcionamento deste.

Trata-se de uma pesquisa documental, com ênfase na abordagem quanti-qualitativa realizada na Emergência Psiquiátrica do Município de Campina Grande/PB a pesquisa não

será realizada diretamente com os mesmos, pois serão coleta dos dados documentais através dos prontuários de atendimento do período de maio de 2012 a julho de 2012.

Diante do exposto, este trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma: após esta introdução, divide-se em mais 5 seções: na primeira seção apresentamos uma breve reflexão histórica da política de saúde no contexto brasileiro. Abordamos na segunda seção o processo da Reforma Psiquiátrica no país e a Política de Saúde Mental (sua conceituação, trajetória que impulsionou esta nova forma de tratar o sofrimento mental. Na seção seguinte colocamos em foco a Reforma Psiquiátrica em Campina Grande/PB, com destaque para o descredenciamento do conhecido Hospital Dr. João Ribeiro e através desta seção entendemos como foi estruturada a rede de atenção que contempla esses serviços substitutivos no município. Já na quarta seção descrevemos um pouco sobre o local da pesquisa, sua criação, localização e funcionamento de modo que a discussão acerca da coleta e análise dos dados ficou na quinta seção, seguidas das considerações finais trazendo novas indagações e estímulo ao aprofundamento de estudos e discussões acerca da temática em destaque.

## 2 BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE

No período que antecede os anos 1930, a saúde não era vista como questão social e, portanto, não era objeto de intervenção política, mas sim questão de polícia. As intervenções de saúde pública passam a ser assumidas como questão social mediante o aumento dos movimentos sociais e políticos que se configuraram no século XX, surgindo assim algumas iniciativas de organização do setor em tela (BRAVO, 2008).

Em 1923, com a reforma Carlos Chagas, amplia o atendimento no setor por parte do poder central, colocando em pauta as questões de higiene e saúde dos trabalhadores. É também, neste período, que surgem as Caixas de Aposentadoria e Pensões<sup>1</sup> (CAPs), com o intuito de diminuir as tensões sociais mediante a assistência médica-curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez (BRAVO, 2008).

A industrialização, a redefinição do papel do Estado e o surgimento das políticas públicas são algumas das modificações ocorridas na década de 1930. Segundo Bravo (2006), a política de saúde toma um caráter nacional e passa a ser organizada em dois subsetores: saúde pública e medicina previdenciária<sup>2</sup>.

Segundo Braga e Paula (1986), durante 1930 e 1940, foram adotadas algumas alternativas para a saúde pública, como: ênfase nas campanhas sanitárias, interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, criação de combate às endemias. As ações da saúde pública estavam voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade (PAIM, 2009).

Já a medicina previdenciária teve como marco a substituição das CAPs pela criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões<sup>3</sup> (IAPs) e objetivava as ações curativas e individuais (PAIM, 2009).

A política de saúde foi consolidada no período de 1945 a 1964, com o crescimento relativo dos gastos da previdência social com a assistência médico-hospitalar.

---

<sup>1</sup> Tratava-se de estruturas de organizações privadas, supervisionadas pelo governo e financiadas pelos trabalhadores, patronato e pela contribuição dos usuários. Conhecida também como Lei Eloy Chaves (Cf.: CABRAL, 2000, p.121).

<sup>2</sup> Saúde pública constituiu-se como uma das responsabilidades do Estado a partir do combate às doenças infecto-contagiosas. A medicina previdenciária surge de fato no Brasil na década de 1930 com a criação dos IAPs.

<sup>3</sup> Constituíam-se como autarquia pública preservando a administração colegiada, voltada para categorias como industriários e servidores públicos voltados para infra-estrutura, com planos voltados para aposentadoria, auxílio-funeral entre outros (CABRAL, 2000, p. 121).

É importante ressaltar que em 1950 surge a estruturação da rede hospitalar privada, ganhando destaque na saúde brasileira e, com isso, a medicalização da vida social (BRAVO, 2008).

Os problemas estruturais durante a ditadura militar (1964 - 1974) se aprofundaram, tornando-se mais complexos: o setor saúde teve que assumir características capitalistas, incorporando as modificações tecnológicas que ocorriam no exterior. Neste caminho, a política de saúde tem como base o privilegiamento do setor privado com a extensão da cobertura previdenciária, a ênfase na prática médica curativa orientada para a burocratização do setor, criação do complexo médico-industrial e a diferenciação de atendimento à população usuária (TEIXEIRA FLEURY; OLIVEIRA, 1986, *apud* BRAVO, 2008).

A partir de 1974, a política de saúde enfrentou de modo mais complexo a tensão entre os interesses dos setores estatal e empresarial e a emergência do movimento sanitário. A proposta exposta pelos setores estatal e empresarial mostrou-se ineficiente despertando, assim, questionamentos que culminaram no Movimento da Reforma Sanitária, cuja emergência ocorreu em um momento de intensas mudanças. Segundo Bravo (2008), tal Movimento foi uma forma dos profissionais da saúde denunciarem as repercussões do modelo vigente sobre a saúde da população e a irracionalidade do sistema de saúde existente na época.

Algumas das questões trazidas pelo supracitado Movimento podem ser destacadas: a saúde como direito de todo cidadão, não se poderia excluir qualquer cidadão do acesso à atenção pública de saúde, garantir a população ao acesso das ações preventiva e curativa, descentralizar a gestão e por fim promover a participação e o controle social.

Em 1980 a sociedade brasileira vivenciou o processo de democratização política e o movimento sanitário contou com a participação de novos sujeitos sociais, deixando de ser interesse apenas dos profissionais de saúde, mas também partidos políticos e movimentos sociais urbanos, realizando eventos na sociedade (BRAVO, 2008).

Em 1986 como fato marcante para a política de saúde no país ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde que contou com a participação de entidades representativas da população, como: moradores, sindicatos, entre outros, propondo não só o Sistema Único de Saúde, mas também a Reforma Sanitária. Muitas das bandeiras de luta do projeto democrático da saúde foram incorporadas pela Constituição Federal de 1988, a qual defende a saúde como direito social de todos e dever do Estado (BRAVO, 2008).

Durante muito tempo, saúde era sinônimo de ausência de doenças físicas e mentais. Nesse sentido, os serviços de saúde privilegiaram a atenção médica curativa. Para Paim

(2009), a saúde vem sendo reconhecida como completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, o que se almeja é que as pessoas possam ter uma vida com qualidade e não a simples ausência de doença. Portanto, a política de saúde não deve preocupar-se apenas com a reabilitação, mas também com a prevenção e promoção.

Neste sentido, a Lei Magna regulamentou para o Sistema Único de Saúde (SUS) os seguintes princípios: universalidade (saúde reconhecida como direito fundamental do ser humano), equidade (princípio de justiça social buscando diminuir as desigualdades), integralidade (garantia de um serviço articulado e contínuo englobando promoção, proteção e recuperação da saúde), organização descentralizada e participação da comunidade (para garantir a efetividade das políticas públicas de saúde é preciso criar canais de participação popular).

Diante do exposto, percebe-se que a política de saúde no Brasil passou por diversas transformações até a instituição do SUS (este regulamentado pelas leis 8.080/90 e 8.142/90 que compõem a Lei Orgânica da Saúde – LOS), cuja preocupação central a democratização do acesso, emergiu a partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado.

Na Lei 8080/1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, constam como diretrizes: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade. Após vários vetos da referida lei, foi regulamentada a Lei 8142/1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão e o financiamento do SUS.

Desde o período de implementação, o SUS vivencia uma disputa entre dois projetos políticos: o Projeto Privatista tendo como características centrais a focalização, privatização, estímulo ao setor privado e o desfinanciamento da saúde, enquadrando-se no projeto político neoliberal; e como contra proposta, encontra-se o projeto de Reforma Sanitária que começou junto com as forças populares e com os movimentos sociais que são diretamente vinculados à democracia tendo como premissa um Estado democrático, igualitário e de direito, conforme apontamos anteriormente.

É então, nesse contexto de luta para a concretização da Reforma Sanitária que, em consonância com esta, surge também o movimento em prol das pessoas em sofrimento psíquico, nos termos de Amarante, 2007. Discussão que versaremos no item a seguir.

### **3 O PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL**

Em meados dos anos 1970 inicia-se projeto para a reforma psiquiátrica, com liderança dos trabalhadores de Saúde Mental e o apoio dos familiares de alguns pacientes.

Segundo Amarante (1995), essa mobilização surgiu com a finalidade de denunciar as várias formas de maus tratos e inadequação do tratamento de doenças psíquicas, tanto na estrutura física dos locais que abrigavam os doentes quanto à própria forma de tratamento. Assim, em 1978 emergiu, junto com outros movimentos sociais populares, o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM).

Os principais objetivos e palavras de ordem no período foram: denúncias e mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto público quanto privado, alguns dos quais foram identificados como verdadeiros campos de concentração; denúncia e reivindicações por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos, principalmente no Rio de Janeiro; primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em Saúde Mental (ROSA, 2008, p. 23).

No início de 1979 realizou-se em São Paulo o I Congresso Nacional do MTSM, cuja sua pauta de discussão se voltou para uma nova identidade profissional, na tentativa de desvincular-se e denunciar a prática dominante do Estado (AMARANTE, 1995).

Só em 1987 é que acontece o II Congresso Nacional do MTSM e, a partir desse encontro, a busca por uma reforma psiquiátrica deixa de ser prioritariamente dos trabalhadores do setor para ampliar suas bandeiras de luta para novos sujeitos (familiares, movimentos sociais, usuários, etc.) e o movimento, iniciando, portanto, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA).

Com estas mudanças podemos perceber, pois, a mudança não apenas na nomenclatura, mas também na amplitude e sistematização do processo da Reforma Psiquiátrica no país. Se o MTSM denunciava casos de erros e maus tratos contra os doentes mentais, o MNLA foi além, objetivando a reformulação do modelo assistencial em Saúde Mental e a reorganização dos serviços da área, privilegiando as equipes multiprofissionais e o atendimento fora do hospital e baseado na desinstitucionalização. Para isso, coloca como fundamental uma transformação social radical, que sustente a loucura na sociedade (AMARANTE, 1995).

Para que essa transformação radical venha a ocorrer, de fato, faz-se necessário que o tratamento do sofrimento psíquico passe a promover a Saúde Mental. A este respeito, Amarante em sua obra “Loucos pela Vida” (1995) utiliza-se da ideia de Birman e Costa, que pontuam dois períodos importantes nos campos teóricos assistenciais da psiquiatria que

contribuíram para o aprofundamento das discussões em torno da construção da reforma psiquiátrica no Brasil. O primeiro período é de crítica à estrutura asilar tendo como questão central a crença de que manicômio é a instituição para a cura. O modelo asilar envolve reformas circunscritas ao interior do hospício, expandindo as reformas para além do espaço asilar e introduzindo a psiquiatria no espaço público (AMARANTE, 1995).

O segundo período é o da psiquiatria comunitária ou também conhecida como preventiva que assumia como característica uma proposta de romper com os modelos dos hospícios, trabalhar junto à comunidade, intervindo nas crises individuais, familiares e sociais (AMARANTE, 2007). Também foi neste modelo da psiquiatria preventiva que surgiu pela primeira vez o termo desinstitucionalização:

A noção de desinstitucionalização surge nos EUA em decorrência do Plano de Saúde Mental do Governo Kennedy, entendida basicamente como um conjunto de medidas de desospitalização, tendo como princípios fundamentais: 1. A prevenção de internação inadequada em instituições psiquiátricas; 2. Retorno para comunidade de todos os pacientes institucionalizados que tiveram preparo adequado para tal mudança; e o estabelecimento e a manutenção de sistemas de suporte comunitário para as pessoas não-institucionalizadas que estejam recebendo serviços de saúde mental na comunidade (AMARANTE, 1996, p. 15).

É importante ressaltar a diferença que existe entre desospitalização de desinstitucionalização. Desospitalização, segundo Fernandes (1999), diz respeito ao processo de criação de dispositivos que viabilizem alternativas de cuidados psico-sócio-assistenciais excluindo definitivamente os espaços existentes que só traziam sofrimento e promoviam a exclusão social.

Já o processo de desinstitucionalização é bem mais complexo: fundamenta-se na ideia de desconstrução e invenção, de modo que, desinstitucionalizar é, acima de tudo, ocupar-se do sujeito e não da doença, para (a partir daí) as instituições de cuidados ganharem um novo sentido e o tratamento deixar de significar apenas prescrição de medicamentos e a aplicação de terapias tornar-se um ocupar cotidiano do tempo, do trabalho, do lazer, do ócio, do fazer algo, construir uma atividade conjunta (FERNANDES, 1999). Nos termos de Basaglia (1985) é, portanto, colocar a “doença entre parênteses”.

Em decorrência desse processo, cumpre destacar, ainda, que durante esse período surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), inaugurado na cidade de São Paulo em 1986 e assume um papel estratégico nos cuidados aos portadores de transtorno mental. Essa discussão sobre CAPS será mais aprofundada na página 17.



Em 1989 o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado dá entrada no Congresso Nacional, propondo a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a diminuição gradativa dos manicômios. Neste sentido, cumpre destacar que,

Os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção a saúde mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando diretrizes em construção da reforma psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos (ROSA, 2008, p. 41).

Depois de 12 anos em tramitação no Congresso Nacional, em 2001 a Lei 10.216 conhecida também como Lei Paulo Delgado é sancionada, com algumas modificações do projeto inicial redirecionando a atenção em saúde mental, de modo que a promulgação impulsionou o processo para a Reforma Psiquiátrica. Esta Lei trata dos direitos e proteção das pessoas acometidas de transtorno mental. A pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente conscientizados de seus direitos, como: ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, ser tratada com humanidade e respeito no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.

O tratamento dos sujeitos com sofrimento psíquico tem como finalidade permanente a reinserção social do usuário em seu meio com regime de internação estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistentes sociais, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. A Lei 10.216/2001 objetiva, assim, substituir o modelo centrado na internação, reduzindo progressivamente os leitos psiquiátricos iniciando trabalhos através de serviços substitutivos.

Cumpre destacar que a Lei que rege a atenção em Saúde Mental (Lei 10.216/2001) não instituiu mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios: apenas ofereceram um tratamento com serviços de base comunitária.

Naquele ano e logo após a promulgação da supracitada Lei foi convocada a III Conferência Nacional de Saúde Mental. Em tal contexto, a política de saúde mental passa a consolidar-se, ganhando maior visibilidade e com isso linhas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Em consequência surgiram novos serviços com experiências inovadoras, orientados por uma ética de inclusão social e afirmação do direito de cidadania das pessoas em sofrimento psíquico.

Os serviços substitutivos são definidos, na leitura de Amarante e Torre (2001, p. 33), pela operacionalização de rupturas com o modelo manicomial e a negação de seus

referenciais, abrindo a possibilidade da construção cotidiana de outros parâmetros, saberes, práticas e relações para com a loucura.

Como resultado da luta contra o modelo manicomial, vislumbra-se em todo o território nacional o descortinar de uma rede de atenção à Saúde Mental que busca substituir o modelo centrado na internação e reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, implantando como dispositivos da política em tela: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o Programa “De volta para Casa”, centros de convivência, ambulatórios de saúde mental e Serviços de Residência Terapêutica (SRT’s).

O CAPS foi regulamentado pela Portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integra a rede do SUS. Essa Portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que tinham o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004).

Através da referida Portaria Ministerial que regulamenta os CAPS como estratégia do SUS, há também a especificação das modalidades desses serviços, os quais são implantados conforme o índice populacional da cidade e dividem-se da seguinte forma:

- CAPS I, II e III que são destinados àquelas pessoas com transtorno mental moderados, graves e severos. O primeiro localiza-se em cidades com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, os outros, entre 70.000 e 200.000 e acima de 200.000 respectivamente;
- CAPSad especializado em transtorno proveniente de álcool e outras drogas psicoativas. Situam-se nas cidades acima de 100.000 habitantes;
- CAPSi que destina o tratamento a crianças e adolescentes com transtorno mental.

Os CAPS consistem, portanto, num atendimento contínuo, integral e articulado com os demais serviços da localidade que por meio de uma equipe multiprofissional, desenvolve ações cujo fim é a reinserção dos usuários na sociedade, família e mercado de trabalho. É um serviço que evita longas internações psiquiátricas por acreditar que estas afastam dos vínculos terapêuticos e por:

Entender o transtorno mental não como um destino, mas como um momento da vida de alguém que precisa de cuidado e que esse cuidado é um direito da pessoa é obrigação da sociedade e principalmente de todos os profissionais de saúde (VENÂNCIO, 2005, p. 219).

Salientamos, contudo, que apesar do empenho e qualificação dos profissionais, bem como da sensibilização da sociedade para o rompimento da cultura manicomial, reconhecemos que as condições para o enfrentamento deste histórico cenário de exclusão dado aos portadores de transtorno mental, é antes de tudo um dever do Estado e que é o mesmo que deve propiciar políticas adequadas a fim de garantir os direitos dos sujeitos em análise.

Diante do exposto e seguindo a lógica da desinstitucionalização, a Política de Saúde Mental vigente se propõe a oferecer uma rede de serviços substitutivos de base territorial que desenvolve uma atenção baseada nos recursos existentes na comunidade.

Como exemplo desses serviços juntamente com os CAPS, comentados anteriormente, existem os SRT's que, regulamentados pela Portaria 106 de fevereiro de 2000, são casas localizadas no espaço urbano constituído para responder às necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves.

A Estratégia Saúde da Família surgiu em 1994 (de início, programa), investe na promoção da saúde e na defesa da vida e contribui para comunidade lidar com a saúde tornando-se, assim, a porta de entrada do SUS.

Ainda na atenção básica, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM Nº 154, de 24 de Janeiro de 2008 e republicada em 04 de Março de 2008, instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família (SF), compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das Equipes de SF no qual o NASF está cadastrado. Deverá ser composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior como: Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra (Departamento de Atenção Básica, <http://dab.saude.gov.br/nasf.php>).

O programa De Volta pra Casa (Lei 10.708/2003) instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas com transtornos mentais egressas de internações psiquiátricas. Os beneficiários ou seus representantes legais para receber um auxílio de R\$ 240,00 com duração de um ano e, de acordo com o parecer da comissão que acompanha o programa, poderá ser renovado ou não. Um dos requisitos proposto para a aquisição desse benefício é que o usuário deve estar de alta hospitalar ou morando em uma residência terapêutica.

No que se refere ao Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria), o qual realiza anualmente nos hospitais psiquiátricos credenciados pelo

SUS, objetiva avaliar as condições de funcionamento da instituição seguindo roteiro elaborado das Portarias GM n. 799/00 e GM/MS n. 251/02 (BRASIL, 2004). Estrutura física e funcional; limpeza hospitalar; roupa hospitalar; almoxarifado; farmácia; alimentação; projetos terapêuticos; contenção física, entre outros pontos são avaliados nessas visitas.

Sendo um dispositivo estratégico da Lei Paulo Delgado, o PNASH se propõe a desempenhar uma função de extrema relevância para os ideais da Saúde Mental, pois enquanto os Hospitais psiquiátricos não são extintos, o programa em tela passa a criar nestes, condições para um tratamento mais digno aos portadores de transtorno mental (que no decorrer da história eram submetidos às mais cruéis formas de (des) cuidar como eletro choque, a camisa de força e as demais formas de contenção com caráter punitivo aos “pacientes”).

Além desses dispositivos, torna-se de precípua relevância destacar o serviço de emergência psiquiátrica<sup>4</sup>. Segundo Art. 2º do discurso oficial, esta tem como objetivos: regular os atendimentos emergenciais, a fim de evitar internações prolongadas, funcionando diariamente durante 24 horas para internação com proposta de 72 horas de permanência; viabilizar o acesso aos serviços substitutivos; bem como, prestar suporte aos CAPS e às Residências Terapêuticas durante crises ou surto psiquiátrico.

Os usuários atendidos em uma emergência apresentam características como distúrbios de pensamento, emoções ou comportamento, no qual um atendimento médico se faz necessário imediatamente, objetivando evitar maiores prejuízos à saúde psíquica, física e social do indivíduo ou eliminar possíveis riscos à sua vida ou a de outros.<sup>5</sup>

Diante dessas considerações, conheceremos a trajetória da Política de Saúde Mental do Município de Campina Grande/PB localiza-se no interior do estado da Paraíba, no agreste paraibano, na parte do Planalto da Borborema, é considerada uma referência no que se refere às transformações em Saúde Mental, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

---

<sup>4</sup> Portaria nº 148/ 2012 define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial.

<sup>5</sup> Lei Municipal de Saúde Mental nº 4068, sancionada em 30 de dezembro de 2002, marca a entrada de Campina Grande no processo de reorientação da assistência em Saúde Mental no Brasil.

#### **4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM CAMPINA GRANDE: CONSIDERAÇÕES PARA O DEBATE**

O modelo de atenção em saúde mental no Município de Campina Grande, assim como nos demais estados, era hospitalocêntrico, privado, cabendo à secretaria local transferir os recursos financeiros mensais para estes hospitais privados, para que os mesmos internassem seus usuários.

As pessoas que sofriam com algum transtorno psíquico tinham seus direitos violados, viviam excluídos do convívio social, submetidos a condições de vida subumanas, com alimentação e acomodações inadequadas, com tratamentos que iam do excesso de medicação a choques elétricos.

Campina Grande tem o processo de Reforma Psiquiátrica iniciado em 2003 com a implantação do primeiro serviço substitutivo no município: o CAPS II “Novos Tempos”, que trouxe para a cidade uma nova perspectiva de atendimento ao sujeito em sofrimento psíquico.

Voltado para as problemáticas do álcool e drogas criou-se o CAPS AD, de modo que este foi o segundo serviço implantado ampliando a rede de serviços em Saúde Mental em Campina Grande.

O marco para o processo de Reforma Psiquiátrica no município ocorre, entretanto, no ano de 2004, que uma vez o modelo existente em Campina Grande não poderia ser apenas remodelado; não era apenas estrutura física que estava em questão, mas o modelo hospitalar excludente (CIRILO, 2006).

O processo de reforma psiquiátrica em Campina Grande, que até então mantinha a tradição hospiciocêntrica através de dois hospitais iniciou-se em decorrência das ações do PNASH/Psiquiatria, que havia incluído o Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF), entre os 168 manicômios assistidos.

De acordo com o PNASH/Psiquiatria, o instrumento de gestão adotado pela política de Saúde Mental através do Ministério da Saúde para avaliar as condições técnicas, administrativas e de funcionamento das instituições psiquiátricas, ao fazer uma avaliação do ICANERF, constatou que a referida instituição não tinha os requisitos necessários para o funcionamento adequado. Alguns dos itens básicos avaliados seriam: Estrutura física e funcional; Limpeza hospitalar; Aspectos gerais dos internos; Alimentação dos internos; Contenção Física.

Esses instrumentos de avaliação pontuavam os hospitais por categorias: boa qualidade,

qualidade suficiente, os que precisam de adequações e os de baixa qualidade que seriam encaminhados para o descredenciamento do mesmo do SUS.

Com a visita da Coordenação Nacional de Saúde Mental, o ICANERF popularmente conhecido como Hospital Dr. João Ribeiro, não cumpriu as exigências ministeriais em suas visitas de inspeção.

O relatório da equipe interventiva diversos fatores foram apontados como inadequados ao funcionamento do referido hospital. Problemas como falta de iluminação nos corredores; falta de higiene em todo o hospital, inclusive nos banheiros os quais apresentavam fezes nas paredes; torneiras quebradas; camas sem colchões de modo que a grande maioria dos internos dormia nas grades ou até mesmo no colchão foram alguns problemas dentre tantos percebidos pela equipe.

No tocante às enfermidades dos internos (ou moradores, já que alguns estavam há décadas, passando inclusive mais tempo preso do que no convívio social), o João Ribeiro constatou que a maioria dos casos não necessitava de internações. Além disso, havia situações de pessoas sem qualquer tipo de transtorno psíquico as quais foram vítimas de familiares interessados em administrar seus bens e rendas por meio da curatela. Assim, pequenos problemas de saúde (e até ausência de) desencadearam diversos casos de esquizofrenias, uma vez que cada especificidade era esquecida pelos profissionais do manicômio em análise.

Outro aspecto que se faz necessário destacar refere-se às condições de alimentação dos “pacientes” do João Ribeiro. Segundo o relatório da equipe ministerial, a instituição oferecia três refeições diárias com as seguintes restrições: no café da manhã, cuscuz sem mistura; no almoço, arroz e carne em pequena quantidade; e no jantar sopa sem verdura. É evidente, pois, o descompromisso em cumprir o papel de qualquer hospital (qual seja a de recuperar/estabilizar a saúde dos usuários e reinseri-los na sociedade) ao avaliar os efeitos que as referidas refeições sem qualquer valor nutritivo trazem aos mesmos.

Cabe informar também o importante papel do Conselho Municipal de Saúde o qual se fez presente durante todo o processo de inspeção do Ministério e exigia rápidas mudanças à Secretaria de Saúde, uma vez que o problema já era reconhecido no nível federal. Assim, a postura de atuar na formulação de novas estratégias para melhor condução do SUS, expôs em ofício ao secretário municipal que:

Constatada a inviabilidade de funcionamento do Instituto, depara-se a sociedade campinense com um problema de assistência à saúde mental no município, que no momento não dispõe de CAPS, serviços de residência e de Atenção Básica, capazes de absorver a demanda existente. (Of. nº86/CMS – Campina Grande, 2005).

A precária situação da Saúde Mental no município tornou-se pública à sociedade campinense através dos meios de comunicação locais. Um dos exemplos mais chocantes sobre as informações divulgadas foi à manchete do Jornal Correio da Paraíba de 28 de Abril de 2005 “Doentes nus e abandonados levam o MP a intervir no JR”. Além de mostrar as fotos<sup>6</sup> do local e a forma como os internos eram tratados, a matéria também denunciava a não utilização dos recursos do SUS para uma melhor qualidade no tratamento dos doentes do Hospital por meio da produção da saúde; o ambiente propiciava, portanto, a cronicidade na maioria dos usuários.

Neste sentido, em 18 de Abril de 2005 uma equipe ministerial com outra de profissionais da localidade iniciou o processo de descredenciamento e, dentre as medidas adotadas via intervenção, houve uma realocação dos recursos para manutenção de novos serviços, que foram progressivamente implantados.

No dia 30 de junho do mesmo ano houve a retirada dos internos para a unidade provisória de saúde mental<sup>7</sup>. Vale ressaltar que o hospital foi descredenciado do SUS, de modo que hoje só funciona mediante internação particular.

Cumprido destacar que novamente que o ICANERF de Campina Grande foi o único hospital psiquiátrico avaliado naquela ocasião: dez outras instituições espalhadas nos estados da Bahia (Sanatório de Juazeiro), Pernambuco (Hospital de Camaragibe), Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro e Minas Gerais (Monte Carlos) foram considerados desumanas, sendo estes hospitais também interditados pelo Ministério da Saúde através de ação civil pública.

Assim, Diante o descredenciamento do hospital, a população foi tomada pelo medo de que houvesse o fechamento do ICANERF e que com isso os internos ficassem totalmente desassistidos em relação formando um clima de insegurança e revolta entre familiares (CIRILO, 2006).

É digno de nota ressaltar que diversas chances para a melhoria do hospital foram dadas, mas a cada avaliação feita pela equipe técnica do PNASH era constatado o desrespeito à condição humana, foram registrados casos de internos com mais de 18 anos na instituição. Até então a comunidade não entendiam o que estava acontecendo e apenas em 2005 que a situação real do hospital foi exposta a comunidade através da imprensa.

---

<sup>6</sup> O Ministério da Saúde ao tomar conhecimento da reportagem, entrou com um processo judicial contra o jornal pela exposição dos usuários nas fotos, uma vez que as que foram publicadas não tinham autorização para serem divulgadas.

<sup>7</sup> Provisória porque o adequado é que se situe dentro de um hospital geral, a fim de ter o respaldo tecnológico necessário para os casos nos quais o doente esteja em crise (geralmente de abstinência de drogas).

A Agência Estadual de Vigilância Sanitária (AGEVISA) em sua visita ao hospital destacou alguns itens vistoriados que reprovavam o funcionamento da instituição, como: Presença de fezes e urina nos salões; Ausência de equipamentos médicos necessários; Superlotação; Estruturas Comprometidas; Pacientes despídos e deitados no chão; Irregularidades na cozinha, farmácia, lavanderia e outras áreas do hospital.

Diante de todo esse contexto de descaso onde era nítido que não havia um acompanhamento terapêuticos com os internos iniciaram-se projetos para devolver suas dignidades: começaram pelas ações mais básicas, como o cuidado clínico, higiene e melhorias na alimentação outra medida tomada e muito importante foi a localização dos familiares dos internos, pois muitos eram deixados “largados” na instituição (rompendo totalmente o vínculo familiar, começaram a ser realizadas dentro do hospital assembleias com a participação de funcionários e internos onde discutiram projetos, sugestões, reclamações entre outros assuntos abordados para a melhoria da instituição.

Com a interdição em 2005 os internos foram transferidos para a Unidade de Referência em Saúde Mental (URSM) um serviço implantado pela Secretaria de Saúde de Campina Grande, que inicialmente, funcionaria como um Serviço de Emergência Psiquiátrica. Para isso, a Secretaria alugou um prédio que antes funcionava uma maternidade localizada inicialmente na Rua Epitácio Pessoa, nº 256, Centro.

Hoje denominada Emergência Psiquiátrica encontra-se em um prédio anexo ao Hospital Geral Dr. Edgley, na Rua Fernandes Vieira, nº 659, José Pinheiro, conforme preconiza o Ministério da Saúde portaria 224 que a mesma funcione junto a um Hospital Geral (MENDONÇA, 2008).

No tocante à outra instituição psiquiátrica do município (a Clínica Psiquiátrica Dr. Maia), o PNASH através da Portaria Ministerial n. 52, de 20 de janeiro de 2004, instituiu o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, o qual passou a acompanhar o gradativo processo de redução de seus leitos.

O desenvolvimento deste processo se desenvolveu pela Comissão de Avaliação e Acompanhamento nomeado pelo Ministério da Saúde, juntamente com representantes da sociedade civil (vinculada à temática de direitos humanos), trabalhadores da saúde, CONASS, CONASEMS, prestadores privados e filantrópicos e do Conselho Nacional de Saúde.

Diante desse processo a implantação da emergência foi feita “do dia para a noite” um curto período de análise para se implantar um serviço tão complexo, pela urgência do problema não se teve como fazer uma preparação mais profunda em torno dos funcionários e familiares, ate mesmo da população para que se pudesse entender o porquê desse fechamento



e dessa instalação de um novo serviço.

Foram feitas algumas seleções para se trabalhar nos novos serviços, mas diante alguns atrasos no processo seletivo chamaram funcionários não preparados que tinham horário vago no município para atuar pela primeira vez para trabalhar com pessoas com sofrimento mental, não teve tempo de ser fazer uma capacitação, explicar como seria esse novo serviço, como deveriam se comportar diante algumas situações.

A desmontagem das normas vigentes, presença da imprensa, incompreensão de alguns familiares, alguns funcionários não contribuía com o trabalho, a direção do hospital resistindo arduamente ao processo, poucas pessoas envolvidas nos trabalhos de intervenção, a limitação de recursos financeiros, tudo isso representou um início bastante difícil (CIRILO, 2006, p. 65).

Durante a experiência de estágio foi implantado no mesmo prédio que funciona a Emergência Psiquiátrica de Campina Grande/PB um novo serviço na rede de atenção a Saúde Mental, o Pronto Atendimento para Crianças e Adolescentes em Uso de Substâncias Psicoativas, com o objetivo de atender crianças e adolescentes até 18 anos de idade, que residem no município e que se encontra em surto pelo uso de drogas ou em quadro de abstinência.

Como o supracitado serviço estava sendo iniciado e como todo projeto em adaptação ocorrem mudanças para a melhoria do seu funcionamento, não foi possível acompanhar de perto os procedimentos de atendimento nesse serviço. Portanto, este estudo abordará apenas os usuários da Emergência Psiquiátrica.

A Emergência Psiquiátrica comporta 13 leitos (7 leitos masculinos e 6 femininos) para internações rápidas prestando assistência aos usuários em crise e/ou surto psiquiátricos, no sentido de efetivar as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, a fim de evitar internação prolongada, promover a inserção ou reintegração destes usuários nos serviços correspondentes e, principalmente, reinseri-los na sociedade e no mercado de trabalho.

Além da Emergência Psiquiátrica, Campina Grande também conta com 7 CAPS, entre estes estão CAPS II ( Novos Tempos) CAPS III (Reviver); CAPS i (Viva Gente); 1 CAPS AD (Álcool e outras drogas); e com 6 residências terapêuticas<sup>8</sup>. É importante ressaltar a necessidade de uma articulação entre a Emergência Psiquiátrica e os demais serviços substitutivos, a exemplo dos CAPS, que compõem a rede de saúde mental, bem como a Estratégia Saúde da Família.

Para que essa articulação aconteça de forma mais eficaz faz-se necessário que se

---

<sup>8</sup> Sendo 01 residência mista, 03 masculinas e 02 femininas.

conheça os usuários atendidos no serviço e que haja um acompanhamento sistemático aos mesmos. Neste sentido, buscamos direcionar nosso estudo para a Emergência Psiquiátrica de Campina Grande a fim de traçar o perfil dos seus usuários.

#### **4.1 Local da pesquisa: conhecendo a emergência psiquiátrica**

A pesquisa de campo deste trabalho foi realizada na Emergência Psiquiátrica de Campina Grande/PB. Inaugurada em 2005, a referida instituição encontra-se em um prédio anexo ao Hospital Geral Dr. Edgley, no bairro do José Pinheiro. Em maio de 2011 o prédio da Emergência Psiquiátrica de Campina Grande/PB, passou por uma reforma em sua estrutura, com o objetivo de iniciar um novo projeto anteriormente citado, um novo projeto: o Pronto Atendimento a Crianças e Adolescentes em uso de substâncias Psicoativas.

A Emergência Psiquiátrica tem como objetivo regular os atendimentos emergências, a fim de evitar internações prolongadas funciona diariamente durante 24h. Atualmente comporta 13 leitos sendo 06 femininos e 07 masculinos para internações rápidas com permanência máxima de 72h, prestando assistência aos usuários em crise.

A equipe interdisciplinar é composta por: 01 coordenadora, 07 médicos, 07 enfermeiros, 17 auxiliares de enfermagem, 02 assistentes sociais, 03 psicólogos; 01 farmacêutica, 01 pedagoga, 02 auxiliares administrativos, 03 recepcionistas, 02 vigilantes, 06 auxiliares de serviços gerais, 04 (quatro) porteiros<sup>9</sup>.

A referida instituição é pautada em normas e rotinas para seu funcionamento 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.

No que concernem os recursos materiais, a Emergência Psiquiátrica dispõe de: computador com impressora, camas para descanso, leitos, televisão, armário, mesas, fogão, geladeira, sofás, balança, macas, ventilador, mesa para computador. Tais recursos são repassados pela Secretaria Municipal de Saúde que tem a competência de comprá-los através de processo licitatório. A solicitação do material é feita documentalmente por meio de Solicita Informa Tudo (SIT), ou por ofício da coordenação da Emergência Psiquiátrica.

Os recursos financeiros disponibilizados para o funcionamento da Emergência Psiquiátrica são provenientes da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, a qual a

---

<sup>9</sup> Informações obtidas por meio de material de divulgação disponibilizado pela Emergência Psiquiátrica de Campina Grande.

instituição é ligada. Essa é responsável pelo financiamento das contas de energia, água e telefone, pagamento dos salários dos funcionários e despesas com alimentação.

#### **4.2 Coleta e discussão dos resultados: análise do perfil**

A coleta dos dados ocorreu mediante a pesquisa documental, junto aos prontuários de atendimento da Emergência Psiquiátrica. Trata-se de uma pesquisa exploratória, com ênfase na abordagem quanti-qualitativa.

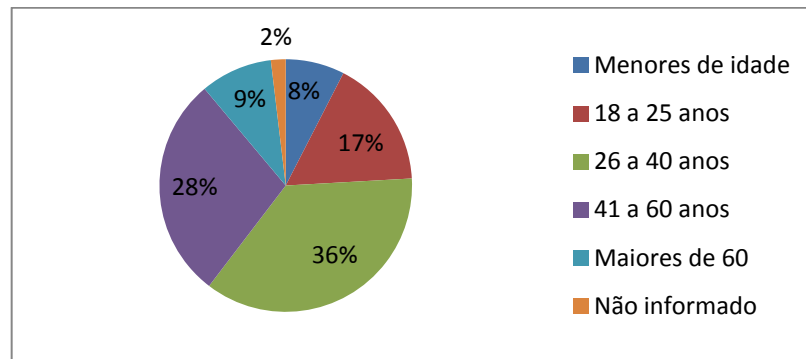
Os sujeitos da pesquisa foram os usuários da unidade, no entanto a pesquisa não foi realizada diretamente com os mesmos, pois só utilizamos os dados documentais dos prontuários de maio de 2012 a julho de 2012. Foram avaliados 477 usuários assistidos na Emergência Psiquiátrica, 30% dos prontuários referentes aos atendimentos feitos no ano 2012.

Para sistematizar os dados foram consideradas algumas variáveis, como: gênero, faixa etária, procedência (Casa, CAPS, Residência terapêutica e outros), cidade de origem (Campina Grande e municípios circunvizinhos) e o motivo da internação (droga, álcool, transtorno mental e outros).

Cumpramos ressaltar que, durante o período de Estágio Supervisionado em Serviço Social, percebeu-se a necessidade de se ter uma ficha exclusiva para o Serviço Social: elaborada pelo grupo de estagiárias (e sob orientação da supervisora da instituição), esta ficha inclui algumas informações importantes para o serviço, a exemplo: renda familiar, casos de surto na família, escolaridade, vínculo empregatício, qual benefício o usuário possuía, enfim, várias outras informações necessárias para o Serviço Social, mas no decorrer da pesquisa notou-se que as fichas não eram preenchidas com todos os usuários do serviço. Havia um pequeno número preenchido em relação aos atendimentos, por isso não foi possível realizar o presente estudo utilizando esse material do Serviço Social, pois não mostrariam a realidade local.

Com base nos atendimentos realizados na instituição através dos prontuários de atendimentos referentes ao gênero, 51% é do sexo masculino e 49% feminino. Este dado confirma o que Louzã Neto e Elkis (1999) nos afirmam que os transtornos mentais, atingem igualmente homens e mulheres, podendo haver uma pequena variação entre esses números como foi extraído de nossa pesquisa não havendo distinção entre sexo, raça ou classe social.

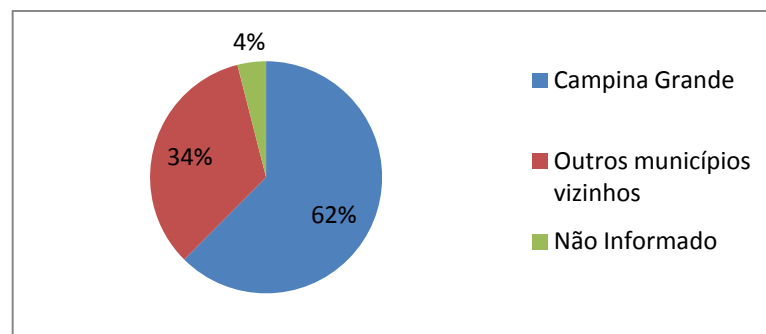
Outro fator relevante a ser considerado é a faixa etária. Há predominância de atendimentos e internações de usuários com idade entre 26 e 40 anos, representando um percentual de 36%. De acordo com os dados obtidos, percebemos que a maioria dos internos são pessoas que estão em idade produtiva, o que acarreta inúmeras consequências para o seu convívio social e sua subsistência. Como mostra o gráfico a seguir:

**Gráfico 01:** atendimentos por faixa etária

**Fonte:** Pesquisa direta (maio a julho de 2012).

A importância de se ter um serviço de referência em Saúde Mental como a Emergência Psiquiátrica em um município, incide diretamente na qualidade de tratamento dos usuários que necessitam de internação imediata decorrente de surto/crise. Analisando os dados, verificamos que 62% da população atendida na Emergência Psiquiátrica residem em Campina Grande, e 34% são provenientes de outros municípios.

O fato de Campina Grande apresentar um número considerável de atendimentos nos remeteu a alguns questionamentos, dentre eles, se realmente o acompanhamento dos CAPS, NASF e SF estão sendo eficazes; como o trabalho em rede está sendo feito? Com estas indagações surge a necessidade de aprofundamento da pesquisa com discussões a cerca do acompanhamento desses usuários por outros serviços que, mesmo assim, voltam para a emergência com frequência. Segue o gráfico:

**Gráfico 02:** Municípios em que residem os usuários

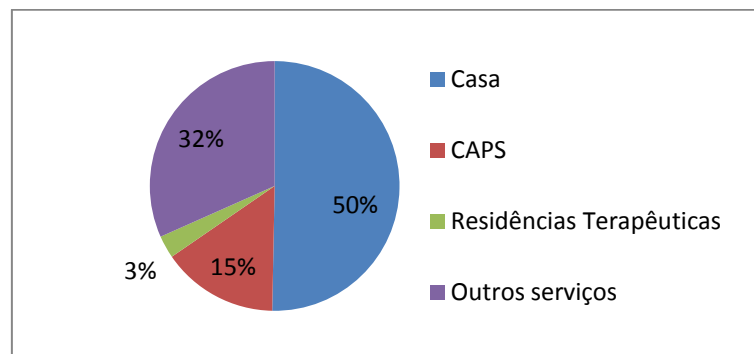
**Fonte:** Pesquisa direta (maio a julho de 2012).

No que se refere à procedência, observamos que 50% dos usuários atendidos na Emergência Psiquiátrica de Campina Grande, vêm com procedência de casa, 15% vieram do CAPS e 32% encaminhados de outros serviços a exemplo Estratégia Saúde na Família (ESF), Hospital Doutor Maia, presídios e das ruas. Em uma pequena porcentagem de 3% foi percebida em relação às residências terapêuticas.

Esses dados sugerem que mesmo com a alta procura, os mesmos estão com pouco (e até inadequado) contato com qualquer outro serviço substitutivo antes que surjam os primeiros sintomas da crise.

Tal fato coloca em evidência a necessidade de um acompanhamento a partir da primeira crise, que esse usuário seja estudado e encaminhado para o serviço mais adequado para seu tratamento, para se colocar em prática o serviço em rede mantendo contato entre os serviços, existindo troca de informações sobre a particularidade de cada caso. Tal processo iria diminuir a reincidência do usuário no serviço. Veja os números:

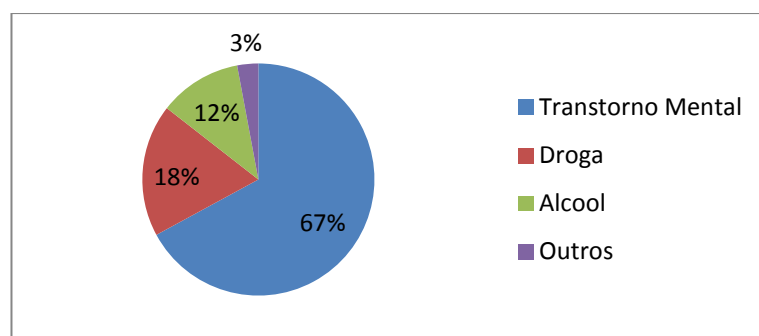
**Gráfico 03:** Procedência



Fonte: Pesquisa direta (maio a julho de 2012).

Por fim, para caracterizar o perfil dos usuários atendidos na Emergência Psiquiátrica de Campina Grande, levantamos os motivos de internação dos mesmos. Veja gráfico abaixo:

**Gráfico 04:** Motivos de internação



Fonte: Pesquisa direta (maio a julho de 2012).

O levantamento realizado demonstrou que as internações dos usuários/as da Emergência Psiquiátrica são predominantemente por transtorno mental representando um percentual de 67%, enquanto por uso de drogas o percentual é de 18%, foram analisadas também as internações advindas do uso exclusivo do álcool que apresentou um percentual de 12%.

Durante o processo de aproximação com a realidade da Emergência Psiquiátrica do município em destaque, percebeu-se que muitas das mulheres atendidas na unidade apresentavam diagnósticos de depressão, doença que vem crescendo gradativamente e que, aos poucos, conhecendo e afirmando-a como doença levanta-se aqui outra fonte para aprofundamento de pesquisa, o porquê desse crescimento de casos de depressão, bem como o predomínio dessa incidência ser justamente entre as mulheres.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas últimas décadas, a prática psiquiátrica passou por profundas mudanças, visando à criação de alternativas de tratamento em Saúde Mental que evitassem a permanência dos usuários por longos períodos em hospitais psiquiátricos, eliminando de forma gradativa a internação como forma de exclusão social, através de serviços substitutivos.

A rede substitutiva criada pelo Ministério da Saúde e implantada em várias cidades do país envolve vários serviços os quais, ao colocar o princípio da descentralização de poder em prática responsabiliza à implantação e implementação dos mesmos às esferas estadual e, principalmente, municipal.

Estes serviços visam cuidar das pessoas com sofrimento psíquico em nível extra hospitalar, como nos CAPS, ambulatórios especializados e serviços de atenção básica. Também fazem parte dessa rede assistencial os serviços de internação parcial, a exemplo das Emergências Psiquiátricas.

A Emergência Psiquiátrica vem se tornando uma das “portas de entrada” no que se refere ao atendimento do usuário em crise ou surto psiquiátrico. É com base nesta importância do serviço para a comunidade que foi identificada (durante a experiência de estágio) a necessidade de se ter informações mais detalhadas e precisas sobre esses usuários atendidos naquela unidade de saúde, por isso buscamos por meio desta pesquisa traçar o perfil dos usuários da Emergência Psiquiátrica de Campina Grande.

Observou-se no presente estudo que o serviço de Emergência Psiquiátrica de Campina Grande vem se aperfeiçoando, mas ainda precisa aprofundar o conhecimento acerca da demanda posta para o serviço, a fim de desenvolver sua atenção à população usuária com respostas cada vez mais condizentes com a realidade local. Neste sentido, ter uma articulação mais intensa com os outros serviços da rede torna-se de precípua relevância.

Com essas questões surge a necessidade de se aprofundar tais temas com novas pesquisas e sugerir assim outros possíveis estudos na área da saúde mental, a fim de ampliar o debate em prol do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira e, em especial, em Campina Grande.

Podemos destacar de forma conclusiva que a Saúde Mental do município mesmo servindo de exemplo para outros municípios e sendo também praticamente completa no que diz respeito aos serviços direcionados as pessoas com sofrimento psíquico, não tem um serviço trabalhando em rede, que é de suma importância para que se alcance os resultados

necessários no tratamento dessas pessoas, mas vimos também no decorrer dessa pesquisa o porquê desse funcionamento ainda ter deficiência, pois tudo esta atrelado a forma de introdução destes serviços que ocorreu de forma repentina sem mínima preparação para os funcionários, familiares, usuários e o município.

Por tanto fica aqui a vontade de como profissional levantar a bandeira para que esse trabalho em rede seja realmente valorizado e efetivado.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo. 2001. A Constituição de Novas Práticas no Campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: **Saúde em Debate**. P.26-34, Rio de Janeiro, v.25, nº 58, maio/ago, 2001.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BRAGA, José C. S.; PAULA, Sergio G. **Saúde e Previdência**: estudos de política social. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL, Ministério da saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004.



BRAVO, Maria Inês Souza. A Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. P. 88-110. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites**. Ministério da Saúde: Brasília, 2002.

CABRAL, Maria do Socorro Reis. As Políticas Brasileiras de Seguridade Social. **Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais**. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Brasília: UNB, 2000 p.119-133.

CIRILO, L. S. **Novos tempos: saúde mental, CAPS e cidadania nos discursos de usuários e familiares**. 2006. 167 f. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2006.

COHN, Amélia. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 5ª Ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2003.

ESCOLA Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FERNANDES, M. I. A. (org.) **Fim de Século: ainda manicômio?** São Paulo: IPUSP, 1999.

LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, H. **Esquizofrenia: abordagem atual**. São Paulo: Lemos, 1999.

MELLO, Marcelo Feijó de. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Marcelo Feijó de Mello, Andrea de Abreu Feijó de Mello, Robert Kohn (orgs) – Porto Alegre: Artmed, 2007.

MENDONÇA, Anna Clara Feliciano. **A relação entre pobreza e o desenvolvimento de transtornos mentais dos usuários da Emergência Psiquiátrica de Campina Grande: um estudo exploratório**. Campina Grande 2008. 80f. Trabalho Acadêmico Orientado (Graduação em Serviço Social), Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinariedade**. Lucia Cristina dos Santos Rosa, Ivana Carla Gracia Pereira, José Augusto Bisneto; Eduardo Mourão Vasconcelos (org). – 4 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

