



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

JOSEMARIA SAMPAIO DE SOUSA

**A REINserÇÃO SOCIAL DOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS:
UMA ANÁLISE A PARTIR DA REALIDADE VIVENCIADA COM OS USUÁRIOS
DA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA DE CAMPINA GRANDE – PB**

CAMPINA GRANDE
2011

JOSEMARIA SAMPAIO DE SOUSA

A REINSERÇÃO SOCIAL DOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS: UMA
ANÁLISE A PARTIR DA REALIDADE VIVENCIADA COM OS USUÁRIOS DA
EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA DE CAMPINA GRANDE – PB.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Serviço Social da Universidade
Estadual da Paraíba como requisito para
obtenção do grau de bacharela em Serviço
Social.

Orientação: Profa. Ms. Sandra Amélia Sampaio Silveira

CAMPINA GRANDE
2011

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial Luiza Erundina – Serviço Social – UEPB

S725r Sousa, Josemaria Sampaio de.
A reinserção social dos portadores de transtornos mentais
[manuscrito] : uma análise a partir da realidade vivenciada com os
usuários da emergência psiquiátrica de Campina Grande – PB /
Josemaria Sampaio de Sousa – 2011.
31 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço
Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Sociais Aplicadas, 2011.

“Orientação: Profa. Ma. Sandra Amélia Sampaio Silveira,
Departamento de Serviço Social”.

1. Saúde Mental. 2. Sociabilidade. 3. Emergência Psiquiátrica.
4. Serviço Social. I. Título.

21. ed. CDD 362.62

JOSEMARIA SAMPAIO DE SOUSA

UMA ANÁLISE SOBRE A REINserÇÃO SOCIAL DOS PORTADORES DE
TRANSTORNO MENTAL, USUÁRIOS DA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA DE
CAMPINA GRANDE – PB

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Serviço Social da Universidade
Estadual da Paraíba como requisito para
obtenção do grau de bacharela em Serviço
Social.

Aprovado em: 19 / 08 / 2011

Nota: 9,5

BANCA EXAMINADORA

Sandra Amélia Sampaio Silveira

Prof.^a Ms. Sandra Amélia Sampaio Silveira
Orientadora

William Almeida de Lacerda

Prof. Ms. Willian Almeida de Lacerda
Examinador

Carmen Silva Alves

Prof. Ms. Carmen Silva Alves
Examinadora

Este trabalho é fruto de muita dedicação, esforço e perseverança, o qual dedico primeiramente a Deus, pois nos momentos de fraqueza me fez forte, dando-me segurança e enchendo-me de coragem para seguir a diante. Aos meus pais, por terem compartilhado com meus ideais, incentivando-me durante todo percurso.

Aos meus amigos, por todo apoio e incentivo. Em especial, à minha orientadora, Sandra Amélia, e supervisora de campo Carmen Alves, por todo empenho e dedicação para concretização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Quero expressar minha gratidão a todos que, pela dedicação, amizade e incentivo, contribuíram de forma significativa para a realização desta etapa em minha vida.

Agradeço de forma especial a Deus, por acreditar que pelo seu intermédio, foi possível a concretização deste trabalho. Em meio a lutas e conflitos, ele nunca me desamparou, pelo contrário, esteve sempre comigo e foi onde encontrei refúgio e abrigo.

Aos meus pais, principalmente a minha mãe Marisete por compartilhar com meus ideais, incentivando-me sempre a prosseguir na caminhada, embora existissem dificuldades, nunca me deixou desistir.

Aos meus professores da graduação, especialmente à minha orientadora Sandra Amélia, agradeço por todo exemplo e dedicação para com esse trabalho, não esquecerei seus ensinamentos, tão pouco, a pessoa admirável que és.

Às minhas supervisoras de Estágio, Carmen Alves e Valéria Melo, por terem me acompanhado durante todo processo de estágio e por terem dividido comigo seus conhecimentos, imprescindíveis, para um bom exercício profissional.

A toda equipe que compõem a Emergência Psiquiátrica de Campina Grande, bem como seus usuários pela boa receptividade e por terem contribuído com este trabalho, sem eles não seria possível sua realização.

Aos meus amigos, companheiros de jornada, Acácia, Erika, Rodolfo, especialmente, Janaina pode ter colaborado durante todo percurso, sempre lembrarei seu auxílio e compreensão.

Às minhas amigas, companheiras de estágio, Ane, Elidiane e, de maneira especial à Ilza, por ter me apoiado e colaborado nos momentos que precisei.

Enfim, agradeço a todos que de alguma forma contribuiu para minha formação acadêmica. O meu reconhecimento de que essa vitória não é apenas minha, mas pertence a vocês também.

“O espírito humano é mais forte que qualquer droga!
É isso que precisa ser alimentado, com trabalho,
lazer, amizade e família.
É isso que é importante ...
E foi disso que nós esquecemos ...
Das coisas mais simples ...”
(Extraído do filme Tempo de Despertar)

SUMÁRIO

RESUMO	7
1 INTRODUÇÃO	8
2 A SAÚDE MENTAL NO BRASIL: DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA À REFORMA PSIQUIÁTRICA	9
3 ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB	15
4 SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA	20
4.1 PERFIL DOS USUÁRIOS DA PESQUISA	20
4.2 UMA ANÁLISE SOBRE A REINSERÇÃO SOCIAL DOS(AS) USUÁRIOS(AS) DA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA DE CAMPINA GRANDE-PB	22
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	29
APÊNDICE	31

A REINserÇÃO SOCIAL DOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS: UMA ANÁLISE A PARTIR DA REALIDADE VIVENCIADA COM OS USUÁRIOS DA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA DE CAMPINA GRANDE – PB.

JOSEMARIA SAMPAIO DE SOUSA

RESUMO

O presente artigo resulta de uma pesquisa realizada por ocasião da experiência de estágio supervisionado na Emergência Psiquiátrica de Campina Grande. A pesquisa teve como objetivo analisar a reinserção social do portador de transtorno mental em seu meio social, com base na Reforma Psiquiátrica. Caracterizou-se como um estudo de caso e teve uma abordagem quanti-qualitativa. Os sujeitos da pesquisa foram os usuários da Emergência Psiquiátrica. A amostra foi composta por 10 usuários que estiveram internos nos meses de novembro e dezembro de 2010. Os dados foram coletados através da técnica de entrevista semi-estruturada. Os dados quantitativos foram submetidos a tratamento estatístico e os qualitativos a análise de conteúdo. De maneira geral, os resultados do estudo apontaram que a reinserção social ainda é um desafio na vida dos entrevistados, uma vez que o nível de participação dos mesmos na comunidade é inexpressiva. Foi possível identificar alguns limites impostos à efetivação da Política de Saúde Mental, sendo o principal deles a falta de articulação entre as equipes de saúde, os gestores e a comunidade, que em sua maioria não reconhece o portador de transtorno mental enquanto cidadão de direito. Todavia, a proposta da Reforma Psiquiátrica trouxe significativas contribuições para o processo de desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais, especialmente após o marco da Lei 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos destes sujeitos, determinando que os mesmos sejam tratados com humanidade e respeito, visando sua reinserção social.

Palavras-Chave: Saúde Mental. Reinserção Social. Emergência Psiquiátrica.

ABSTRACT

This article results from a survey conducted on the occasion of our experience of supervised Psychiatric Emergency in Campina Grande. The research aimed at analyzing the social rehabilitation of the mentally ill in their social environment based on psychiatric reform. Characterized as a case study and had a qualitative and quantitative approach. The subjects were users of psychiatric emergencies. The study sample consisted of 10 internal users who have been in the months of November and December 2010. Data were collected through the technique of semi-structured interview. Quantitative data were analyzed statistically and qualitative content analysis. Overall, the results of the study indicated that social reintegration is still a challenge in life of respondents, since the same level of participation in the community is negligible. It was possible to identify some limits to the effectiveness of the Mental Health Policy, the main one being the lack of coordination between the health teams, managers and the community, which no doubt is essential to promote the effective involvement and commitment of the whole society social reintegration of people with mental disorders. However, the proposal of the Psychiatric Reform has brought significant contributions to the deinstitutionalization of mental patients, especially after the March 10.216/2001 Law which provides for the protection and rights of these individuals, determining that they are treated with humanity and regard, to their social reintegration.

Keywords: Mental Health. Probation. Psychiatric emergency.

1 INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, o portador de transtorno mental foi excluído de todos os processos sociais, por ser considerado como incapaz de conduzir sua própria vida, na medida em que apresentava formas contrárias de pensar e agir em relação aos modelos hegemônicos na sociedade.

No Brasil, anteriormente à Reforma Psiquiátrica os serviços de saúde mental eram ofertados por meio de hospitais psiquiátricos que se destinavam a internações prolongadas. Tais instituições não ofereciam condições para os portadores de transtornos mentais manterem o convívio social e familiar e, caracterizavam-se pela superlotação e maus-tratos.

No entanto, no final da década de 1970, surge o Movimento de Reforma Psiquiátrica trazendo significativas contribuições para o processo de desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais, objetivando transformar as práticas sociais direcionadas ao sofrimento psíquico, bem como, construir uma rede de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, tendo em vista não apenas a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, mas desenvolver estratégias que possibilitassem a reinserção social destes sujeitos.

Desse modo, a Política Nacional de Saúde Mental teve como importante marco a aprovação da Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001) da autoria do Deputado Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais.

Neste sentido, entendemos que as “doenças mentais” mesmo sendo uma realidade que envolve processos sociais complexos, não podem ser enfrentadas através do isolamento do portador de transtorno mental, mas com políticas que viabilizem a integração social destes sujeitos em nossa sociedade.

A reinserção social passou a se constituir objeto de reflexões durante o período de Estágio Curricular desenvolvido na Emergência Psiquiátrica de Campina Grande, que funciona como parte da Rede de Atenção à Saúde Mental no referido município, ao percebermos que mesmo com a existência da lei que regulamenta os direitos dos portadores de transtornos mentais, sobretudo, em sua reintegração à sociedade, essas pessoas não têm seus direitos respeitados ou não são oferecidas oportunidades para que possam resgatar a sua dignidade.

Entendendo o processo de inserção social para o exercício da cidadania, Saraceno (1999) evidencia que essa construção depende de variáveis que operam contra ou a favor da continuidade, do exercício da autonomia nos três cenários: habitat, rede social e trabalho

como valor social. Na perspectiva de reabilitação psicossocial tudo que está contra a reabilitação e conseqüentemente não favorece a aquisição da cidadania das pessoas que convivem com transtornos mentais.

Em decorrência dessa experiência, o trabalho ora apresentado resulta de um projeto de pesquisa desenvolvido na referida instituição, que teve como objetivo principal analisar a reinserção social do portador de transtorno mental em seu meio social com base nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Inicialmente, fazemos um breve resgate da saúde mental no Brasil, situando a reforma psiquiátrica e seus desdobramentos para, em seguida, discutirmos a saúde mental em Campina Grande. Considerando a realidade deste município, passamos para a apresentação dos procedimentos metodológicos da pesquisa, o perfil dos sujeitos pesquisados e a análise dos resultados encontrados acerca da reinserção social dos(as) usuários(as) da Emergência Psiquiátrica.

2 SAÚDE MENTAL NO BRASIL: DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA À REFORMA PSIQUIÁTRICA

Historicamente são identificados diversos registros acerca da loucura, relacionados a diferentes contextos e explicações para os comportamentos não condizentes com os padrões impostos pela sociedade vigente.

O comportamento humano é passível de variações de acordo com as diferentes sociedades, o que é considerado adequado em uma sociedade, pode não sê-lo em outra. Partindo deste conceito, Bisneto (2007, p. 175), afirma que:

As sociedades modernas são complexas. Dentro de qualquer delas há uma variedade muito grande de comportamentos possíveis. O que é inconcebível em um determinado grupo social pode ser aceitável em outro, dentro da mesma sociedade. O que para um subgrupo social pode ser interpretado como loucura, para outro é um modo de ser de acordo com seus hábitos ou tradições.

A loucura foi vista de diferentes maneiras ao longo do tempo e foram atribuídas a esta diversas características, conforme a sociedade em que estava inserida. Assim, ela foi vista como castigo dos deuses, como manifestação divina, como experiência trágica de vida, como

possessão por demônios, enfim sua compreensão tem perpassado por diversas fases e períodos históricos desde as sociedades mais primitivas aos dias atuais (BISNETO, 2007).

No Brasil, a loucura tornou-se objeto de intervenção a partir da chegada da Família Real, no início do século XIX. Contudo era necessário que o Estado tomasse algumas medidas de controle social, uma vez que se evidenciavam mudanças econômicas, sociais e políticas e sem tais medidas o crescimento das cidades e das populações ficaria impossibilitado.

Durante o período que marca a chegada da Família Real, o doente mental podia ser encontrado em diversas partes, seja nas ruas, nas prisões, nas casas de correções, nos asilos ou nos porões das Santas Casas de Misericórdia.

De acordo com Jorge et al (2005), as condições subumanas a que estavam submetidas os doentes mentais no Rio de Janeiro, teriam ocasionado a indignação de D. Pedro II e, paralelamente, foi iniciado um movimento popular para que fosse construído um local exclusivo para tratamento da loucura.

Conforme Jorge et al (2005), a vinda da Família Real promoveu um confronto cultural que aproximou o país das idéias de Pinel¹, debatidas na Europa em torno do tratamento dos transtornos mentais, no qual os manicômios tinham papel central.

Seguindo tal tendência francesa, na qual a loucura era tida como doença que necessitava de um tratamento médico, foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro em 1852 no Rio de Janeiro, subordinado a Santa Casa de Misericórdia, que tinha a finalidade de abrigar não apenas os loucos, mas os alcoólatras, mendigos, epiléticos, e pessoas de outras províncias do país que não tinham acesso à locais próprios para o tratamento da loucura e, eram considerados perigosas para o convívio social e familiar. Neste sentido, o propósito principal era de manter a ordem e a paz social (AMARANTE, 1994).

Um dos problemas enfrentados pelo hospício foi a superlotação, pois em pouco tempo de construído as 350 vagas foram preenchidas tornando-se insuficientes para o grande número de pedidos que vinham de todo país para que fossem retirados do convívio social todos que representassem um perigo para a sociedade.

Aliada a essa problemática, várias críticas foram formuladas pelos médicos devido aos maus tratos que sofriam as pessoas confinadas, e que precisavam de um tratamento mais

¹ Phillipe Pinel – médico enciclopedista, filósofo e naturalista, considerado o pai da psiquiatria, foi nomeado diretor do Hospital Francês Bicêtre no final do século XVIII, onde propôs uma nova forma de tratamento através de internações num local específico para os doentes mentais. Neste momento, a Loucura torna-se objeto do saber médico, caracterizando-se como doença mental e, portanto, passível de cura.

humanitário, pois mesmo sendo um local exclusivo para o atendimento dos doentes mentais os médicos eram poucos e não tinham muita influência dentro da instituição.

Nesse contexto, o Hospício D. Pedro II foi desvinculado da Santa Casa da Misericórdia no ano de 1890, passando a ser chamado de Hospício Nacional dos Alienados, o qual ficou subordinado à administração pública e teve a frente de sua gerência a classe médica.

Logo foi criada a Assistência Médico Legal aos Alienados, a primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República. Neste mesmo cenário foram criados as duas primeiras Colônias de Alienados do Brasil, inspiradas em experiências européias, que tinham a função de fazer com que os loucos e a comunidade convivessem fraternalmente em casa ou no trabalho, através da adoção do trabalho terapêutico. Tais medidas foram considerados como a Primeira Reforma Psiquiátrica no Brasil (AMARANTE, 1994).

As Colônias Agrícolas se expandiram no país, porém, a superlotação, os maus tratos, a falta de materiais de tratamento e as péssimas condições estruturais, tornaram-nas semelhantes aos hospícios, negando assim a sua resolutividade (CIRILO, 2006).

Na década de 1930, não se constatava muitos avanços, a assistência psiquiátrica continuava a ser oferecida exclusivamente pelas estruturas manicomiais. Nessa época, como afirmam Jorge et al (2005), se buscou a cura para os males da mente em tratamentos médicos e cirúrgicos, tais como a eletroconvulsoterapia, os choques insulínicos e as psicocirurgias, com destaque para a lobotomia frontal. Estas práticas médicas geravam conseqüências graves, pois muitos pacientes tinham seu comportamento modificado por alguns destes métodos agressivos, que podem ser comparados a maus tratos.

Em anos subseqüentes, sobretudo na década de 1960, configurou-se o modelo médico assistencial privatista, a partir da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) após o Golpe Militar. De acordo com Dalmolin (2000) neste período expande-se a cobertura previdenciária para a maioria da população priorizando a prática médica curativa, individual e especializada em detrimento da saúde pública. No que tange à saúde mental, o Estado passou a comprar serviços psiquiátricos do setor privado, o qual teve grande expansão com o aumento da demanda, gerando crescimento desordenado de internações que mantinham intocado o estado precário a que eram submetidos os portadores de transtorno mental. Sobre o atendimento oferecido pela rede privada, Amarante (1994, p. 53) ressalta que:

A doença mental tornou-se, nesse momento, um objeto de lucro, uma mercadoria, a situação dos hospitais privados e da assistência aos doentes mentais era a mesma das unidades públicas, somando-se, ainda, um aproveitamento no que dizia respeito à falta de liberdade e direitos; os tempos de internações eram frouxos e as visitas proibidas.

O contexto apresentado ocasionou fortes críticas nos primeiros anos da década de 1970, contra a indústria da loucura, por parte de profissionais da saúde mental, uma vez que o modelo asilar adotado não estava sendo eficaz no que se refere à assistência e recuperação das pessoas acometidas por transtornos mentais.

Concomitantemente a esse processo, iniciaram-se denúncias de maus tratos, falta de higiene, superlotação e violências nos próprios hospitais. Esse quadro de denúncias foi o fator decisivo para a organização do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que teve sua formação em 1978. Também faziam parte das suas denúncias a falta de recursos das instituições psiquiátricas e a precariedade das condições de trabalho. Para Dalmolin (2000, p. 53), tal movimento representou: “O ator e sujeito político fundamental no projeto da reforma psiquiátrica brasileira, em que emergem as propostas de reformulação do modelo assistencial e no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico”.

A luta do MTSM foi impulsionada com a vinda de Basaglia² ao Brasil em 1978, onde foi possível debater sobre a situação em que se encontrava a assistência à saúde mental no Brasil não apenas com os trabalhadores em saúde, mas com outros membros da sociedade, pois propiciou uma série de reflexões críticas sobre o modelo vigente no país e assim foi possível a conquista de outros adeptos para a Luta do MSTM.

Nesse sentido, é na década de 1980 que o Movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil ganhou força política e social, como nos afirmam Jorge et al (2005, p. 212),

[...] inseridos em movimentos civis que buscavam a democratização e maior participação popular nos rumos da nação, surgem grupos de profissionais em saúde mental juntamente com segmentos da sociedade civil, que se organizam para combater o modelo psiquiátrico segregatório e excludente, buscando uma política de saúde mental equânime, inclusiva, extra-hospitalar e de base comunitária.

Conforme Amarante (1995), tais acontecimentos influenciaram fortemente a I Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em junho de 1987 no Rio de Janeiro. Neste

² Franco Basaglia foi precursor e protagonista da reforma psiquiátrica italiana, movimento que defendia a desinstitucionalização da loucura a partir da superação das internações manicomiais. Tal experiência foi concretizada na Cidade de Trieste nos anos de 1971 e 1978 com a desmontagem do aparato manicomial e a construção de novos espaços de atenção e de formas de lidar com a loucura.

evento foram formuladas críticas a psiquiatria e ao modelo hospitalocêntrico e foram discutidos temas referentes à cidadania dos portadores de transtornos mentais, a necessidade de revisão da legislação e a reorganização da assistência à Saúde Mental. No mesmo ano, foi realizado o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, do qual emergiu o movimento social de luta contra o tratamento asilar, que teve como lema: “Por uma Sociedade sem Manicômios”.

É com base na mobilização do Movimento da Luta Anti-manicomial, que seu líder Paulo Delgado apresentou o projeto de Lei 3.657/89 ao Congresso Nacional que dispunha sobre a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios do país (BRASIL, 2001).

A partir do referido projeto de lei, as discussões sobre saúde mental foram ampliadas em diversos Municípios e Estados brasileiros que, posteriormente, criaram as suas leis específicas nesta área. Um exemplo deste acontecimento, no processo de reestruturação da política de saúde mental no país, foi a intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos, no estado de São Paulo, no ano de 1989. Tal estabelecimento ficou conhecido pelos maus tratos e tratamento desumano oferecido aos seus pacientes. Neste momento, configurou-se uma nova estrutura que marcou a construção de uma rede de serviços de acolhimento e assistência conhecidos como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que objetivavam tratar os usuários próximos às suas casas, junto às suas famílias (JORGE et al, 2005).

Na década de 1990, ocorreu no cenário internacional a Conferência de Caracas, fato importante que possibilitou discutir sobre a reestruturação de assistência psiquiátrica na América Latina. Tal acontecimento resultou na elaboração da Declaração de Caracas, em 1990, que enfatizou princípios que privilegiam a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e declara ainda: que a reestruturação da assistência psiquiátrica deverá estar ligada ao atendimento primário em saúde; que deverá haver uma revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico; e que a assistência deverá salvaguardar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis.

No final de 1992 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), marcada pela participação de usuários, familiares, trabalhadores e representantes de entidades civis. Dentre os temas discutidos, os principais se referiram ao modelo de atenção e aos direitos de cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais que culminaram com os princípios e diretrizes norteadores da Reforma Psiquiátrica Brasileira, principalmente no que concerne à desinstitucionalização.

Nesse momento, começava a entrar em vigor as primeiras regulamentações federais³ que permitiram a implantação da rede de serviços substitutivos. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) passou a preconizar a criação de uma rede comunitária de cuidados, que possa oferecer aos portadores de transtornos mentais a articulação com outros espaços, que lhes proporcionem emancipação e inclusão social.

Em conformidade com as deliberações da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, se faz necessário estruturar uma rede de serviços no sistema local, de acordo com cada realidade, para que os sujeitos possam ser atendidos em sua integralidade. Ainda segundo tais deliberações, essa rede de serviços pode ser entendida como um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integrada das várias dimensões da vida do indivíduo, desde que se contemple aspectos interventivos, sejam eles educativos, assistenciais ou de reabilitação.

De acordo com tal processo, destacamos o papel fundamental dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), enquanto dispositivos de atenção à saúde mental e parte desta rede de serviços que se estruturava no país para conferir legitimidade à Reforma Psiquiátrica. Neste sentido, Mello, Mello e Kohn (2007, p. 59) afirmam:

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção a saúde mental, tem valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que possa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país.

Conforme o autor, podemos citar os CAPS enquanto articuladores da rede de atenção de saúde mental em seu território, uma vez que participam do processo de construção de uma lógica comunitária de atenção à saúde mental, oferecendo os recursos fundamentais para a reinserção social de pessoas com transtornos mentais.

Após ter passado 12 anos tramitando no Congresso Nacional, a Lei 10.216 (BRASIL, 2001) que regulamenta a Política de Saúde Mental de autoria do deputado Paulo Delgado, foi sancionada em 06 de abril de 2001, representando uma grande conquista para os portadores de transtornos mentais, sobretudo, no que se refere aos seus direitos, e a uma nova forma de

³ É na década de 1990, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundados nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, que só foram reestruturados pelas portarias n. 336/02 e 189/02 estabelecendo outras modalidades de CAPS.

tratamento, a qual prioriza-se os princípios da inclusão social, da autonomia, da integralidade e da desinstitucionalização (SILVA, 2005).

Nesse sentido, Mello, Mello e Kohn (2007) destacam o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) enquanto importante mecanismo instituído pelo Ministério da Saúde que permite a redução e o fechamento de leitos de hospitais psiquiátricos de forma gradual, pactuada e planejada em todo país. O mesmo autor nos revela que:

O PANASH/Psiquiatria permite aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes em sua rede de saúde, ao mesmo tempo que indica aos prestadores critérios para uma assistência psiquiátrica compatível com as normas do SUS, e descredencia aqueles hospitais sem qualquer qualidade na assistência prestada a sua população adscrita (MELLO; MELLO; KOHN, 2007, p. 46).

Desse modo, o processo de desinstitucionalização é impulsionado pela criação dos serviços substitutivos que passam a compor uma rede integrada de atenção à saúde mental.

Podemos destacar enquanto parte dessa rede de serviços substitutivos, o Programa “De volta para Casa”, criado a partir da Lei Federal 10.708, de 31 de julho de 2003. Seu objetivo principal é contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação no valor de 320,00 aos seus beneficiários pelo período de um ano, podendo ser renovado (BRASIL, 2003).

Como vimos, os serviços ora apresentados, constituem-se parte da rede de atenção em saúde mental e, funcionam em conformidade com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, entretanto, outros serviços compõem a rede e, dado sua importância, serão evidenciados no próximo tópico que abordará a realidade do município de Campina Grande.

3 ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB

Como parte da efetivação desta política que tem como diretrizes principais a redução de leitos de forma gradual e a expansão e consolidação de uma rede de serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico, o município de Campina Grande/PB vivenciou como marco deste

processo, a intervenção no Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF), mais conhecido como Hospital João Ribeiro.

Desse modo, Campina Grande participa mais efetivamente do Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira a partir do processo de intervenção no Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF), conhecido como Hospital João Ribeiro, representando um avanço bastante significativo na consolidação desta proposta (CIRILO; OLIVEIRA FILHO, 2010).

Após ter passado por sucessivas avaliações negativas do PNASH/Psiquiatria, o ICANERF ficou entre as 10 piores instituições psiquiátricas do país. O relatório elaborado pela equipe da Agência Estadual de Vigilância Sanitária (AGEVISA) destacou alguns itens vistoriados, que foram reprovados, tais como: número insuficiente de banheiros e a presença de fezes e urinas nas dependências do hospital, paredes sujas, e infiltradas, banheiros sem chuveiros, ausência de equipamentos médicos necessários e superlotação. Estes foram alguns dos problemas recorrentes no hospital, revelando assim as péssimas condições e o modelo segregatório e excludente a que eram submetidos seus pacientes (CIRILO; OLIVEIRA FILHO, 2010).

De acordo com Mello, Mello e Kohn (2007), a partir de 2004 começou o processo de desinstitucionalização dos 176 pacientes do Hospital João Ribeiro e de descredenciamento do Serviço da rede SUS, sendo que a gerência do mesmo foi assumida pela Gestão Municipal e pelo Ministério da Saúde, por determinação judicial em abril de 2005. Para tanto, ocorreu a visita de um representante da área técnica de saúde mental do referido ministério, a partir da qual foi estruturada uma Comissão de Intervenção que tinha o objetivo de viabilizar o processo de intervenção no hospital, bem como, oferecer uma reorientação da assistência em saúde mental no município. Sobre este processo, Macedo (2008, p. 29) afirma que:

A desinstitucionalização desses usuários possibilitou formas humanizadas de tratamento contidas no modelo de Reforma Psiquiátrica, que está pautada na atenção psicossocial a qual prioriza a convivência familiar, reinserção do usuário na sociedade para que a mesma possa conviver com a diferença e promover a cidadania e autonomia das pessoas portadoras de algum tipo de sofrimento psíquico.

Seguindo tal perspectiva, o processo de intervenção do ICANERF possibilitou ao município, incentivos financeiros do Ministério da Saúde para a implantação de novos CAPS, de uma Unidade de Referência em Saúde Mental (URSM) e das Residências Terapêuticas.

Vale ressaltar que neste período, Campina Grande foi habilitada no Programa de Volta para Casa.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) Campina Grande apresenta-se como exemplo no processo de Reforma Psiquiátrica, uma vez que vem produzindo mudanças importantes, apesar dos desafios e das dificuldades existentes.

Atualmente a Rede de Atenção em Saúde Mental de Campina Grande encontra-se estruturada de forma a garantir ao portador de transtorno mental os cuidados necessários para que o mesmo seja incluído nos processos de cidadania e tenha seus direitos respeitados. Logo, apresenta-se da seguinte maneira:

- a) 02 CAPS I, que são serviços destinados as cidades de pequeno porte, que tenham população entre 20.000 e 50.000 habitantes. Estão localizados nos distritos de Galante e São José da Mata, devendo dar cobertura para toda clientela adulta com transtornos mentais severos e persistentes, a crianças, adolescentes e pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras drogas;
- b) 01 CAPS II - que são serviços que dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes e, atende usuários adultos de ambos os sexos, portadores de transtornos mentais severos. O trabalho clínico desenvolvido nessa modalidade de CAPS deve proporcionar ao usuário uma reintegração com a família e com a sociedade, sem que haja necessidade de internação prolongada;
- c) 01 CAPS III – que se constitui como um serviço previsto para municípios com mais de 200.000 habitantes. Atendem a clientela adulta, funciona 24 horas e presta um trabalho semelhante ao desenvolvido pelo CAPS II, porém permite curta internação aos seus usuários;
- d) 01 CAPS AD, especializado no atendimento de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas). Atende jovens e adultos de ambos os sexos;
- e) 02 CAPS infantis, que se encontram divididos nas unidades CAPS Viva Gente e o CAPS Centro Campinense de Intervenção Precoce, e atendem crianças de 0 a 18 anos;
- f) 01 Emergência Psiquiátrica, que oferece assistência 24 horas aos usuários em crise ou surto psiquiátrico;
- g) 01 Centro de Convivência e Cultura “Artes e Ofícios”, que objetiva resgatar a auto-estima e a cidadania dos Portadores de Transtornos Mentais através das atividades por ele promovidas;

- h) 06 Residências Terapêuticas, sendo 3 masculinas e 3 femininas, com o intuito de responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais com histórico de longas internações.

Esses serviços devem funcionar de forma articulada no sentido de fortalecer a Rede de Saúde Mental existente e o processo de Reforma Psiquiátrica local. Cirilo e Oliveira Filho (2010, p. 158) reforçam tal idéia afirmando que:

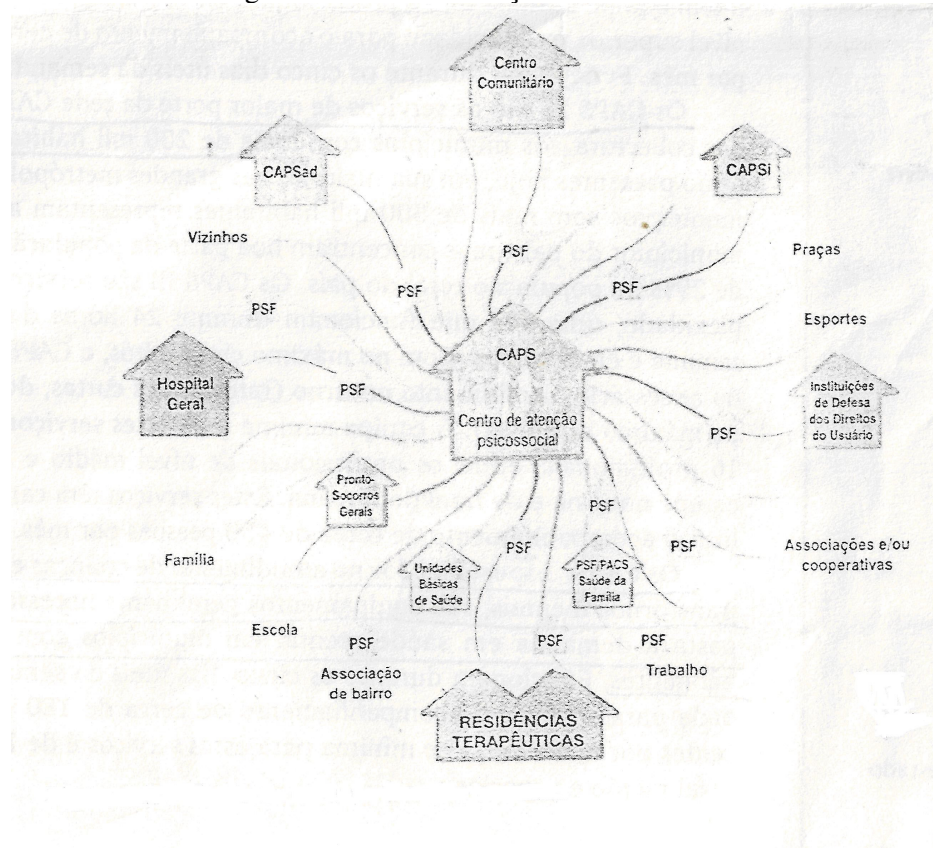
A partir deste processo, o município avançou e viabilizou novas formas de acolher e cuidar do transtorno mental, na comunidade, na família, nas residências terapêuticas, contrapondo-se aos princípios impostos pela prática segregadora da hospitalização psiquiátrica e disseminando ações e atitudes que valorizam a reinserção social [...]

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), apenas uma organização em rede de diversos equipamentos da cidade é capaz de compreender as complexas demandas de reinserção social dos portadores de transtornos mentais, ao contrário de um simples serviço ou equipamento de saúde que, sozinhos, não garantem a autonomia e a cidadania destes sujeitos.

Nesse sentido, é imprescindível que os serviços de saúde mental busquem se articular com outros recursos existentes, sejam estes no campo da saúde (Estratégia de Saúde da Família, Centros de Saúde, rede básica, ambulatórios, hospitais gerais e especializados) ou no campo das políticas públicas em geral, indo desde o ministério público, previdência social até as políticas educacionais, de esporte, lazer etc.

Assim, é a idéia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos, conforme demonstra a figura a seguir:

Figura 1 – Rede de Atenção à Saúde Mental



Fonte: Mello, Mello e Kohn (2007)

É nesse contexto de Rede de Serviços em Saúde Mental que insere-se a Emergência Psiquiátrica de Campina Grande, inaugurada em junho de 2005, sendo inicialmente denominada de Unidade de Referência em Saúde Mental (URSM). Destina-se a atender pessoas em crise ou surto psiquiátrico, prestando suporte à referida rede assistencial de modo a evitar as internações prolongadas, para que o usuário retorne ao seu convívio sócio-familiar.

Assim o tempo previsto de permanência do usuário na Emergência Psiquiátrica é de 72 horas, podendo haver modificações neste número de horas, conforme a necessidade identificada em cada caso.

A referida instituição foi lócus do nosso estágio supervisionado em Serviço Social no período de agosto de 2009 à dezembro de 2010. Durante esse período foi possível compreender sua estruturação e funcionamento enquanto parte da Rede de Saúde Mental e desenvolver algumas atividades que puderam contribuir com a dinâmica institucional, bem como motivou o nosso interesse em discutir sobre a reinserção social dos seus usuários, enquanto princípio preponderante da Reforma Psiquiátrica. Assim, o estudo sobre essa

temática, a partir da pesquisa que realizamos na Emergência Psiquiátrica, nos permitiu chegar aos resultados apresentados a seguir.

4 SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA

Antes de discutirmos os principais resultados da pesquisa, consideramos necessário apresentar a metodologia adotada.

A pesquisa caracterizou-se como sendo um estudo de caso, uma vez que “consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento” (GIL, 1988, p. 54).

Para a operacionalização da pesquisa, foi adotada a abordagem quali-quantitativa. Conforme Minayo (1994), a abordagem quantitativa representa uma abordagem mais visível, morfológica e concreta (traduzido por dados matemáticos), enquanto que a abordagem qualitativa representa o universo subjetivo, explorando os significados das ações e das relações humanas, num nível de realidade que não pode ser quantificado.

Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada, por entendermos que esta, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece possibilidades para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação (TRIVIÑOS, 1987).

Os dados quantitativos foram submetidos a tratamento estatístico e os qualitativos à análise de conteúdo, sendo os dados agrupados em categoria, que serão apresentados e discutidos nos itens seguintes.

4.1 PERFIL DOS USUÁRIOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram os usuários da Emergência Psiquiátrica de Campina Grande. Considerando que nesta instituição são atendidos usuários em crise ou surto psiquiátricos, priorizamos aqueles que estivessem apresentando melhora no seu quadro clínico no momento da realização da coleta de dados. Assim, a amostra foi composta por 10 usuários que estiveram internos entre os meses de novembro e dezembro do ano de 2010.

Dentre os(as) entrevistados(as) da pesquisa 50% são do sexo masculino e 50% são do sexo feminino. Este dado confirma o que Louzã Neto e Elkis (1999) nos afirmam acerca dos transtornos mentais, ao indicar que atinge igualmente homens e mulheres, podendo haver alguma variação entre os estudos, porém, não há distinção entre sexo, raça, classe social ou fatores geográficos. No entanto, vários estudos apontam que as mulheres têm uma tendência maior de desenvolverem algum transtorno mental, em função do acúmulo de papéis a elas atribuído na sociedade e a fatores de riscos a que frequentemente estão expostas, como a violência doméstica, a exploração de gênero, a pobreza, dentre outros (ADEONATO et al, 2005; SANTOS, 2009 apud SILVA, 2011).

Com relação à idade dos sujeitos pesquisados, constatamos que prevalecem as idades entre 25 e 40 anos, estabelecendo-se uma média de 27,6 anos de idade. Podemos verificar que os(as) entrevistados(as) concentram-se todos na fase adulta e produtiva.

No que se refere ao nível de escolaridade, os resultados da pesquisa evidenciam que do total de 10 usuários(as) entrevistados(as) 7 (70%) não concluíram o ensino fundamental, enquanto que 2 (20%) possuem ensino médio incompleto, e apenas 1 (10%) possui ensino superior incompleto. Estes dados revelam o baixo grau de escolaridade dos(as) entrevistados(as), o que pode trazer ainda mais dificuldades para a reinserção social, especialmente no que diz respeito ao mercado de trabalho, como veremos a seguir. Destaca-se o fato de que a maioria teve o processo de ensino-aprendizagem interrompido em função dos transtornos mentais. Assim, sendo o nível de escolaridade uma exigência do mercado de trabalho, percebemos que o nível de escolaridade dos sujeitos pesquisados é baixo e isso pode ser determinante para que as rendas também sejam. A esse respeito diversos estudos apontam que apenas as diferenças em anos de escolaridade explicam que cerca de 30% da desigualdade de remuneração entre os trabalhadores brasileiros. O mercado de trabalho, nesse caso, é apenas um tradutor de desigualdade educacional em desigualdade de remuneração (IPEA, 2006, p. 33).

Quanto ao local que residem, constatamos que 100% dos entrevistados possuem moradia no município de Campina Grande. Esse expressivo número deve-se a uma determinação da gestão municipal de suspender o atendimento a usuários de outros municípios, em virtude de problemas administrativos referentes ao Plano de Pactuação Integrada (PPI).

Com relação a ocorrência de internações anteriores na Emergência Psiquiátrica, constatamos que 50% afirmam terem sido internos na instituição em outras ocasiões e 50%

revelam ser a primeira internação nesta unidade. Estes(as) últimos(as) encontravam-se em tratamento da sua primeira crise ou surto psiquiátrico.

Diante destes dados, vale salientar a importância da equipe profissional que atua na Emergência Psiquiátrica desenvolver uma abordagem que sensibilize e envolva igualmente os usuários, sejam estes reincidentes ou não. Com relação a essa conduta profissional, Amarante (2007, p. 82) afirma que:

[...] é necessário que existam serviços de atenção profissional que possibilitem o acolhimento das pessoas em crise, e que todas as pessoas envolvidas possam ser ouvidas, expressando suas dificuldades, temores e expectativas. É importante que sejam estabelecidos vínculos afetivos e profissionais com estas pessoas, que elas se sintam realmente ouvidas e cuidadas, que sintam que os profissionais que as estão escutando estão efetivamente voltados para seus problemas, dispostos e comprometidos a ajudá-las.

Tais atitudes representam uma forma de evitar as internações prolongadas tendo em vista o rápido retorno do(a) usuário(a) ao seu convívio familiar e social, conforme estabelecido nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

A pesquisa revelou que a maioria dos(as) entrevistados(as) (80%) não possui nenhuma ocupação, enquanto que apenas 20% trabalham. Verificamos, portanto, que a inserção de usuários portadores de transtornos mentais no mundo do trabalho é reduzida ou quase nula. Confirmando dessa maneira, a sua exclusão dos espaços comunitários, principalmente, os que se destinam às atividades laborativas.

Esse indicativo apresentado revela que as pessoas portadoras de transtornos mentais necessitam de condições favoráveis para ampliar a sua autonomia, com capacidade de fazer escolhas e acesso ao consumo de bens e materiais, por meio de sua inserção no mercado de trabalho, criando condições de cuidar de sua própria saúde no seu cotidiano, alterando assim significativamente suas condições de vida.

4.2 UMA ANÁLISE SOBRE A REINSERÇÃO SOCIAL DOS(AS) USUÁRIOS(AS) DA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA DE CAMPINA GRANDE-PB

Discutir a reinserção social implica numa ética de solidariedade, que para Pitta (2001) objetiva facilitar e estimular a participação dos sujeitos com limitações nos espaços sociais,

ressaltando assim no aumento da sua contratualidade afetiva, social e econômica, viabilizando o melhor nível de autonomia para a vida em comunidade.

Nesse sentido, ao questionarmos os entrevistados sobre o que entendiam por reinserção social, obtivemos as seguintes respostas:

Acho que é uma coisa boa [...] deve ser uma ajuda que as pessoas querem dá pra me ajudar a erguer na vida (Entrevistado 4).

Eu não sei o que é não. Não faço nem idéia do que seja isso (Entrevistado 5).

Pra mim tem a ver com a sociedade e pessoas com problema, assim como eu, querendo viver bem [...] Deixa eu ver [...] pelo nome, acho que é recolocar a pessoa no meio social (Entrevistado 9).

A partir destas falas, podemos identificar que ainda há um certo desconhecimento dos usuários acerca do que significa a palavra reinserção social em suas vidas. Entretanto, os entrevistados 4 e 9 aproximam-se do seu significado, pois relacionam-no como algo a ser desenvolvido em seu meio social com o objetivo de melhorar suas condições de vida. Apenas o entrevistado 5 demonstrou total desconhecimento quando foi indagado sobre o assunto proposto.

Tais posicionamentos indicam a necessidade de fortalecer o entendimento dos usuários acerca dos princípios da Reforma Psiquiátrica, contribuindo assim com sua efetividade, pois como afirma Amarante (2007), no campo de saúde mental, ter leis aprovadas não garante que os sujeitos sejam cidadãos de direito, pois a construção da cidadania diz respeito a um processo social complexo, em que é preciso mudar mentalidades, mudar atitudes e mudar as relações sociais. Da mesma maneira Saraceno (1999) afirma que promover a cidadania no campo da inserção social não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais seja afetivo, relacional, material, habitacional, produtivo e é nisso que encontra a reabilitação possível.

Neste aspecto depreendemos que os preceitos da reforma psiquiátrica não é somente a transferência do portador de transtorno mental para fora dos muros do hospital, mas no respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a ideia de cura como único horizonte, mas sim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade.

Ao indagarmos os sujeitos da pesquisa acerca da sua participação em atividades no bairro que residem, percebemos algumas limitações para que estes possam se reinserir nos espaços comunitários, conforme evidenciamos nas falas abaixo:

Vou na igreja de vez em quando, eu fico mais em casa, quando eu era bom eu saía, estudava, mais agora eu não gosto de sair (Entrevistado 1).

Ninguém quer passear comigo, vão lancha e não mim chama, minha filha vai pros almoço e não me chama, ela sente vergonha de mim, ninguém me chama, antigamente eu era bom, eu era feliz (Entrevistado 2).

Não gosto de sair pra canto nenhum. Eu gosto de tá em casa, só vou no CAPS, mais o lugar que eu mais gosto de tá é na minha casa (Entrevistado 3).

Minha mãe não deixa eu sair prá lugar nenhum, ela diz que lugar de doido é em casa. Eu tenho muita vontade de voltar a trabalhar, mas ela diz que ninguém vai “mim” aceitar trabalhando (Entrevistado 8).

Eu tenho vontade de jogar bola [...] mais meus amigo são pouco, depois que eu tive esse problema o pessoal foi se afastando sem querer ficar comigo. Gostaria de ir embora prá longe prá começar outra vida (Entrevistado 9).

A partir das situações identificadas, percebemos que em função do transtorno mental estes sujeitos se isolam (ou são isolados) do convívio com outras pessoas, impossibilitando o desenvolvimento de alguma atividade em seu meio social.

O isolamento sofrido pelo portador de transtorno mental é explicado por Goffman (2004), como decorrência de uma consciência social moralmente negativa acerca das doenças mentais, construída culturalmente pela sociedade. Essa forma de pensar e agir isola as pessoas portadoras de transtornos mentais das outras, por fazê-la se sentir inferior e indesejável, comprometendo assim a sua participação nos espaços sociais.

Nesse sentido, os portadores de transtorno mental acabam anulando seus desejos, anseios e opiniões em virtude dos limites e conseqüências pela forma como a sociedade lida com o mesmo ou até mesmo seus familiares “confinando-os” a vida em casa, aos cuidados de quem puder assistí-los ou entregues a própria sorte.

Isso demonstra que o preconceito é vivenciado na própria família, como expressam os depoimentos dos entrevistados 2 e 8, por não saber lidar com a situação ou por uma visão estigmatizadora do sujeito, ao enxergar o portador de transtorno mental como um indivíduo frágil e incapaz de desenvolver alguma atividade em sua vida.

Essas falas revelam alguns dos desafios para a reinserção social, pois, como afirma Pitta (2001), a reabilitação psicossocial só é possível a partir do desenvolvimento da autonomia para a vida em comunidade. Portanto, se a família demonstra preconceito com o portador de transtorno mental, o mesmo se sentirá incapaz de se relacionar com outras pessoas.

De acordo com Waidman (1999), é necessário o apoio psicossocial às famílias do portador de transtorno mental, uma vez que estas sofrem e se desgastam com as situações que os fazem se sentir sobrecarregados, bem como por acreditar que através da família é possível combater a exclusão, buscando reconstruir as relações cotidianas no sentido de fortalecer os laços de sociabilidade, contribuindo assim com a reinserção social.

Ao questionamos os sujeitos da pesquisa sobre como é sua vida na comunidade, obtivemos as seguintes respostas:

Minha vida tá muito ruim por causa das diferenças e das dificuldades, quando tô com minhas recaídas e crises não tenho apoio de ninguém, só da minha esposa. É tudo difícil, não tenho emprego, não tenho nada. Falta muita coisa prá melhorar (Entrevistado 7).

Prá mim tá péssima. Fico mais em casa não tem muita opção prá fazer. Às vezes eu tento fazer alguma coisa, mais é muito difícil prá uma pessoa como eu conseguir alguma coisa na vida (Entrevistado 9).

A partir do exposto constatamos que os entrevistados apresentam um nível de insatisfação com as situações vivenciadas no seu cotidiano. É notório, a partir destes depoimentos, o enfrentamento de dificuldades de inserir-se na vida comunitária e a falta de participação efetiva nos espaços e nas relações sociais.

Conforme Saraceno (1999), a participação na comunidade é condição preponderante para a reinserção social, pois a comunidade é tudo aquilo que o serviço não é e com o qual pode entrar em relação. Isso ratifica os preceitos deflagrados na Lei 10.216/2001 ao apontar que a reinserção social precisa estar baseada no tripé trabalho, família e comunidade. Da mesma forma Rabelo (2005, p.22) assevera que a inserção social não se refere apenas preparar o portador de transtorno mental em suas dificuldades para viver melhor na comunidade, mas “trata-se, outrossim, de preparar a comunidade para “tolerar⁴” as minorias ou diferentes sociais”.

⁴ O autor se refere utilizar o conceito budista de “tolerar” respeitar o outro como ele é e aproximar-se dele, estar com ele.

Com relação às oportunidades oferecidas aos(as) entrevistados para que os mesmos possam se inserir nos espaços sociais, 90% afirmou que o local onde residem não oferece nenhuma oportunidade.

Esse quadro expressa, portanto, a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas comprometidas com os ideais da Reforma Psiquiátrica, que contribuam com a reinserção social do portador de transtorno mental. É importante destacar que qualquer serviço ou ação com esse direcionamento deve ocorrer em base territorial, para que seja possível articular os vários recursos existentes no âmbito da comunidade.

De acordo com Mello, Mello e Kohn (2007), a emancipação de pessoas com transtornos mentais é possível a partir da construção de uma rede em que estejam articulados variados serviços e equipamentos da cidade sejam estes relacionados ao trabalho, lazer, moradia, laços familiares e comunitários. Enfim, o que é interessante compreender é que não é apenas um serviço ou esfera da sociedade que é capaz de promover a inclusão social destes sujeitos, mas a participação e organização dos sujeitos envolvidos neste processo.

Em relação às dificuldades encontradas pelos(as) entrevistados(as) para realização de alguma atividade no bairro que moram, foram expressivos as falas que remeteram à dificuldade de serem inseridos no mercado de trabalho, conforme veremos a seguir:

[...] Tenho muita vontade de voltar a trabalhar por causa das minhas necessidades, mais não querem que eu trabalhe mais, só porque tenho esses problemas (Entrevistado 6).

Muita coisa mudou por causa do meu problema, antes eu trabalhava e agora é tudo difícil, nem emprego eu arrumo mais (Entrevistado 7).

*A dificuldade maior que eu encontro é de conseguir um trabalho [...]
(Entrevistado 10).*

Estas falas demonstram que o portador de transtorno mental também é excluído do mundo do trabalho, fazendo com que os mesmos se sintam subestimados com essa realidade. Ao mesmo tempo, ressaltamos que as propostas de reinserção social devem incluir a criação de projetos sociais e comunitários, de geração de renda, como as cooperativas sociais, com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagens no mercado de trabalho, não apenas aquelas que apresentam longa história de internações psiquiátricas, mas as que apresentam dificuldades em função do seu transtorno mental, podendo assim ser contemplados com uma estratégia voltada para a construção da cidadania, autonomia e emancipação social.

Ainda, de acordo com Saraceno (1999), a reabilitação consiste em oferecer condições para que os usuários desenvolvam suas habilidades e competências. Excluir os usuários dos

processos sociais, conforme evidenciado nos depoimentos anteriores, apenas contribui para dificultar a reinserção social, uma vez que a mesma consiste na participação efetiva destes sujeitos na sociedade.

Por fim, ao questionarmos sobre alguma atividade desenvolvida pelo PSF do seu bairro destinado ao portador de transtorno mental, observamos uma lacuna nesse direcionamento. Todos os entrevistados responderam desconhecer algum trabalho realizado pelo PSF voltado para este segmento.

Logo, podemos perceber a urgência de estabelecer relações mais estreitas entre a Rede de Atenção Básica e a Política de Saúde Mental, visto que não foi citada nenhuma atividade desenvolvida pelo PSF (atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família), voltada ao portador de transtorno mental.

Uma vez que a ESF é proposta pelo Ministério da Saúde como reorganizadora do sistema de saúde a partir de uma atenção básica qualificada e resolutiva (BRASIL, 2011), consideramos que a mesma pode contribuir significativamente para a reversão do quadro de isolamento e negação de direitos, vivenciado pelos portadores de transtorno mental, investindo na promoção da saúde e na defesa da vida, educando a comunidade para a mudança de modos de pensar e lidar com o transtorno mental. Na mesma linha de pensamento, Brêda et al (2005) afirmam que no momento em que se coloca a atenção psiquiátrica em estrita vinculação com a atenção básica, é preciso considerar e refletir sobre a Estratégia Saúde da Família e o processo de reabilitação psicossocial, levando em consideração a interface de saúde mental com a saúde da família como foco de assistência integral.

Assim, consideramos esse espaço primordial para o desenvolvimento de ações em saúde mental visto que o conceito de território presente na ESF estabelece uma forte interface com princípios da reforma psiquiátrica brasileira, como as noções de territorialidade e responsabilização pela demanda; além de conferir um novo sentido e ordenamento às ações de Saúde Mental no contexto da atenção básica, numa abordagem relacional na qual o sujeito é concebido como participante de suas redes sociais e ambiente ecológico (SILVEIRA; VIEIRA, 2009 apud SILVA, 2011).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica Brasileira vem constituindo um processo decisivo na luta por direitos dos portadores de transtornos mentais, ao contribuir para transformações ocorridas nas práticas sociais direcionadas ao sofrimento psíquico e busca da construção de uma ética da autonomia e singularidade, que tendem a favorecer a reinserção social destes sujeitos.

Ao fazermos uma análise da reinserção social dos portadores de transtornos mentais, usuários da Emergência Psiquiátrica, percebemos que o tema é bastante complexo, visto que está relacionado com vários aspectos, sejam eles sociais, culturais, psicológicos, econômicos, políticos, etc.

Os resultados da pesquisa, ora apresentados, evidenciam que a reinserção social dos usuários da Emergência Psiquiátrica se apresenta como um desafio cotidiano a ser superado. No que diz respeito à participação na sociedade, salvo o espaço familiar, constatamos que a grande maioria dos entrevistados se isolam (ou são isolados) e não desenvolve nenhuma atividade fora de suas casas, o que dificulta o processo de reinserção.

A oportunidade para o portador de transtorno mental se inserir nas relações em seu meio social é considerada quase inexistente, principalmente no que tange ao ingresso no mercado de trabalho, sendo esta uma das maiores dificuldades enfrentada pelo mesmo.

Outra dificuldade vivenciada pelos usuários e, bastante comentada, refere-se ao preconceito, seja na família ou nos demais espaços da sociedade, o que contribui decisivamente para o seu afastamento do convívio social.

O estudo aponta para a necessidade de uma melhor articulação em rede entre todos os equipamentos e setores existentes na sociedade, sobretudo, os que se referem à implantação e consolidação dos programas e serviços substitutivos, que visam contribuir para a autonomia e cidadania dos portadores de transtornos mentais, possibilitando assim, a sua reinserção social.

Por fim, acreditamos na relevância deste estudo, na medida em que poderá contribuir para uma maior divulgação dos princípios da reforma psiquiátrica presentes na Lei 10.216/2001 que dispõe sobre os direitos dos portadores de transtornos mentais, bem como, oferecer aos profissionais da Emergência Psiquiátrica uma reflexão acerca da reinserção social destes usuários, buscando também avaliar as dificuldades e possibilidades que estes encontram em sua vivência cotidiana para que sejam consolidados tais direitos.

REFERÊNCIAS

- ADEODATO, V. G. et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 108-13, 2005.
- AMARANTE, P. **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.
- _____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- BISNETO, J. A.. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.
- 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.
- _____. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 ago. 2003.
- _____. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários: inclusão das ações de saúde mental na atenção básica**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>> Acesso em: 20 jun. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 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.
- CIRILO, L.S.; OLIVEIRA FILHO, P. de. Da desativação de leitos psiquiátricos à construção de uma rede substitutiva: a Reforma Psiquiátrica em Campina Grande (PB). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 84, p. 148-158, jan/mar. 2010.
- DALMOLIN, B. M. Trajetória da saúde mental no Brasil: da exclusão a um novo modelo. **O mundo da Saúde**, São Paulo, ano 24, n. 01, jan. /fev. 2000.
- GIL, A. C. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1988.
- GOFFMAN, E. **Identidade deteriorada**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- JORGE, M. A. S. et al. Políticas e práticas de saúde mental no Brasil. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Textos de apoio em políticas de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, H. **Esquizofrenia: abordagem atual**. São Paulo: Lemos, 1999.

- MACEDO, G. D. **Conviver com a diferença**: caminhos para reinserção social dos usuários do Caps II “Novos Tempos” no município de Campina Grande – PB. 2008. Monografia (Graduação em Serviço Social). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2008.
- MELLO, M. F. de; MELLO, A. de A. F. de; KOHN, R. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artimed, 2007.
- MENDES, E. V. **O distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.
- MINAYO, C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.
- PITTA, A.M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.
- PITTA, A. M. F.. Os centros de atenção psicossocial: espaços de reabilitação? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 43, p. 647-54, 1994.
- SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Corá; Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 1999.
- SILVA, C. S. **Perfil e demandas dos componentes do grupo de saúde mental da Unidade Básica de Saúde do Rocha Cavalcante - Campina Grande/PB**. 2011. Monografia (Graduação em Serviço Social). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2011.
- SILVA, M. B. B. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 127-150, jan./jun. 2005.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
- WAIDMAN, M. A. P.; JOVELAS, V. M. G.; STEFANELLI, M. C. Família e doença mental. **Fam. Saúde Desenvolv.**, Curitiba, v 1, n. 112, jan./dez. 1999.

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1. Sexo: () M () F
2. Data de Nascimento: ____/____/____
3. Bairro em que você reside? _____
4. Grau de Instrução:
 - () Analfabeto
 - () Ensino Fundamental Completo
 - () Ensino Fundamental Incompleto
 - () Ensino Médio Completo
 - () Ensino Médio Incompleto
 - () Superior Completo
 - () Superior Incompleto
5. Já esteve interno outras vezes na Emergência Psiquiátrica?
 - () Sim () Não
6. Você já ouviu falar em reinserção social?
 - () Sim () Não
 - Se sim, o que entende por reinserção social? _____
7. Tem alguma ocupação?
 - () Sim () Não Qual? _____
8. Participa de alguma atividade no bairro em que mora?
 - () Sim Qual? _____
 - () Não Por quê? _____
9. Como é sua vivência em sua comunidade?
 - () Boa
 - () Ruim
 - () Razoável
 - () Ótima
 - () Péssima
 - Por que? _____
10. O local onde você mora lhe oferece oportunidades para participar de alguma atividade?
 - () Sim () Não
11. Você encontra dificuldades para participar de alguma atividade realizada em seu bairro?
 - () Sim Qual (is)? _____
 - () Não
12. Você costuma freqüentar outros locais além dos que recebe tratamento psiquiátrico?
 - () Sim Qual (is)? _____
 - () Não Por quê? _____
13. Participa de alguma atividade de lazer?
 - () Sim Qual? _____
 - () Não Por quê? _____
14. O PSF do seu bairro realiza algum trabalho voltado para o Portador de Transtorno Mental?
 - () Sim () Não