



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

MARCELA PEREIRA BEZERRA DE SOUSA

**REFORMA PSIQUIÁTRICA: desafios e perspectivas para a atuação dos
profissionais da Emergência Psiquiátrica de Campina Grande - PB.**

Campina Grande – PB

2013

MARCELA PEREIRA BEZERRA DE SOUSA

REFORMA PSIQUIÁTRICA: desafios e perspectivas para a atuação dos profissionais da Emergência Psiquiátrica de Campina Grande - PB.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Sandra Amélia Sampaio Silveira

Campina Grande – PB

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA SETORIAL CIA I – UEPB

S725r Sousa, Marcela Pereira Bezerra de.

Reforma Psiquiátrica: desafios e perspectivas para a atuação dos profissionais da emergência psiquiátrica de Campina Grande - PB / Marcela Pereira Bezerra de Sousa. – 2013.

30f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2013.

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

1. Saúde mental. 2. Reforma psiquiátrica. 3. Desafios e perspectivas profissionais. I. Título.

21. ed. CDD 362.2

MARCELA PEREIRA BEZERRA DE SOUSA

REFORMA PSIQUIÁTRICA: desafios e perspectivas para a atuação dos
profissionais da Emergência Psiquiátrica de Campina Grande - PB.

Aprovada em 19 de dezembro de 2013

Nota: 9,0

Banca Examinadora

Sandra Amélia Sampaio Silveira

Prof^ª. Msc. Sandra Amélia Sampaio Silveira

Orientadora – DSS/CCSA

Lúcia Maria Patriota

Prof^ª. Msc. Lúcia Maria Patriota

Examinadora – DSS/CCSA

Hilta Macleide Almeida da Silva

Hilta Macleide Almeida da Silva

Examinadora - Supervisora de Estágio

Campina Grande – PB

2013

AGRADECIMENTOS

Primeiro, agradeço a Deus pelo dom da vida, por me manter confiante, com fé, esperança e amor em toda minha jornada.

A Mariane, minha filha amada, razão da minha vida, por tornar minha existência cheia de doçura e alegria. Obrigada minha princesa por iluminar e abençoar os meus dias com o amor mais puro e mais doce que já conheci.

A Arnóbio, meu esposo, pelo companheirismo e amor, por estar sempre ao meu lado me apoiando. Obrigada meu Amor por tudo.

A minha mãe Irene, por toda dedicação e amor, por sempre estar por perto quando precisei, por sempre atender aos meus chamados. Obrigada!

Aos meus irmãos que acreditaram e me ajudaram nas horas precisas.

As minhas sobrinhas pelo carinho e dedicação.

As minhas amigas Iris, Dayane, Maria Rita e Andreza, pelo carinho ao longo da caminhada. Pela troca de experiência e conhecimento. Pela amizade construída para uma vida toda, por estarem por perto sempre!

A todas as amigas do curso, uma saudade imensa de uma convivência muito feliz.

A todos os professores pelo conhecimento transmitido e pelo carinho.

A orientadora Sandra Amélia, pela paciência, carinho e conhecimento doado. Obrigada pelas colocações sempre tão pontuais e necessárias.

A professora Lúcia Patriota, pela profissional admirável. Um exemplo a ser seguido. Obrigada por compartilhar conosco seu conhecimento e suas experiências.

A orientadora de estágio Hilda, pelo carinho imenso e pela doação incansável por todo o período em que estivemos em campo. Obrigada Titia!

Enfim, obrigada a todos que torceram por mim.

REFORMA PSIQUIÁTRICA: desafios e perspectivas para a atuação dos profissionais da Emergência Psiquiátrica de Campina Grande - PB.

SOUSA, Marcela Pereira Bezerra de

RESUMO

Com o propósito de contribuir para o debate acerca das transformações no âmbito da saúde mental, sintonizadas com a Reforma Psiquiátrica brasileira, discutimos nesse artigo os desafios e as perspectivas postas aos profissionais que atuam na Emergência Psiquiátrica (EP) de Campina Grande - PB, considerando as compreensões que os mesmos expressam sobre esse tema. O artigo traz os resultados de uma pesquisa que teve por objetivo geral analisar como os profissionais da EP compreendem o processo de Reforma Psiquiátrica (RP) e suas implicações sobre o cotidiano de trabalho dos mesmos. Os objetivos específicos foram: identificar como os profissionais da EP compreendem a RP; verificar o processo de trabalho dos profissionais da EP, referenciado nos princípios da RP e discutir os desafios e perspectivas para a atuação dos profissionais da EP nos marcos da RP. Tratou-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa, o método de análise utilizado foi o materialismo crítico dialético. A coleta de dados aconteceu no período de julho a agosto de 2012, na qual utilizamos as técnicas da observação participante e entrevista semi-estruturada. Os dados foram tratados a partir da análise de conteúdo. Os sujeitos da pesquisa foram 12 funcionários da EP, entre eles: Assistentes Sociais, Psicólogos, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem. Como principais resultados, destacamos que as compreensões acerca do que é a RP são perpassadas pela associação aos termos humanização, subjetividade, cidadania, inclusão social e qualidade de vida. Verificamos que os(as) profissionais entrevistados(as) compreendem a RP como um processo de transformação que procura romper com o modelo hospitalocêntrico/manicomial. Os desafios mais citados foram: a falta de formação continuada; e as precárias condições de trabalho. As perspectivas apontadas relacionam-se diretamente com a superação dos desafios postos: a superação da precariedade de trabalho e o acesso a formação continuada.

Palavras-chave: Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Emergência Psiquiátrica. Desafios e perspectivas profissionais.

PSYCHIATRIC REFORM: challenges and prospects for the work of professionals in the Psychiatric Emergency of Campina Grande - PB

SOUSA, Marcela Pereira Bezerra de

ABSTRACT

Aiming to contribute to the debate regarding the changes in mental health, attuned to the Brazilian Psychiatric Reform, discussed in this article challenges and perspectives put to professionals in the Psychiatric Emergency (PE) of Campina Grande - PB, considering representations that they express on this topic. The article presents the results of a survey which had the overall objective of analyzing how professionals understand the process of EP Psychiatric Reform (PR) and its implications on the daily work of the same. The specific objectives were to identify how professional the EP include the RP, check the process of working with professionals EP, referenced the principles of RP and discuss the challenges and prospects for the work of professionals in the EP marks the RP. This was a case study with a qualitative approach; the method of analysis used was the dialectical historical materialism. Data collection took place during July-August 2012, in which we use the techniques of participant observation and semi-structured interviews. Data were from the content analysis. The study subjects were 12 employees EP, including: Social Workers, Psychologists, Nurses and Nursing Technicians. The main results include the understandings about what is the RP are imbued by the association to the terms humanization, subjectivity, citizenship, social inclusion and quality of life. We found that (the) professionals surveyed (the) comprise the RP as a transformation process that seeks to break with hospitalocentric/asylum model. The most commonly cited challenges were lack of continuing education, and the poor working conditions. Prospects identified relate directly to overcoming the challenges posed: overcoming the scarcity of labor and access to continuing education.

Keywords: Mental Health. Psychiatric Reform. Psychiatric emergency. Challenges and professional perspectives.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
2. BREVE HISTÓRICO SOBRE AS FORMAS DE TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS MENTAIS E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	09
3. A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	12
4. DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA DE CAMPINA GRANDE – PB SOB A ÓTICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	18
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	29
APÊNDICE	31
ANEXOS	32

1.0 INTRODUÇÃO

No atual contexto de organização da saúde mental no Brasil há uma necessidade de fortalecer o campo de atuação dos profissionais nesta área, promovendo a interdisciplinaridade no atendimento aos usuários e a intersetorialidade entre os serviços, favorecendo a articulação com toda a rede de saúde mental e aprimorando o trabalho desenvolvido pelas equipes em consonância com a proposta de Reforma Psiquiátrica em curso.

Tendo o propósito de contribuir para o debate atual acerca das transformações no âmbito da saúde mental, sintonizadas com a Reforma Psiquiátrica brasileira nos propomos a discutir nesse artigo os desafios e as perspectivas postas aos profissionais que atuam na Emergência Psiquiátrica de Campina Grande - PB, considerando as compreensões que os mesmos expressam sobre esse tema e como atuam no seu cotidiano.

Partindo do pressuposto de que o estágio supervisionado se constitui como parte integrante, fundamental e estratégica do processo de formação acadêmica, o presente artigo foi motivado pela experiência vivenciada durante a inserção no estágio realizado na Emergência Psiquiátrica de Campina Grande – PB, de fevereiro de 2011 a julho de 2012. O estágio nos possibilitou uma aproximação com a temática da saúde mental, como também pudemos observar o cotidiano dos profissionais inseridos na dinâmica institucional. À medida que fomos sendo inseridos na realidade da instituição, percebemos a importância não apenas de mudanças na organização dos serviços, mas também de concepções e práticas, para que a reforma psiquiátrica se efetive a cada dia.

Por isso, consideramos relevante estudar a atuação dos profissionais da Emergência Psiquiátrica, pautadas pelos preceitos da reforma psiquiátrica, para entender quais os desafios e perspectivas que estes encontram na sua vivência.

Nesse sentido, realizamos uma pesquisa que teve como objetivo principal analisar como os profissionais da Emergência Psiquiátrica (EP) de Campina Grande, compreendem o processo de Reforma Psiquiátrica e suas implicações sobre o cotidiano de trabalho dos mesmos. Tratou-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa,

pelo fato de objetivarmos analisar a compreensão dos sujeitos sobre o tema pesquisado e suas ações em torno do mesmo.

Utilizamos as técnicas da observação participante (com registro sistemático em diário de campo) e entrevista semi-estruturada (ver roteiro anexo). A coleta de dados aconteceu no período de julho a agosto de 2012 e se deu em duas etapas: a primeira foi a observação participante e em seguida foram realizadas as entrevistas com os 12 profissionais que desenvolvem um trabalho direto com os usuários e compõem o quadro de funcionários da Emergência Psiquiátrica, entre eles: Assistentes Sociais, Psicólogos, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

O presente artigo foi estruturado em quatro partes. Na primeira, fizemos um breve histórico, sobre as formas de tratamento dos transtornos mentais, e a Reforma Psiquiátrica; na segunda, percorremos a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil; na terceira analisamos os resultados da pesquisa e na quarta apresentamos nossas considerações finais.

2.0 Breve histórico sobre as formas de tratamento dos transtornos mentais e a Reforma Psiquiátrica

Ao longo dos anos as formas de compreender e abordar a doença mental assume diferentes conotações. De acordo com Pessotti (1994), na Antiguidade Clássica, esta era vista como uma manifestação divina; na Idade Média como uma possessão demoníaca; no século XIX como uma alienação mental passível de “tratamento moral”, sendo nessa sociedade capitalista, uma subversão da ordem social.

De acordo com Desviat (1999, p. 45) “no século XVII em 1656 o Hospital Geral de Paris foi considerado por Foucault como A Grande Internação ou O Grande Enclausuramento, sendo esse hospital um espaço de segregação e enclausuramento da loucura”. Nesse espaço se alojavam não só os loucos, mas também os pobres, os leprosos, os ociosos, pessoas que a sociedade não queria perambulando, por considerá-las perigosas.

Na tentativa de libertar os loucos da opressão e encarceramento, o médico Philippe Pinel, em 1793 dirigindo o Hospital de Bicêtre, na França, começou a deixá-los livres dentro dos muros da instituição, para melhor observá-los e classificá-los. De

acordo com Amarante (1996), “sua proposta terapêutica baseava-se no tratamento moral e sua contribuição se deu além do desacorrentar dos loucos, foi fundamental para fundar a psiquiatria como uma especialidade médica”.

Após a Revolução Industrial, novos espaços de exclusão foram criados para as pessoas consideradas como loucas: asilos, casas de internamento e manicômios onde estas eram trancafiadas, sendo submetidas a tratamentos perversos e radicais, como por exemplo, agressões físicas e morais, etc.

Tais pessoas eram consideradas perigosas para a sociedade, por isso justificava-se o seu isolamento, “os conceitos de saúde e doença estavam numa perspectiva social, seguindo as normas do trabalho industrial e da moral burguesa, visando à manutenção da ordem pública” (BARBOSA, 2006, p.23).

Nesse período consolida-se o modelo hospitalocêntrico/manicomial, o que resultou em práticas excludentes e estigmatizantes para os portadores de transtornos mentais.

Após a segunda guerra mundial, dá-se a emersão de movimentos e experiências socioterápicas questionadoras da Psiquiatria tradicional, constituindo-se nos embriões da Reforma Psiquiátrica contemporânea.

Assim, temos experiências como a Comunidade Terapêutica, na Inglaterra, voltada para a recuperação de jovens que tiveram danos psicológicos com a guerra. Segundo Amarante (1998), o mais importante adepto dessa terapêutica foi Maxwell Jones, que acreditou na socialização dos portadores e na sua reabilitação através do trabalho e de atividades em grupos, onde eles podiam falar dos seus medos, seus conflitos, seus planos e projetos.

A Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor, ambas criadas na França, tinham como finalidade construir um serviço público de prevenção e tratamento. A proposta seria levada para a comunidade através de uma equipe multiprofissional (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros). Estas duas propostas de tratamento para pessoas com transtornos mentais objetivavam:

A promoção da restauração do aspecto terapêutico do hospital psiquiátrico e a recuperação da função terapêutica da Psiquiatria, sendo que, esta última, não acreditava ser possível tal obra dentro de uma instituição alienante,

promovendo as ações comunitárias, tendo na internação apenas uma das etapas do tratamento (ALVES *et al*, 2009, p. 89).

A Psiquiatria Preventiva, criada nos Estados Unidos, foi uma junção da psiquiatria de setor e da comunidade terapêutica. Tinham o intuito de combater tudo o que, na sociedade, pudesse interferir no bem-estar dos cidadãos. Como pontuou Amarante (1998) um dos principais nomes dessa corrente foi o autor Gerald Caplan, que acreditava que todas as doenças poderiam ser prevenidas caso fossem detectadas logo no seu início. Assim, promoveu uma verdadeira cassada aos suspeitos, no sentido de detectar pessoas que poderiam desenvolver algum problema mental para ser tratado precocemente.

Outra experiência foi a Antipsiquiatria, fundada na Inglaterra, que se instaurou em um ambiente cercado de críticas a respeito da estrutura social, tida como conservadora, bem como dos saberes e práticas da Psiquiatria.

Esses questionamentos não eram feitos apenas à Psiquiatria, mas à própria doença mental, tentando mostrar que o saber psiquiátrico não conseguia responder à questão da loucura. Para eles, a loucura é um fato social, ou seja, uma reação à violência externa. Por conseguinte, o louco não necessitaria de tratamento, sendo este apenas acompanhado em suas vivências. Defendia que o delírio não deveria ser contido, procurando-se, como saída possível, a modificação da realidade social (ALVES *et al*, 2009, p. 90).

Entretanto, é na Itália, ainda nos anos 1960, que surge o movimento de maior destaque, a Psiquiatria Democrática, implementada inicialmente nas cidades de Gorizia e Trieste, e que tinha como mentor o psiquiatra italiano Franco Basaglia. O livro *A Instituição Negada*, organizado por Basaglia, traz a experiência em Gorizia trazendo todo o debate sobre os princípios e estratégias da nova etapa das reformas psiquiátricas, e a proposta de desconstrução do espaço manicomial. Na cidade de Trieste, por sua vez, ocorre a mais rica e original experiência de transformação radical típica da chamada Psiquiatria Democrática, tendo em vista que ao mesmo tempo em que as enfermarias psiquiátricas iam sendo fechadas, vão sendo criados serviços substitutivos aos manicômios.

Basaglia compreendia a reforma psiquiátrica como um processo social complexo, a qual não podia se reduzir a uma mera reformulação de serviços, mas a superação dos manicômios e a instauração do processo de desinstitucionalização.

Para o Brasil, a experiência italiana e as ideias de Franco Basaglia influenciaram significativamente a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira, sobre a qual nos deteremos a seguir.

3.0 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

No Brasil a loucura começa a ser objeto de intervenção do Estado a partir da chegada da Família Real em 1808.

[...] no início do século passado, o Estado passa a intervir no processo de loucura motivado pela preocupação com a ordem social. Assim, tem-se, na segunda metade do século XIX, um novo lugar para promover a segregação: o Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro, criado pelo Decreto 82 de 1841, funcionando deste ano até 1852, em caráter provisório (AMARANTE, 1994, p.74).

Promover a ordem social foi o que motivou o Estado a intervir no processo de cuidado da loucura. Encontrar formas de manter tais indivíduos afastados da população era urgente. Contudo, outras estratégias se fizeram necessárias tendo em vista a super lotação no Manicômio Pedro II, dando lugar a estruturação de colônias agrícolas para alienados, a partir de 1890, onde buscava-se a recuperação através do trabalho.

Para que os “loucos” não perambulassem pelas ruas provocando a desordem social, foram criadas em vários lugares do país as colônias de alienados. Esse modelo de colônia segundo Amarante (1994), era baseado na constituição de uma comunidade onde os loucos convivessem fraternalmente, em casa ou no trabalho e seu retorno ao convívio social estava condicionado à sua possibilidade de adaptação às regras da sociedade.

Uma das mais importantes aplicações do tratamento moral estava no trabalho. Daí a origem de inúmeras instituições psiquiátricas, denominadas "colônias de alienados", espalhadas por todo o mundo, particularmente no Brasil, onde foram responsáveis por parte considerável de nossos quase 100 mil leitos psiquiátricos no final da década de 1980. A ideia era levar os alienados para os hospitais-colônia, onde pudessem trabalhar principalmente na lavoura, pois o trabalho os recuperaria. A expressão "colônia" é muito curiosa e provém da noção de um aglomerado de pessoas de uma mesma origem que se estabelecem em terra estranha, voltadas para um mesmo objetivo. Com essa concepção foram criadas, em 1890, meses após a proclamação da República, as primeiras colônias de alienados do Brasil, na Ilha do Governador, estado do Rio de Janeiro. (AMARANTE, 1994, p. 82).

Esta investida nas colônias serviu para que nos anos seguintes fossem abertas por todo o país novas instituições destinadas a receber “loucos”.

Antecedendo a reforma psiquiátrica, o que se tinha como exemplo de tratamento era o modelo hospitalocêntrico que tem segundo Amarante (2006, p. 35), “sua lógica no confinamento dos portadores de transtorno mental ao espaço hospitalar e/ou manicomial, para devido “tratamento”, além de se configurar num modelo científico que “não consegue ver saúde nas pessoas, apenas doenças”.

Segundo Pinheiro (2004, p. 191) o “indivíduo, o sujeito, ali era reduzido a um objeto meramente quantificável à soma correspondente de seus sintomas”. A privação dos sujeitos a uma vida social, seu isolamento, sua exclusão, procedimentos repressivos e estigmatizantes, eram as principais características desse modelo. De acordo com Nogueira (2010) “a institucionalização da pessoa com transtorno mental é, ao longo do tempo, a maneira mais ordinária de tratamento”.

Esse modelo terapêutico passa a ser contestado no Brasil a partir do final da década de 1970 e início dos anos 1980, época em que se vivia uma conjuntura favorável a mudanças. A ditadura militar estava em declive, a construção da democracia era bandeira de luta assumida por amplos segmentos da sociedade que estavam se reorganizando, como os sindicatos e os movimentos sociais emergiam com toda sua força. As transformações que surgiram em relação à saúde mental, seguiam o processo de redemocratização do país.

Nesse contexto, a luta contra a institucionalização da pessoa com transtorno mental teve como principal sujeito histórico o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Esse movimento social era composto por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Seu enfoque foi à luta pelos direitos dos portadores de saúde mental em nosso país. A partir da eclosão do MTSM surgiram denúncias de violência nos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência (BRASIL, 2005).

Nessa conjuntura o processo de implantação do Projeto de Reforma Psiquiátrica, traz importantes mudanças na saúde mental, uma das principais transformações é a atenção psicossocial, que passa a incluir novos atores ao movimento, a exemplo dos familiares e usuários.

Na segunda metade dos anos 1980 temos avanços significativos na área da saúde mental.

É um período marcado por muitos eventos e acontecimentos importantes, onde se destacam a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e da I Conferência Nacional de Saúde Mental, o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, também conhecido com “Congresso de Bauru”, a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (São Paulo), e do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (Santos), a Associação Loucos pela vida (Juqueri), a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89, de autoria de deputado Paulo Delgado, ou “Projeto Paulo Delgado”, como ficou conhecido, e a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (AMARANTE, 1995, p.82).

Esse período marca o início do processo de luta pela desinstitucionalização, que tem como principal finalidade, a substituição das instituições manicomiais por modelos alternativos de tratamento e assistência. De acordo com o Ministério da Saúde,

O objetivo da desinstitucionalização proposta pela reforma psiquiátrica é a formação de uma rede de atenção a saúde mental de base comunitária. Desse modo, apenas uma rede articulada e integrada, com seu potencial de elaboração coletiva de soluções, pode enfrentar a complexidade das demandas e promover a resolutividade e a promoção de autonomia e cidadania das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2007, p.136).

A desinstitucionalização conceituada por Amarante (2008, p. 68) é um “processo que tem como escopo não uma melhoria, ou aperfeiçoamento científico e ético de psiquiatria apenas, mas uma transformação social e política”.

Promover a autonomia e a cidadania das pessoas com transtorno mental deve ser o ponto de partida para se conseguir uma desinstitucionalização humana e libertadora. É uma questão política e não meramente clínica/patológica, por isso deve ser tratada no âmbito das idéias, das transformações do cuidado e da vida social. Para que essa promoção, autônoma e cidadã, conseguissem normatização, em 1989 o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), foi apresentado ao Congresso Nacional, propondo a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e o redimensionamento do modelo assistencial em saúde mental. Após 12 anos de tramitação do Congresso, a Lei Federal nº. 10.216/2001 foi aprovada.

A promulgação da Lei 10.216/2001 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da Lei 10.216/2001 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde

Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade. (BRASIL, 2005, p. 09).

A promulgação da Lei Paulo Delgado é um marco da desinstitucionalização, trazendo como objetivos: a inserção social dos pacientes longamente internados em hospitais psiquiátricos; a expansão e melhoria de qualidade de atenção à saúde mental e reversão do modelo hospitalocêntrico para o de intensificação da atenção extra-hospitalar às pessoas com transtornos mentais.

Nogueira (2010, p.93) afirma que a “desinstitucionalização manicomial proposta pela reforma psiquiátrica, no Brasil, refere-se não apenas ao tratamento extra-asilar. Ela acentua a necessidade de considerar a vida subjetiva do sujeito, seu poder contratual”. Entender todo esse processo é necessário para compreender a complexidade da desinstitucionalização, suas possibilidades e seus desafios.

A desinstitucionalização torna complexo o adoecimento psíquico ao perceber e reinventar aquelas possibilidades, ao considerar o sujeito, sua história, sua subjetividade e não apenas sintomas e diagnósticos, de modo que seu objeto não é a doença mental, mas o sofrimento do sujeito em sua complexidade individual, social cultural, biológica e histórica. A busca acima de toda a criação de mais espaços e possibilidades de cuidado, de outras formas de sociabilidade que venham a substituir os manicômios, mas não como modelos artificiais, que servem muito mais de propaganda do que de cuidado; não percamos de vista os conflitos de interesses presentes na arena social (NOGUEIRA, 2010, p. 95).

O sujeito ali colocado não pode ser identificado apenas por um nome ou número. Ele tem uma história que não se resume ao seu histórico psicológico/psiquiátrico. O meio em que vive, sua cultura, suas particularidades enquanto indivíduo, necessitam ser considerados quando se busca possibilidades que viabilizem seu tratamento e sua reinserção social. Essas considerações são imprescindíveis para sabermos agir diante do conflito de interesses que se apresenta na arena social.

De acordo com Birman e Bezerra (1994, p.37), “o que está em questão no campo da saúde mental é a problemática do sujeito e da subjetividade nas suas articulações com o social. São os destinos sociais do sujeito, que estão em pauta no campo da saúde mental”.

Considerar a problemática do sujeito e não só da doença é entender que a saúde não é meramente um processo doença/cura, mas deve ser entendida a partir de um

conceito ampliado, que considera os diversos determinantes sociais envolvidos na produção da saúde, como podemos ver a partir das idéias lançadas na Conferência de 1986. A VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 na cidade de Brasília traz uma nova concepção de saúde, colocando-a como um direito do cidadão e dever do estado.

[...] permitiu a definição de alguns princípios básicos, tais como a universalização do acesso à saúde, a descentralização e a democratização, que implicaram uma nova visão do Estado (como promotor de políticas de bem-estar social) e uma nova visão de saúde (como sinônimo de qualidade de vida). (AMARANTE, 2003, p. 43)

Esses princípios básicos foram proclamados em 1988, através da Constituição Federal, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), onde foram estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, dando subsídios para criação de legislações em saúde mental.

O SUS, em sintonia com a Constituição Federal de 1988 preconiza como vimos o conceito ampliado de saúde, a universalização do acesso aos serviços de saúde, a integralidade da atenção, a equidade e a hierarquização destes, em um contexto descentralizado e municipalizado. Norteados pelo mesmo princípio temos:

A reforma psiquiátrica defendida pelos órgãos governamentais brasileiros, amparada pela Lei 10.216/2001, conquista de lutas sociais, preconiza uma ampla mudança do atendimento público em saúde mental, garantindo o acesso da população aos serviços ao respeito a seus direitos e liberdade, a mudança do modelo de tratamento, em vez de isolamento. O convívio da família e na comunidade, com tratamento em instituições alternativas tais como Caps, residências terapêuticas ambulatoriais, hospitais gerais, centros de convivência e outros (NOGUEIRA, 2010, p. 154).

É a construção do sujeito, dos direitos, da cidadania, da igualdade e da liberdade desses indivíduos, é sua inserção no seio da família e da sociedade, que está sendo posta para o debate e para uma articulação geral em torno da transformação desse cenário.

Nesse universo de construção democrática Pinheiro (2004, p. 217) diz que a reforma psiquiátrica “tem como campo de atuação o espaço público, atribuindo-se uma categoria política e social, principalmente por levar o coletivo à discussão sobre os conflitos de sua cotidianidade”.

Conforme consta no Relatório da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas¹:

A Reforma Psiquiátrica foi se constituindo como um processo político e social complexo, composto de diferentes atores e instituições. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais. É no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma se concretiza assinalado por obstáculos, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p.6).

Nessa perspectiva, a Reforma Psiquiátrica contribui para uma reflexão acerca das práticas existentes, como também requer que os profissionais tenham uma intervenção comprometida com os propósitos defendidos por esta. Essa compreensão trouxe os desafios do trabalho em rede e da intersectorialidade – princípio geral que deve atravessar as práticas de atenção psicossocial em todos os segmentos e níveis. Romper com a dicotomia – problema-solução, doença-cura, não reduzir os sujeitos a meros usuários, acabar com a invisibilidade dos mesmos, essas questões estão presentes na política de saúde mental, torna-se necessário fazê-las emergir na cotidianidade das ações, dos familiares, da sociedade, como também dos profissionais que atuam diretamente com o público usuário desse modelo de psiquiatria.

O que observamos é que mesmo com os avanços do processo de desinstitucionalização ainda se tem muito a ser conquistado. Os muros dos hospitais psiquiátricos podem ter sido superados, mas ainda há muros invisíveis que continuam a formar barreiras para a real inclusão dos portadores de transtorno mental na sociedade.

O inegável avanço da política de saúde mental, a implantação de sua potente rede de assistência com o funcionamento dos mais de mil CAPS, dos serviços de residências terapêuticas (SRTs), das emergências psiquiátricas em hospitais gerais, entre outros dispositivos não significa que toda essa rede opera na lógica da responsabilização do cuidado e da humanização da assistência em defesa da vida (PINHEIRO, 2004, p.193).

¹ A Declaração de Caracas é um documento resultante da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, evento realizado do período de 11 a 14 de novembro de 1990, em Caracas, Venezuela. Nesse documento, o “manicômio” é condenado tendo por base 04 eixos: 1) Ético-jurídico, pela violação dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais; 2) Clínico, em função da ineficácia terapêutica e da condição de agente patogênico e cronicador historicamente assumido por tais instituições; 3) Institucional, devido a tais instituições se constituírem como espaço de violência – “instituições totais”, que mortificam, sujeitam; 4) Sanitário, em função da organização do modelo assistencial figurar como “cidade dos loucos”, produzindo a loucura administrativa, executiva e organizacional. (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1990 *apud* ROSA; MELO, 2009).

Os desafios e perspectivas vivenciadas, a partir dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, definem e redefinem a cada dia a atuação profissional. Encontrar meios para superar os desafios e buscar perspectivas para viabilizar as práticas orientadas para a efetivação de tal reforma cotidianamente, é de extrema relevância.

Por isso, Pinheiro (2004, p.194) discute a importância da “formação contextualizada, ampliação da capacidade de cuidado, humanização das práticas, capacidade de refletir e transformar a realidade são elementos considerados essenciais no perfil esperado para os profissionais da saúde”.

De acordo com Patriota (2011), as modificações propostas no modo de atuação dos profissionais no contexto da RP são complexas, e apesar dos avanços, apresentam grandes desafios aos trabalhadores de saúde que na sua rotina têm a responsabilidade de expandir e concretizar essas transformações.

Não podemos esquecer que a rotina profissional é permeada de conflitos e interesses divergentes. Os gestores muitas vezes não comungam com a forma de desenvolver determinados projetos, a equipe composta de diferentes atores também não, o que dificulta ainda mais a vida dos trabalhadores já que esse não compartilhamento das mesmas ideias acaba prejudicando o desenvolvimento das ações. Em busca de superar desafios e encontrar melhores perspectivas para os profissionais é que se torna necessária o entendimento do que é a Reforma Psiquiátrica e quais suas implicações na atuação profissional.

4.0 Desafios e perspectivas para a atuação dos profissionais da Emergência Psiquiátrica de Campina Grande – PB sob a ótica da Reforma Psiquiátrica

O processo de Reforma Psiquiátrica no país de acordo com Vasconcelos (2010) possui três fases: de 1978 a 1992 – momento de várias denúncias de maus-tratos e péssimas condições de funcionamento dos hospitais psiquiátricos; de 1992 a 2001 – temos o início do financiamento e a implantação dos novos serviços substitutivos; e de 2001 a 2010 – o campo jurídico se legitima, com a aprovação da Lei 10.216/2001, por exemplo, tendo também nesse período a consolidação da rede de atenção psicossocial. A política de desinstitucionalização foi impulsionada com a implantação do Programa

Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria².

Em Campina Grande – PB não foi diferente, o marco desse processo se deu em 2005, quando o município recebeu a visita da Coordenação Nacional de Saúde Mental. Esta resultou no descredenciamento e fechamento do Hospital Psiquiátrico João Ribeiro.

[...] destaca-se o processo de Campina Grande, no Estado da Paraíba, como exemplar. O Ministério da Saúde obteve liminar na Justiça para intervir no hospital João Ribeiro, que teve péssima avaliação no PNASH/Psiquiatria 2002, e deu início à intervenção no hospital que respondia a grande parte da demanda de saúde mental da região da Borborema. O processo de desinstitucionalização dos 176 pacientes do Hospital João Ribeiro teve início em abril de 2005, com o descredenciamento do serviço da rede SUS em julho de 2005. (BRASIL, 2007, p. 31)

A partir de então o município começou a estruturar uma rede de serviços substitutivos à hospitalização, que atualmente conta com oito Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): CAPS II Novos Tempos, CAPS Ad, CAPS Ad - III infanto-Juvenil, CAPS III – Reviver, CAPS Infantil – Viva Gente, CAPS i – e dois CAPS I, localizados nos distritos de São José da Mata e Galante. Além destes serviços, o município conta também com seis Residências Terapêuticas que oferecem moradia para portadores de transtorno mental com histórico de longa internação e que não contam com o apoio familiar, um Centro de Convivência e Cultura e a Emergência Psiquiátrica, atualmente denominada Unidade de Acolhimento e Urgência em Saúde Mental, onde foi realizada a nossa pesquisa.

A rede de serviços substitutivos se propõe a promover ações convergentes com os princípios básicos da Reforma Psiquiátrica. Para proporcionar melhores condições de trabalho, foi aprovada a Lei Municipal de Saúde Mental – LEI N°. 4068 de 2002, a qual orienta de que maneira os serviços substitutivos devem funcionar. Tal legislação determina que:

² Entre os instrumentos de gestão que permitem a reduções e o fechamento de leitos de hospitais psiquiátricos de forma gradual, pactuada e planejada, está o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria, instituído em 2002, por normatização do Ministério da Saúde. Essencialmente um instrumento de avaliação, o PNASH/Psiquiatria permite aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS, e descredencia aqueles hospitais sem qualquer qualidade na assistência prestada a sua população adscrita (MELLO, 2007, p.47).

Art. 1º - A Atenção ao usuário dos serviços de saúde mental será realizada de modo a assegurar o pleno exercício de seus direitos de cidadão, com o objetivo de manter e recuperar a integridade física e mental, a identidade e a dignidade, a vida familiar, comunitária e profissional, enfatizando – se: tratamento humanitário e respeitoso, sem qualquer discriminação; proteção contra qualquer forma de exploração; espaço próprio, necessário à sua liberdade e a individualidade, com oferta de recursos terapêuticos e assistenciais indispensáveis à sua recuperação. Integração a sociedade, através de projetos com a comunidade; e acesso às informações registradas sobre ele, sua saúde e tratamento prescritos (CAMPINA GRANDE, 2002).

A referida Lei recomenda que o usuário deve ser tratado como sujeito capaz de vivenciar sua história de maneira integral, usufruindo de todos os seus direitos enquanto cidadão. Enfatizamos então que esta experiência só será possível se os serviços voltados para este fim funcionarem de maneira adequada, possibilitando uma atuação profissional compromissada com a efetivação da política de saúde mental norteada pela Reforma Psiquiátrica.

Construir e consolidar uma atuação profissional condizente com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, como também uma rede de serviços bem estruturada, frente às estratégias neoliberais que segregam, excluem e focaliza as políticas públicas, requer uma constante busca para efetivação e viabilização de direitos, a exemplo da saúde, outrora garantida em nossas leis para todos os cidadãos brasileiros. De acordo com Vasconcelos (2010, p. 27) “essas mesmas características desfavoráveis da presente conjuntura social e política, têm nos levado a perceber melhor a necessidade inexorável da articulação intersetorial e de políticas e programas.”

Dentre os serviços substitutivos implantados em Campina Grande destaca-se a Emergência Psiquiátrica (EP) fundada em 2005 com o objetivo de atender usuários em surto psiquiátrico, de modo que impeça a internação prolongada e promova a inserção ou reintegração destes usuários em serviços como os CAPs. O Serviço de Emergência Psiquiátrica (SEP) tem, portanto, um papel significativo no novo modelo de atenção da saúde mental, conforme destaca (MATEUS, 2013, p. 177):

Um SEP envolve uma estrutura em saúde mental que visa proporcionar a avaliação das crises relacionadas a quadros psiquiátricos e o seu manejo, sendo essencial a sua inserção em estruturas hospitalares (hospitais gerais). O modelo do SEP tem se tornado cada vez mais necessário como ponto de suporte para o sistema de saúde mental, pela possibilidade de uma avaliação psiquiátrica imediata e agilidade quanto a admissões e encaminhamentos de pacientes.

A Emergência Psiquiátrica de Campina Grande, durante a realização da pesquisa que fundamentou o presente artigo, estava localizada em um prédio anexo ao Hospital Geral Dr. Edgley, na Rua Fernandes Vieira, nº 659, José Pinheiro, em conformidade com a orientação do Ministério da Saúde de que este tipo de serviço funcione junto a um Hospital Geral (MENDONÇA, 2008). No dia 30 de Agosto de 2013 a EP foi transferida para uma nova unidade, localizada no Hospital Universitário Alcides Carneiro, situado na Rua Carlos Chagas, S/N, no bairro do São José. A EP passou a ser denominada a partir de então como Unidade de Acolhimento em Saúde Mental³, porém para efeito da discussão que estamos empreendendo continuaremos utilizando a terminologia anterior para nos referirmos à instituição em tela.

A Emergência Psiquiátrica é vinculada a Secretaria Municipal de Saúde. Seu funcionamento se pauta em normas e rotinas que orientam acerca de questões gerais, relativas à: admissão dos usuários, internação do mesmo para observação do quadro psiquiátrico e sua remoção da Unidade para tratamento em outros serviços ou alta médica.

A equipe é composta por: coordenador (a), médicos (as), enfermeiros (as), auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos (as); farmacêutico (a), pedagogo (a), auxiliares administrativos, recepcionistas, vigilantes, auxiliares de serviços gerais e porteiros. Porém os sujeitos que compuseram nossa pesquisa foram: profissionais da área de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais.

A rotina diária dos profissionais inclui acolhimento dos usuários, avaliação clínica e psicológica para verificar sua internação ou não, administração de medicamentos, orientações em relação ao serviço e seus possíveis encaminhamentos, entre outros. A partir da entrada do usuário na Emergência Psiquiátrica, cabe à equipe interdisciplinar a responsabilidade quanto aos seus cuidados.

A atuação dos profissionais não se limita apenas aos usuários, seus familiares também são assistidos pela equipe interdisciplinar no sentido de dar orientações para que o retorno do usuário ao convívio familiar seja o menos traumático possível, visto que os elos familiares podem estar comprometidos por conflitos com a pessoa em sofrimento psíquico.

³ Informação obtida junto à instituição.

Com o intuito de entender como a equipe interdisciplinar da EP compreende a Reforma Psiquiátrica (RP) e as implicações desta sobre o cotidiano do trabalho dos (as) profissionais que a compõem, realizamos entrevistas com base num roteiro que nos permitiu traçar um perfil dos (as) profissionais, saber o tempo de serviço destes e se participaram de algum tipo de formação.

No período em que a pesquisa foi desenvolvida a equipe interdisciplinar da Emergência era composta por vinte profissionais, porém apenas doze participaram da mesma, entre eles nove profissionais da área de enfermagem, dois (as) psicólogos (as) e um (a) assistente social. A princípio os médicos também estavam incluídos na pesquisa, porém os mesmos não se disponibilizaram a responder as entrevistas.

Com base nos dados levantados, identificamos que 98% dos (as) entrevistados (as) são do sexo feminino, essa comprovação não aparece como novidade, visto que as três categorias entrevistadas são profissões associadas a aptidões como: ouvir e cuidar do outro, características relacionadas ao longo do tempo ao perfil feminino. A faixa etária variou entre 30 e 50 anos. Em relação ao tempo de serviço, 98% afirmaram que trabalham na área da saúde mental há mais de 05 anos. Tendo também entre os analisados, 02% com mais de 20 anos de atuação na área. Quanto à forma de ingresso na Emergência, 08 entrevistados (as) vincularam-se à instituição por meio de seleção pública e 04 por contrato temporário.

Verificamos que apesar da maioria dos profissionais terem um tempo de serviço significativo na área de Saúde Mental os mesmos alegam que a maior dificuldade está na falta de qualificação/formação. Dos 12 entrevistados, 08 receberam uma capacitação pontual/imediatista voltada para a Saúde Mental, o que é vista como insuficiente diante da complexidade da atuação profissional que o serviço exige.

Quanto à concepção dos (as) profissionais acerca da Reforma Psiquiátrica e as implicações desta em sua prática, buscamos perceber como eles avaliam o modelo proposto pela RP e a sua própria conduta profissional de acordo com as orientações desta.

As compreensões acerca do que é a RP são perpassadas pela associação aos termos humanização, subjetividade, cidadania, inclusão social e qualidade de vida. As falas retratam a Reforma como algo que trouxe mudanças positivas na forma de

tratamento dos antes tidos como loucos e que tinham de ser retirados do convívio em sociedade.

É um movimento que trouxe mudanças para a forma de tratamento no âmbito da psiquiatria, tornando-a mais humanizada quando criou novos dispositivos de tratamento como a rede CAPS, residências terapêuticas, etc. (Sujeito 02).

A reforma veio como um veículo transformador de uma realidade em que o transtorno mental era tido como uma incapacidade de “ser” e hoje com a implantação do CAPS trabalha-se com uma subjetividade em detrimento a doença como algo exclusivo (Sujeito 05).

Algo que renovou a psiquiatria, hoje o paciente tem uma vida normal inserido no convívio social. Tratar o paciente com dignidade vê-lo como cidadão (Sujeito 09).

Processo de mudança no modo de tratar o doente mental pelo qual foi iniciado pelo Ministério da Saúde e que vem desinstitucionalizando e melhorando a qualidade de vida e tratamento desta clientela (Sujeito 03).

Percebe-se que os (as) entrevistados (as) articulam suas compreensões acerca da RP com a cidadania dos (as) portadores (as) de transtorno, como cidadãos que carecem de cuidados ressaltando, contudo, que suas fragilidades não o caracterizam como incapazes, reiterando a necessidade de sua inclusão social e a busca de qualidade de vida. De acordo com Nogueira (2010) respeitar os direitos dos usuários, inseri-lo no convívio familiar e social e proporcionar-lhes melhores condições de vida, é fazer valer o que a RP preconiza. Assim, verificamos que os (as) profissionais entrevistados (as) compreendem a RP como um processo de transformação que procura romper com o modelo hospitalocêntrico/manicomial.

Quando perguntados como essa compreensão implicaria na sua atuação profissional eles responderam:

A relação profissional usuário era baseada no medo. Hoje há uma interação de acordo com os princípios da RP. Buscamos trabalhar vendo-os como cidadãos (Sujeito 12).

Implica na forma de se expressar com o usuário, na maneira de como abordá-lo. Hoje o tratamento e a assistência ocorrem de maneira mais humanizada (Sujeito 07).

Implica em perceber que existe um sujeito de desejo e por inúmeras circunstâncias tem um transtorno, mas não impossibilita de ter e ser (Sujeito 10).

Essa percepção influencia diretamente na forma como esses profissionais enxergam e lidam com o usuário. Atuar de acordo com a Reforma é transformar as suas

práticas, seus saberes, seus valores culturais e sociais em favor do usuário que é atendido. É respeitar sua singularidade enquanto sujeito.

Questionados se receberam formação específica ao se inserirem na área de saúde mental, 65% dos entrevistados disseram ter tido uma capacitação de três dias apenas e 35% falaram que não receberam nenhum tipo de orientação, revelando o caráter pontual dos eventos citados nas entrevistas.

Sim, pela equipe do Ministério Público (Sujeito 03).

Sim, três dias de capacitação (Sujeito 08).

Não. Fui aprendendo com a prática e orientações dos colegas de trabalho (Sujeito 09).

As falas anteriores evidenciam a ausência de investimento na constituição de um perfil profissional condizente com as requisições da RP e, conseqüentemente, com as necessárias mudanças de concepções e práticas que ela indica. Amarante (2008) coloca a formação dos trabalhadores em saúde mental como fundamental para uma atuação competente:

A formação dos trabalhadores em saúde mental precisa contemplar outras histórias epistemológicas, outras concepções de modelos de atenção, as histórias e trajetórias das experiências internacionais, para que seja possível saber avaliar serviços, redes; atuar em redes, em territórios, em comunidades; construir redes não apenas de assistência psiquiátrica, ou de saúde mental, ou de atenção psicossocial, mas de saúde, de outros recursos e dispositivos públicos, sociais, etc. Lidar com as famílias, não como parentes e cuidadores, mas como agentes sociais, como sujeitos políticos (AMARANTE, 2008, p. 75).

Conhecer outras histórias, outras realidades, apropriar-se desse conhecimento só é possível com uma formação continuada, que possibilite a esses (as) profissionais alargarem seus horizontes teóricos, práticos, culturais e sociais. A gestão é responsável pela viabilização dessas capacitações. Tornar essa realidade palpável é um desafio que se apresenta.

Quanto aos desafios para a atuação profissional conforme a RP, 50% dos entrevistados apontaram a falta de formação continuada como um grande obstáculo para uma atuação de qualidade. Outro aspecto assinalado diz respeito às precárias condições de trabalho, que se expressam, dentre outros fatores, na falta de recursos e de transporte, que viabilizem as ações dos profissionais nos serviços. Outra questão posta foi a

dificuldade de convencer os familiares de que o usuário necessita dar continuidade ao tratamento quando sair do serviço emergencial. Por último, foi evidenciado a fragilidade nas relações com outras políticas, outros serviços, a intersetorialidade. Vejamos os desafios destacados nas falas a seguir:

Falta de capacitação para uma melhor atuação profissional e maior participação dos familiares (Sujeito 01).

Os desafios são vários. O serviço não dispõe de recursos necessários para atuarmos. Temos dificuldade de fazer visita domiciliares, levar os usuários para fazer oficinas e terapia em outros serviços, por falta de transporte (Sujeito 11).

Hoje a atuação não é totalmente de acordo devido à sistemática do funcionamento do serviço. Às vezes vimos contenções indevidas, encaminhamento não realizados, e por conta de uma dinâmica maior, não conseguimos executar nosso serviço como a RP preconiza (Sujeito 08).

Os profissionais não estão devidamente capacitados, falta fazer com que o tratamento tenha continuidade através da rede, a intersetorialidade não existe (Sujeito 06).

Podemos perceber que na visão dos entrevistados é essencial que o processo de capacitação seja ferramenta constante para a sua qualificação. As condições precárias de trabalho são reflexos da política neoliberal que vivenciamos, a qual marginaliza a classe trabalhadora, dando a estes profissionais escassas alternativas para uma atuação de qualidade.

Para Rotelli e Amarante (1992) a RP é um processo complexo, que envolve não só os profissionais e gestores, mas todos os agentes sociais (como familiares) para que se modifique a forma de atenção as pessoas com transtorno mentais.

Em relação à participação familiar, demonstrou-se que sem o auxílio dos parentes, torna-se difícil o usuário dar continuidade ao tratamento.

Em relação à intersetorialidade, o que podemos perceber é que as equipes estabelecem relações basicamente com outros serviços que compõem a rede de saúde mental, a exemplo dos CAPS, não conseguindo de fato desenvolver ações intersetoriais envolvendo outras políticas que possam fortalecer a assistência prestada ao usuário. Podemos verificar que essa fragilidade na assistência ao usuário reflete na qualidade do tratamento desses usuários, os quais na maioria das vezes não dão prosseguimento as suas terapias e essa questão é verificada no alto índice de reincidência que existe no serviço.

A interação com os CAPS é vista como importante para o sucesso da continuidade do tratamento, já que após saírem do serviço de emergência é nesse lócus que os usuários irão dar seqüência ao tratamento.

Tais desafios apresentam-se para os profissionais, e estes necessitam estar preparados técnico, teórico-metodológica e politicamente para buscar alternativas de atendimento às demandas que surgirem.

Assim, o atual quadro político no campo da saúde mental apresenta riscos urgentes no horizonte, mas estes desafios também podem constituir um estímulo para a renovação e aprofundamento de nossa estratégia de desinstitucionalização psiquiátrica, se eles forem devidamente avaliados e se pudermos realizar os ajustes táticos e assistenciais necessários, que possam viabilizar politicamente a continuidade do processo de reforma (VASCONCELOS, 2010, p.11).

Na percepção dos entrevistados as perspectivas para a atuação profissional em meio às transformações decorrentes da RP são inúmeras. Dentre elas, a superação da precariedade nas condições de trabalho, foi identificada como primordial por 90% dos sujeitos da pesquisa. Vejamos.

A maior perspectiva é que as condições de trabalho melhorem (Sujeito 12).

Trabalhar juntamente com a família. Articular melhor a rede, para que todos os serviços funcionem integrados, possibilitando um serviço eficiente (Sujeito 03).

As perspectivas são que haja mais investimentos, em todos os aspectos, na saúde pública de um modo geral (Sujeito 09).

Primeiro, melhoria no próprio ambiente de trabalho, na organização do trabalho, melhores condições de atuação, reconhecimento e maior empenho dos profissionais (Sujeito 05)

Uma melhor articulação com a rede, para desempenharmos um serviço de qualidade melhores condições salariais (Sujeito 02).

Os entrevistados responderam as proposições acima como uma perspectiva, mas a nosso ver caracteriza-se como um desafio e que remete a articulações mais amplas que vão além das iniciativas particulares dos profissionais. Esses aspectos encaminham para a necessidade de uma maior articulação entre comunidade, família, usuário, gestores e os serviços substitutivos, sem essa junção de forças, as modificações irão permanecer no campo das idealizações.

As falas dos profissionais indicam, portanto, que é preciso que cada agente social - usuário, familiar, profissional e gestores - se reconheça como responsável direto pela construção do modelo proposto pela RP. Cabe a estes últimos desenvolverem em seu município uma política de saúde mental que possibilite, no mínimo, condições dignas de funcionamento dos serviços para profissionais e usuários, em conformidade com o que é preconizado na política nacional para esta área. No entanto a RP, requer muito mais para a sua efetivação, como destaca Vasconcelos (2010, p. 27):

Em outras palavras, avanços mais significativos e amplos na saúde mental só serão possíveis se conseguirmos avançar a luta popular-democrática no seu conjunto, o que implica condições de vida/ trabalho e políticas sociais mais condizentes com os interesses históricos da maioria da população. Em segundo, a articulação intersetorial busca garantir maior efetividade das ações públicas, ao reconhecer a complexidade e multidimensionalidade dos problemas e dos caminhos para se atingir a integralidade do cuidado, articulando investimentos e ações interdisciplinares e multiprofissionais concretas de várias linhas de política social em um campo específico e vice-versa.

Desta forma, as discussões acerca da política de saúde inclusive de saúde mental devem ser construídas de maneira democrática ouvindo todos os sujeitos envolvidos. Além disto, desenvolver uma atuação profissional propositiva, voltada a promoção da autonomia, da cidadania e da socialização dos usuários, como preconiza a RP é uma requisição que se coloca para a atuação de todos aqueles compõem tal política.

5.0 Considerações finais

A pesquisa realizada indicou que na ótica dos profissionais que atuam na Emergência Psiquiátrica de Campina Grande a Reforma Psiquiátrica é compreendida basicamente como a mudança na forma de lidar com os portadores de transtornos mentais. Essa compreensão está muito vinculada ao serviço (uma importante dimensão, mas não a única). Tal mudança é colocada em prática através de um atendimento humanizado, do respeito a subjetividade do usuário, da construção da sua cidadania, sua inclusão social e da busca constante da qualidade de vida para os mesmos.

Os principais desafios apontados para atuar de acordo com o que estabelece a Reforma Psiquiátrica estão relacionados com as precárias condições de trabalho, com a falta de qualificação dos profissionais para atuarem de forma multidisciplinar e com a frágil interação entre os serviços substitutivos e outras instituições.

As perspectivas apontadas, por sua vez, traduzem o desejo de superar a precariedade das condições de trabalho, de ter acesso a formação continuada e uma participação mais efetiva dos familiares. Percebemos que as perspectivas apontadas relacionam-se diretamente com a superação dos desafios postos.

Há uma necessidade urgente de investimento na política de saúde, como também na política de saúde mental, que promovam mudanças não só das estruturas, mas fundamentalmente dos saberes e práticas profissionais visando efetivar o que propõe a Reforma Psiquiátrica.

Na nossa compreensão, são inúmeros os atores sociais responsáveis para que a RP se concretize de fato, cada um dando sua contribuição. A gestão tem o dever de dar condições dignas de trabalho para os profissionais, como também oferecer um serviço de qualidade para a população. A academia tem um papel importante para auxiliar os profissionais que atuam na área da Saúde Mental. Viabilizar qualificação para os profissionais através de cursos de extensão e especialização de caráter interdisciplinar e multidisciplinar, estabelecendo uma parceria entre Universidade e as Instituições de Saúde em esfera federal, estadual e municipal é uma ferramenta importante para por em prática os preceitos que a Reforma Psiquiátrica estabelece.

Por fim, entendemos que nenhuma pesquisa é capaz de apreender a realidade em sua totalidade, uma vez que esta, assim como os sujeitos, não são estáticos, de forma que os resultados apresentados são uma aproximação do que o real representa.

Reflexões sobre financiamento, formação, atendimento ao usuário em situação de crise, intersetorialidade, crack/álcool e outras drogas se fazem necessárias atualmente.

Por isso, consideramos que a partir desse artigo podem ser geradas inquietações profissionais que levem a mudanças nos serviços e ao desenvolvimento de outras pesquisas que possam trabalhar essa temática e enriquecer o campo profissional e acadêmico. Assim, o presente artigo poderá vir a contribuir para um melhor entendimento da realidade e para o aprimoramento da intervenção dos referidos profissionais.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. F. de O; *et al.* Uma breve história da reforma psiquiátrica.

Neurobiologia, 72 (1) jan./mar., 2009

AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

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

_____. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.

_____. **Saúde Mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2008.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, p. 63-72, 2001.

BARBOSA, T. K. G. B. de M. **Saúde mental e demandas profissionais para o Serviço Social**. Dissertação de Mestrado em Serviço Social – Universidade Federal de Alagoas - UFAL. Maceió: 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3ª ed. Lisboa: Ed. 70, 2004.

BIRMAN, J.; BEZERRA Jr., B. Saúde Mental. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (Org.). **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: novembro de 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 3 de março 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2 Ed. Porto Alegre: Bookman; 2004.

Lei Municipal em Saúde Mental Lei nº. 4068. 1ª edição. Campina Grande – PB, 2002.

MELLO, M. F. de (org). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MINAYO, M. C. de S. **Caminhos do pensamento: Epistemologia e Método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MENDONÇA, A. C. F. **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.

NOGUEIRA, M. S. L. **Representações sociais da política de saúde mental:** visões e práticas dos profissionais de um CAPS. Fortaleza: EDVECE, 2010.

PATRIOTA, L. M. **Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica e Formação Profissional, 2011.** Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/SAUDE_MENTAL_REFORMA_PSIQUIATRICA_E_FORMACAO_PROFISSIONAL.pdf. Acesso em: 19 de maio de 2012.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas.** Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

PINHEIRO, R. (org). **Desinstitucionalização da saúde mental:** contribuição para estudos avaliativos. Rio de Janeiro CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2004.

ROSA, L. C. S. [et al.], (organizadores). **Saúde Mental e Serviço Social:** o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

VASCONCELOS, M. E. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira.** São Paulo: Hucitec, 2010.

ROTEIRO PARA A ENTREVISTA

1. Sexo?
2. Idade?
3. Profissão?
4. Tempo que em trabalha na saúde Mental?
5. Como se deu seu ingresso na Emergência Psiquiátrica?
6. Qual a sua opinião sobre o trabalho na saúde mental?
7. O que você compreende por Reforma Psiquiátrica?
8. Como essa compreensão implica na sua atuação profissional?
9. Você ao se inserir na área de saúde mental, recebeu capacitação acerca dessa temática?
10. Você acredita que sua atuação está de acordo com o que a Reforma Psiquiátrica preconiza? Por quê? Exemplifique.
11. Como você avalia o novo modelo de tratamento proposto pela Reforma Psiquiátrica?
12. Quais os desafios para a atuação profissional frente à Reforma Psiquiátrica?
13. Quais as perspectivas para a atuação profissional em meio às transformações decorrentes da Reforma Psiquiátrica, no seu cotidiano profissional?

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB**



COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prof.ª Dra. Doralucia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR: (03)

Número do Protocolo de Parecer emitido pelo CEP-UEPB:0116.133.000-12

Data da relatoria:20-06-2012

Apresentação do Projeto: "REFORMA PSIQUIÁTRICA: desafios e perspectivas para a atuação dos profissionais da Emergência PSIQUIÁTRICA de Campina Grande-PB".

Objetivo da Pesquisa:

"Analisar como os profissionais da Emergência Psiquiátrica(EP) de Campina Grande-PB COMPREENDEM O PROCESSO DE REFORMA Psiquiátrica e suas implicações sobre o cotidiano de trabalho dos mesmos."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se observa riscos ao estudo apresentado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:O presente estudo se caracteriza como uma pesquisa qualitativa e de estudo de caso, visto que se analisa apenas uma realidade a de um Hospital, utilizando a técnica de entrevista semi-estruturada e de observação participante, amparada pela técnica de análise de conteúdo defendida por Bardin. Os sujeitos envolvidos serão em número de 15 profissionais que compõe o quadro de funcionários da Emergência Psiquiátrica do Hospital em estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Constam todos os termo obrigatórios exigidos pela Resolução 196-96 CNS-MS.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: A saúde mental no Brasil é discutida com todos os atores que nela atua, e nesse sentido esse estudo traz essa preocupação.

Procura compreender como os profissionais da Emergência Psiquiátrica de Campina Grande, esta, vinculada a Secretaria de Estado, atuam a luz da Reforma Psiquiátrica, na qual atuam os profissionais como Assistentes Sociais, Psicólogos, Enfermeiros, Médicos e Técnicos de Enfermagem percebem o processo de Reforma e suas implicações no contexto do trabalho em que atuam. Diante do exposto, apresento Parecer abaixo.

Situação do parecer:

Aprovado(X)

Pendente ()

Retirado () – quando após um parecer de pendente decorre 60 dias e não houver procura por parte do pesquisador no CEP que o avaliou.

Não Aprovado ()

Cancelado () - Antes do recrutamento dos sujeitos de pesquisa.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Profª Dra. Doralícia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa