



## A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O ATENDIMENTO PREVALECENTE A CRISE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE- PB

Chris Stefanny Silva <sup>1</sup>

Jakeline Bezerra Juventino <sup>2</sup>

Cristiana Carla da Silva

### RESUMO

Este trabalho ora apresentado é fruto de uma reflexão teórica sobre a reforma psiquiátrica no município de Campina Grande no Estado da Paraíba. O processo de reforma no nosso município inicia-se em 2005 chegando a ser referencia para muitos estados após o fechamento de um hospital psiquiátrico e expansão da rede dos serviços substitutivos. Porém, atualmente uma das referências ao atendimento a crise ainda tem sido um hospital psiquiátrico, aos moldes tradicionais, que apresenta resquícios do antigo paradigma. Desta forma, pretendemos chamar atenção para este retrocesso, uma vez que continuamos legitimando este tipo de prática que rompe com a lógica da reforma psiquiátrica.

**Palavras Chaves:** Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental e crise.

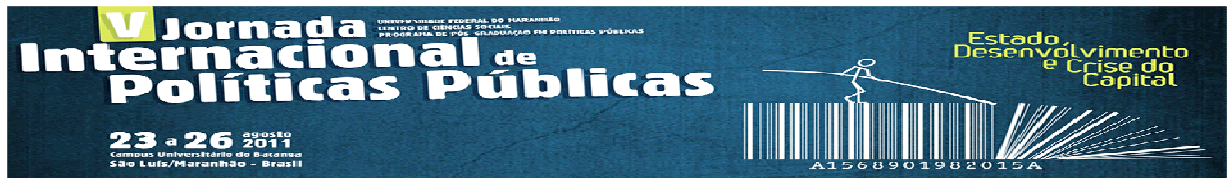
### ABSTRACT

This paper presented is the results from a theoretical reflection on the reform of psychiatry in Campina Grande in the State of Paraíba. The reform process in our municipality began in 2005 getting to be a reference for many other states after closing the psychiatric hospital and expand a network of alternative service. Currently, the reference of attendance the crisis has been a psychiatric hospital, to traditional methods, which features remnants of the old paradigm. Thus, we want to draw attention to this regress, since this kind of practice that breaks with the logic of the Brazilian psychiatric reform.

**Keywords:** reform of psychiatry, mental health and crisis.

<sup>1</sup> Estudante de Graduação. Universidade Estadual da Paraíba(UFPB). [chriscgpb@hotmail.com](mailto:chriscgpb@hotmail.com)

<sup>2</sup> Estudante de Pós-Graduação. Universidade Estadual da Paraíba(UFPB)  
[assistentesocial\\_psyco@yahoo.com.br](mailto:assistentesocial_psyco@yahoo.com.br)



## 1- INTRODUÇÃO

O movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil emerge em meados da década de 1970, inspirados nos ideais da reforma sanitária, a partir da Lei 8.080/90 que prevê assistência a saúde de forma integral na perspectiva de promoção da saúde, universalização de acesso aos serviços, sem qualquer forma de discriminação, com qualidade de vida, articulação com as instituições sociais, cuidado dos usuários em base territorial com participação da comunidade.

A eclosão da Reforma Psiquiátrica no Brasil se dá a partir das denúncias feitas pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), constituídos de estagiários e profissionais que denunciavam as péssimas condições trabalhistas e a violência praticadas contra os pacientes dos hospitais psiquiátricos.

O MTSM ganha força se articulando com outros movimentos sociais, sindicatos de outras categorias profissionais e passam a encaminhar propostas de mudanças nas Unidades Psiquiátricas Públicas. Este passa a ser o primeiro movimento a questionar o modelo tradicional de lidar com as pessoas em sofrimento mental no Brasil, centrado na hospitalização dos pacientes, na segregação, e consequentemente na exclusão dessas pessoas da sociedade.

O conceito de desinstitucionalização, conceito básico da reforma psiquiátrica italiana, passa a influenciar as ações do movimento reformista brasileiro. Segundo Rosa (2008, p.66) tal conceito:

Surge na Itália com a experiência de Basaglia, no hospital psiquiátrico de Gorizia, e se aprofunda com a aprovação da Lei n° 180, em 1978. Promove uma ruptura com o paradigma clínico, psiquiátrico, ao desconstruir os aparatos científicos, legislativos, administrativo e entender o manicômio como uma instituição de violência [...]desloca o objeto da psiquiatria da doença mental para "existência sofrimento" do sujeito enfermo.

É com a consolidação deste movimento que a reforma psiquiátrica ganha um caráter político, e começa-se a questionar aspectos políticos, sociais, econômicos, como: a violação dos direitos dos pacientes, o favorecimento de algumas pessoas com o modelo hospitalocêntrico e a crítica ao saber psiquiátrico.

Nessa conjuntura a partir da década de 80 com a VIII Conferência Nacional de Saúde precisamente em 1986 e com a I Conferência Nacional de Saúde Mental na cidade do Rio de Janeiro em 1987, passa-se a discutir direitos e deveres para orientar a construção de uma legislação para o campo da saúde mental que considere os impactos da atenção básica sobre saúde e doença mental e que reorganize os serviços de assistência a saúde mental (BRASIL, 1988).



Em 1989 é apresentado ao congresso o primeiro projeto de lei do Deputado Paulo Delgado que visa extinguir progressivamente os hospitais psiquiátricos, substituindo-os por uma rede de serviços de atenção psicossocial, uma vez que eles sempre foram sinônimo de violência e exclusão. Após 12 anos essa lei é aprovada, no entanto, com algumas alterações devidas os interesses contraditórios existentes. Essa Lei 10216/01 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, ficou conhecida como resultado da Luta Antimanicomial brasileira.

Mesmo se configurando um dispositivo de avanço no cuidado a assistência, a legislação apresenta lacunas no tocante ao favorecimento da permanência dos manicômios apresentada no seu artigo 4º que estabelece possibilidade de internação quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

No decorrer deste processo de desinstitucionalização, configura-se no país uma rede de assistência de cuidado ao usuário como: centros de atenção psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, centros de convivência e leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Entretanto, essa rede ainda mostra-se escassa no atendimento aos seus usuários, tendo como consequência a incorporação do hospital psiquiátrico na intersetorialidade.

Neste contexto pretendemos relatar a experiência do município de Campina Grande, Paraíba, no tocante à crise, uma vez que, ainda recorre a esses mecanismos como referência em assistência psiquiátrica.

## 2- DESENVOLVIMENTO

A reforma psiquiátrica brasileira desde sua origem discute na política de saúde mental a desospitalização dos pacientes que encontravam-se segregados no contexto manicomial, visando resguardar os direitos dessas pessoas que ao longo de suas histórias tiveram a violação dos seus direitos.

A desospitalização para Diamantino (2010, p. 63):

[...] é um termo polissêmico que abrange muitas formas das políticas públicas lidarem com a saúde da população. Nesse sentido, no âmbito da população de baixa renda, a implantação de PSF's (Programa de Saúde da Família), NAPS's e CAPS's (respectivamente, núcleos e centros de atenção psicossocial), redes de hospital-dia e ambulatórios etc, formam dispositivos que intentam, dentre outros objetivos, desalojar o hospital como *locus* de cura e resolução prolongadas de doenças físicas e mentais, agudas ou crônicas.



A família nas sociedades pré-capitalistas tinha a responsabilidade do seu “louco”, uma vez que esta era uma questão inerente a família. Com o surgimento das sociedades modernas o saber alienista começa a se espalhar nos meios familiares e influenciar sua organização, este por sua vez tenta explicar a questão da loucura isolando o paciente, pelo princípio de “isolamento terapêutico” e a partir de então começa o distanciamento entre família e o alienado. Para Rosa (2008, p. 50).

[...] de um lado temos a família como sendo considerada como estando sob a ameaça de alienação e, por isso, necessitava ser protegida, de outra forma, o isolamento deveria ser realizado, porque a família seria propiciadora de alienação mental.

Em 1930 com a propagação das idéias de higiene mental, a ação da psiquiatria ainda tendia a culpabilizar os pais pelas inadequações o comportamento da criança, bem como para a doença. A partir de 1961 é que começamos a ter uma nova perspectiva de lidar com o louco, não excluindo do convívio da família, mas buscar novas maneiras de lidar com o sofrimento dessas pessoas, deixando de lado o foco da doença para tratar do sujeito, a partir da experiência basagliana da Itália. Assim a família que por muito tempo era culpada pelo desajuste do louco agora passa a ser sujeito importante na reinserção social do sujeito acometido de algum sofrimento.

E a partir desta experiência que os hospitais psiquiátricos vão sendo extintos no Brasil sobre pressão do Movimento de Luta Antimanicomial, e vão surgindo novos serviços substitutivos de reinserção social.

Mesmo diante de intensivas lutas e avanços em relação a rede de serviços substitutivos de saúde mental no Brasil, ainda hoje presenciamos ações que vão de encontro a lógica da reforma, como por exemplo o cuidado continuado na crise, que vem sendo alvo das atuais discussões no âmbito da saúde mental.

Para Vasconcelos (2010) existem desafios urgente no tocante a crise como o acolhimento noturno, a expansão dos CAPS III com funcionamento 24 horas, ampliação dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais ou em unidades de emergência, pois os CAPS II estão amarrotados e temos ofertado poucos leitos de atenção integral, respaldando muitas vezes a existência de hospitais psiquiátricos, realidade também expressada em nosso município como veremos a seguir.

## **2.1. Reforma Psiquiátrica no Município de Campina Grande e o Atendimento a Crise.**



Em Campina Grande, o modelo de atenção na saúde mental assim como nos demais Estados era hospitalocêntrico privado, cabendo a secretária local transferir mais de R\$ 200 mil mensais para dois hospitais privados, para que estes internassem ou hospedassem pacientes.

Estas tinham seus direitos violados, viviam excluídas e trancafiadas, submetidas às condições de vida subumanas, chegando a dormir em camas sem colchão, alienadas de alimentação adequada e alvo de supermedicação, com tratamentos que incluíam choques elétricos. O que se chamava oficialmente de internação era na prática um aluguel pelo precário serviço de moradia, que para alguns já representava mais de 30 anos de reclusão (Medeiros, 2009).

No ano de 2004, o Ministério da Saúde resolveu intervir judicialmente em dez hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS (nos estados da Bahia, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro e Minas Gerais), após as avaliações do PNASH/Psiquiatria e de várias denúncias sobre maus-tratos de movimentos organizados da sociedade (BRASIL, 2006).

No estado da Paraíba, foi o município de Campina Grande com uma abrangência populacional de aproximadamente 371 mil habitantes que experimentou o processo de desinstitucionalização de usuários que passaram longos anos em internações psiquiátricas.

O hospital referenciado acima foi o João Ribeiro em abril de 2005 que, após avaliações constantes negativas realizadas pelo PNASH/Psiquiatria, passou a sofrer interdição legal do Ministério da Saúde e foi descredenciamento da rede SUS devido a violações aos direitos humanos. Os 176 pacientes que estavam internados neste hospital passaram a ser inseridos na rede de assistência psicossocial do modelo de Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005).

Conforme dados extraídos na instituição, após vários acordos muitos usuários receberam alta hospitalar e retornaram para suas casas, alguns acompanhados com o benefício Programa de Volta para Casa e outros que não tinham condições econômicas, familiares, psicológicas e/ou sociais foram dedicados esforços para inseri-los nas residências terapêuticas.

Esse fato desencadeou sucessivas negociações nas três esferas governamentais, buscando dar resposta a situação, bem como redirecionar o modelo assistencial vigente no município.

Destaca-se, nesse processo, o I Encontro Regional sobre Reforma Psiquiátrica que reuniu três estados vizinhos: Paraíba, Rio Grande do Norte e Pernambuco, onde ocorreu uma avaliação da situação da atenção em saúde e o planejamento da expansão da rede extra-hospitalar, de acordo com os preceitos da reforma (BRASIL, 2005).

O processo de desinstitucionalização e reorganização da atenção em saúde mental no município de Campina Grande no período compreendido entre 2003 e 2006 era considerado como



exemplar a nível de país. No prazo de um ano, o município obteve avanços significativos para reestruturar e ampliar a nova rede psicossocial para os municípios da macrorregião.

Os vários municípios do entorno de Campina Grande passaram a responsabilizar-se por seus pacientes graves e a estruturar serviços próprios. Campina Grande foi habilitada no Programa de Volta para Casa e passou a receber incentivos financeiros do Ministério da Saúde para a implantação de Caps e Residências Terapêuticas. Iniciou-se a articulação entre a saúde mental e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU). Um concurso público foi realizado para a contratação de profissionais para os serviços substitutivos (BRASIL, 2006, p. 32).

Iniciou-se a expansão da rede substitutiva e atualmente o Município dispõe de cinco unidades dos Centros atendendo adultos e crianças. No CAPS II – Novos Tempos são atendidos usuários adultos, de ambos os sexos, portadores de transtornos mentais severos. O mesmo atendimento também é dispensado aos usuários do CAPS III – Reviver. No CAPS AD – Álcool e Drogas o atendimento é feito à jovens e adultos de ambos os sexos, portadores de transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas, do álcool e outras drogas. As crianças e jovens de 07 a 17 anos também recebem atendimento especializado, através do CAPS Infantil – Viva Gente e do CAPSinho – Centro Campinense de Internação Precoce, este último atendendo crianças desde o nascimento até os 10 anos com síndromes, paralisia cerebral, hidrocefalia ou qualquer transtorno que cause danos à constituição subjetiva. (Prefeitura Municipal de Campina Grande). São cerca de 1500 pessoas atendidas nos CAPS para adulto e cerca de 800 crianças e adolescentes nos infanto-juvenil.

Além destes serviços contamos ainda com seis residências terapêuticas que da assistência a 48 pessoas, e uma Unidade de Emergência Psiquiátrica em um Hospital Geral com 20 leitos, estes irrisórios diante da demanda no nosso município, desta forma, aos casos em crise onde a família não sabe o que fazer com o seu “doente” ou em caso de usuários de drogas, primeira opção de tratamento ainda é a Clínica Psiquiátrica Doutor Maia, que após a extinção do João Ribeiro tenta se adequar a reforma psiquiátrica, contraditoriamente a lógica da reforma psiquiátrica de extinguir esses serviços, porém diante da nossa realidade infelizmente ainda continuamos a respaldar esse serviço, diante do vazio relacionado ao atendimento a crise no município.

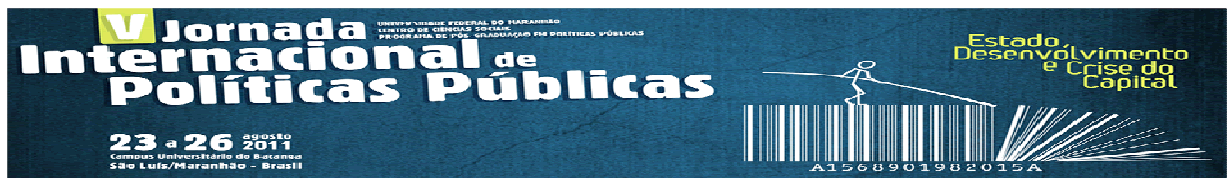
A Clínica Psiquiátrica Dr. Maia foi criada em 1966, em um período de ditadura militar, e desde então se destina ao atendimento aos usuários em sofrimento mental, a





mesma tem uma dinâmica de instituição total, e mesmo diante de um processo de mudança aos moldes tradicionais, ainda existe resquícios do antigo paradigma que viola os direitos humanos de sujeitos que há anos sofre maus tratos e exclusão social. Atualmente existem 128 leitos hospitalares (Sistema Único de Saúde), em que 67 são destinados aos homens, 55 às mulheres, 17 leitos destinados a convênios e particular destes 06 reservados para crianças e adolescentes, além de novos leitos que estão sendo concluídos financiados pela Prefeitura Municipal local para ampliação das vagas a serem oferecidas. Dentre as violações aos direitos, podemos citar:

- Perda de autonomia e identidade dos usuários, uma vez que eles seguem regras e horários da Clínica, para fazer as refeições, tomar banho, dormir, assistir televisão, receber visita, tempo mínimo após a chegada para ver a família reforçando a idéia das sociedades pré-capitalistas de que a família atrapalha no tratamento e a necessidade de isolamento do alienado.
- Longos períodos de internamento em torno de 30 dias, muitas vezes ocorrendo casos de negligência e abandono por parte dos familiares, que também acreditam ser este o melhor tratamento, uma vez que, os familiares não sabem o que fazer e como ajudar, ocasionando muitas vezes a perda dos vínculos comunitários e familiares;
- Grandes números de reincidência dos mesmos usuários, grande parte dos usuários atendidos, retornam a instituição ao menos duas ou três vezes ao ano, o que mostra que, mesmo com uma rede de serviços substitutiva, com CAPS, Residências Terapêuticas, esse espaço ainda acaba sendo o mais recorrente por parte da família; o que pode indica tanto resistência dos mesmos a outros serviços, desconhecimento, como também poucas vagas nos serviços substitutivos da rede existente, além de outras causas externas que merecem ser averiguadas mais a fundo;
- A ausência de atividades e ações continuadas que levem esses usuários a se inserirem novamente na comunidade;
- Violação dos direitos humanos e sociais.



Assim buscamos um modelo como aponta Scóz (2003, p. 42):

Modelo que se volte a preservar o direito a subjetividade dos usuários, preservarem sua história de vida, suas relações interpessoais, estabelecendo formas de tratamento em serviços abertos, criativos e maleáveis que atendam individualmente às necessidades e que o sustente em seu meio social como sujeito singular

Desta forma, faz-se necessário cumprir os princípios da Reforma Psiquiátrica, em busca da expansão dos serviços direcionados a crise, para que esta não se dê de maneira tímida como vem ocorrendo no nosso município.

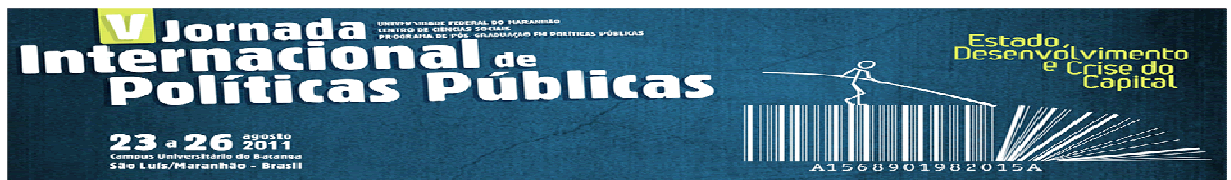
### 3. CONCLUSÃO

Assim entendemos que a Política de Saúde do nosso Estado deve ser revisada, principalmente no que se refere ao atendimento à crise, uma vez que, o atendimento integral, deve-se dar a partir de serviços substitutivos, respeitando a equidade no atendimento e nas relações, visando atendimentos que cumpram os princípios da Reforma Psiquiátrica da equidade, na garantia dos direitos, na liberdade de ir e vir, de escolha, que os trabalhadores da saúde juntamente com outros trabalhadores de setores diversos e gestores possibilitem a sociedade debates sobre estigma, inclusão social, visando à superação dos valores arcaicos do modelo hospitalocêntrico. Que cada setor da sociedade deve assumir pra si essa causa e entender que para termos uma mudança cultural e de valores sociais, se faz necessário, um conjunto de ações.

### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. I **Conferência Nacional de Saúde Mental**: relatório final/8: Centro de Documentação do Ministério da Saúde – Brasília, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Reforma **Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**: Conferência Regional de Reforma Dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, Brasília, Novembro, 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Relatório da I conferência Nacional de Saúde Mental, Brasília, 1988.
- BRASIL, Portal Transparência, Prefeitura Municipal de Campina Grande, Disponível em > <http://www.pmcg.pb.gov.br/transparencia/eixos/cidadania/22.php> Acesso em: 20 de abril de 2010.
- DIAMANTINO, R. M. "**INTERNAR OU CUIDAR**": Investigando as Dinâmicas Familiares no Contexto da Reforma Psiquiátrica em Salvador. 18 de março . Universidade Federal da Bahia, 245f. (Dissertação de Mestrado) Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Bahia, 2010.
- MEDEIROS, G. Um Novo Modelo na saúde mental, Disponível em > <http://www.paraibaonline.com.br/coluna.php?id=54&nome=Um%20novo%20modelo%20na%20sa%20fa%20de%20mental>, Acesso em: 23 de abril de 2010.
- ROSA, Lúcia Cristina Santos, **Transtorno Mental e cuidado na família**. A Família e o campo do "PSI"- estado da arte, 2º Ed- São Paulo, 2008.
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão, **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. Ed. Hucitec, São Paulo, 2010.





SCOZ, B. J. L - **Por que a alteridade é uma questão central para a psicopedagogia?** In Psicopedagogia: Um portal para a inserção social. Coordenado por Silvia Amaral. Editora Vozes, Petrópolis, 2003