Construindo novos espaços:

tecendo uma rede de apoio para os moradores das residências terapêuticas

Chirlaine Cristine Gonçalves
Andrea Abreu Calista
Ariedney Sâmyla de Souza Vasconcelos
Maria Sidney da Silva Soares
Stefan Yohansson Gonçalves

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SILVEIRA, MFA., and SANTOS JUNIOR, HPOS., orgs. *Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. 320 p. ISBN 978-85-7879-063-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

Construindo novos espaços: tecendo uma rede de apoio para os moradores das residências terapêuticas

*Chirlaine Cristine Gonçalves
Andrea Abreu Calista
Ariedney Sâmilla de Souza Vasconcelos
Maria Sidney da Silva Soares
Stefan Yohansson Gonçalves*

Introdução

Ao tentarmos enunciar saúde e doença, devemos estar cientes de que tais concepções possuem características próprias, de acordo com o contexto cultural dos diferentes grupos que compõem a sociedade. Além disso, saúde e doença não são valores abstratos ou condições estáticas. O entendimento sobre saúde depende da visão que se tem do ser humano e de sua relação com o ambiente, podendo ainda variar de sujeito para sujeito (FOUCAULT, 1995).

Deste modo, podemos afirmar que o conceito de saúde não está apenas restrito aos aspectos biológicos, mas às condições culturais, individuais, políticas, sociais, econômicas, históricas, tornando-se um conceito muito amplo e complexo. Assim, torna-se necessário ressignificar e reconceituar o que seja saúde, vê-la não apenas no campo científico, mas também como um movimento ideológico em aberto.

Trovão (2003) relata que se torna limitado fazer saúde deixando de lado os aspectos psicológicos do indivíduo, e aponta a necessidade de que seja repensado não só o conceito de saúde, como também o de saúde mental, os quais estão completamente entrelaçados

A saúde mental, no Brasil, assim como no mundo é marcada pelo contexto asilar, onde a doença mental era tida como pressuposto para exclusão, reclusão e asilamento, que visava, sobretudo, a manter a segurança e a moral pública (GONÇALVES, SENA, 2001). Com isso, os portadores de transtornos mentais eram trancafiados e presos em manicômios sendo submetidos a tratamentos críticos e hostis e reclusos a qualquer contato social.

No final da década de 70, iniciam-se movimentos contra a forma de tratamento que as pessoas portadoras de sofrimento psíquico eram submetidas, sendo articulados pela organização do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), onde foram denunciadas corrupção, fraudes e negligência no âmbito da saúde mental. É nesse contexto que surge uma nova forma de ver e tratar a doença mental denominada de Reforma Psiquiátrica Brasileira, que tem seu marco com a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAN) (VECCHIA, 2006).

O DINSAN era um órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsector saúde mental. Os profissionais das quatro unidades da DINSAN deflagram uma greve em abril de 1978, após a demissão de 260 estagiários e profissionais (AMARANTE, 1996).

A crise foi anunciada a partir da denúncia realizada por estes profissionais, ao exporem as situações irregulares de alguns hospitais, trazendo a público a trágica situação existente. Tal fato repercutiu localmente, acabando por mobilizar profissionais de diversas unidades e recebendo apoio de diversos movimentos.

Diante disso, a Reforma Psiquiátrica pode ser entendida como um processo político e ao mesmo tempo de âmbito social que tem ocorrido em territórios diversos, entre os quais, destacam-se as universidades, os serviços de saúde, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, acoplados ao governo federal, estadual e municipal e que ocorre através da transformação de práticas, saberes, valores culturais e sociais (VECCHIA, 2006), assim, exige, além do esforço político e legal, uma reforma interior de cada indivíduo da sociedade para que padrões e preconceitos sejam revisitos e haja uma ruptura dos valores de julgamento empregados aos portadores de transtornos mentais.

Embora a Reforma Psiquiátrica Brasileira tenha iniciado em conjunto com a Reforma Sanitária da década de 1970, aquela tem uma história própria que se baseou nas lutas sociais mundiais em favor ao combate das práticas violentas do modelo assistencial vigente, buscando concretizar os direitos dos cidadãos portadores de transtornos mentais (VECCHIA, 2006).

A evolução desse processo trouxe inovações em relação à assistência psiquiátrica instituindo novos modelos de atenção voltados para a reabilitação social através da ruptura das barreiras da desagregação familiar e social às quais os internos eram submetidos.

A criação de legislação específica para esse processo impulsionou a re-estruturação da atenção psiquiátrica e a trouxe para a pauta dos questionamentos sociais de estudantes e profissionais de saúde, governo, instituições privadas de atenção psiquiátrica, associações de portadores de transtornos mentais, de seus familiares e da sociedade em geral, pois todos se depararam com uma nova necessidade de adequação que já vinha ocorrendo de forma mais lenta.

A Lei Federal 10.216 entrou em vigor, em 2001, com o intuito de redirecionar a assistência em saúde mental, priorizando a oferta de tratamento em serviços de base comunitária, abordando acerca da proteção e dos direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2001).

Em 2003, ocorreu a criação do programa do Ministério da Saúde denominado De Volta Para Casa que juntamente com a Lei 10.708 trouxe circunstâncias facilitadoras do processo de inserção social de pacientes com uma longa história de internação em instituição psiquiátrica, através de critérios específicos que devem ser seguidos e que institui um auxílio financeiro a esses pacientes como uma forma de facilitar sua autonomia, garantindo ainda a continuidade de acompanhamento profissional que auxilie na sua integração social (BRASIL, 2003; 2000a).

Nesse novo contexto, a rede de atenção à saúde mental adequada às novas demandas iniciou uma fase de expansão chegando a regiões de grande tradição hospitalar, onde pouco se conhecia acerca da assistência comunitária em saúde mental.

Com a proposta de uma re-estruturação dos hospitais psiquiátricos existentes, a Reforma Psiquiátrica trouxe novos impasses para a vida dos pacientes que se encontravam internados, pois muitos desses hospitais fugiam totalmente a nova proposta terapêutica e tiveram que se adequar às novas regras, sendo que grande parte faliu ou foi perdendo gradativamente seus leitos financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse declínio do número de leitos, nos hospitais, ocorre devido ao Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria) que tem por estratégia promover a redução dos leitos, conduzido a uma mudança assistencial, garantindo a construção simultânea de alternativas de atenção no modelo comunitário, trazendo à sociedade uma grande quantidade de pacientes que permaneceram por muitos anos sob regime de internação e que se encontravam dependentes de um sistema de assistência à saúde. Outro ponto a ser destacado é que muitos desses pacientes não tinham um ambiente familiar adequado para recebê-los e ainda havia aqueles que se recusavam a regressar para o “lar”. Devido a todos os entraves advindos com o movimento da Reforma Psiquiátrica, uma necessidade surgiu: onde e como inserir os portadores de sofrimento psíquico no convívio social?

Desde o ano 2000, entrou em vigor, em nosso país, a Portaria do Ministério da Saúde nº. 106, que ressalta as necessidades dos portadores de transtorno mental, no que se refere à forma de atendimento, garantindo-lhes uma assistência integral e humanizada, re-estruturando a atenção em saúde mental com a redução dos leitos de hospitais psiquiátricos e a criação de um novo espaço para tratar o portador de sofrimento psíquico, denominado Serviço Residencial Terapêutico (SRT) (BRASIL, 2000a).

A proposta inicial das Residências Terapêuticas (RT) se constitui em uma moradia inserida preferencialmente na comunidade destinada àqueles pacientes egressos de internações prolongadas em hospitais psiquiátricos que não possuem uma base familiar para seu acolhimento. Esse sistema visa a integrar socialmente os indivíduos, permitindo a construção de sua autonomia através de um cotidiano que permite o morador, de acordo com suas necessidades e capacidades, estudar, trabalhar, realizar atividades domésticas e de lazer, enfim ter uma melhor qualidade de vida interagindo com a comunidade com a qual convive (BRASIL, 2004).

De acordo com a Portaria nº. 106, as RTs se constituem em uma proposta substitutiva aos serviços de hospitais psiquiátricos, com isso a cada transferência de paciente dos hospitais para a residência, serão reduzidas financeiramente as despesas de um leito no hospital que será destinado para o acompanhamento desse paciente no nível comunitário (BRASIL, 2002), a proposta de financiamento dos serviços substitutivos em saúde mental também encontra-se prevista no relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental que define a necessidade de garantia de uma política de investimentos que reconheça a resolubilidade da rede de serviços de saúde mental substitutivos; a implementação de mecanismos ágeis e para o estabelecimento de convênios com o SUS para implantação, implementação e credenciamento de serviços substitutivos, entre eles os serviços residenciais terapêuticos buscando garantir: transferência de recursos de capital do Ministério da Saúde destinados aos investimentos iniciais de implantação e implementação; a criação de

mecanismos que garantam a qualidade e eficácia das ações desses serviços; buscar formas de aprimorar os mecanismos de financiamento desses serviços, aumentando os valores até então propostos pelo SUS para os procedimentos desenvolvidos (BRASIL, 2000a).

As mudanças de financiamento ocasionadas podem ser observadas no Quadro 1, composta por dados do Ministério da Saúde referentes aos recursos destinados aos gastos de hospitais psiquiátricos e comparativamente aos dos serviços substitutivos de atenção a saúde mental, nos anos de 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 e 2008.

Tabela 1. Proporção de recursos do SUS destinados aos Hospitais Psiquiátricos e aos Serviços Extra-Hospitalares nos anos de 2002 a 2008 (BRASIL, 2005).

Gastos Programas de Saúde Mental	Ações e programas extra-hospitalares	Ações e programas hospitalares	Total
2002	153,31	465,98	619,29
% Incremento 2002-2003	47,42	-2,8	9,63
2003	226,00	452,93	678,94
% Incremento 2003-2004	27,14	2,78	10,89
2004	287,35	465,51	752,85
% Incremento 2004-2005	41,34	-2,54	14,21
2005	406,13	453,68	859,81
% Incremento 2005-2006	33,45	-5,81	12,74
2006	541,99	427,32	969,31
% Incremento 2006-2007	40,31	2,94	23,84
2007	760,47	439,90	1.200,37
% Incremento 2007-2008	14,56	4,33	10,74
2008	871,18	458,06	1.329,24

O Gráfico 1 apresenta a diminuição gradativa do número de leitos do SUS em hospitais psiquiátricos a partir do ano de 2002, demonstrando grande queda a partir da efetivação da Lei 10.216/01.

Fontes: Em 2002-2003, SIH/SUS, Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenações Estaduais. A partir de 2004, PRH/CNES e Coordenações Estaduais.

Gráfico 1. Declínio no número de leitos psiquiátricos do SUS no período de 2002 a 2009 (BRASIL, 2005).

A evolução da implantação das RTs além de benefícios apontou também algumas necessidades, entre as quais, percebeu-se a necessidade de ampliar a abrangência de acesso dos portadores de transtornos mentais que não eram egressos de internações psiquiátricas de longa permanência ou que não possuíam suporte social e laços familiares que viabilizassem sua inserção social. E foi com o intuito de suprir essa necessidade que a III Conferência Nacional de Saúde Mental estabeleceu que as RTs passassem a não ser destinadas apenas para egressos de longas internações psiquiátricas, devendo ser incluídos além destes, todos os portadores de sofrimento mental, deficientes mentais e autistas que necessitassem deste tipo de assistência (BRASIL, 2002).

Porém como a maioria dos pacientes beneficiados pelas residências terapêuticas permaneceu por muitos anos dependentes dos serviços psiquiátricos, há, por parte de alguns (a maioria) moradores, dificuldades para desfrutar da nova realidade, não conseguindo garantir inteiramente a sua autonomia, necessitando de um suporte profissional que pudesse auxiliar a travessia dessa fase de mudanças de forma amena e segura.

Em relação a esse fato, a Portaria 106/2000 que regulamenta a criação de RT também inclui a necessidade de garantir o direito dos moradores a uma assistência integral nos diversos níveis de complexidade através dos serviços do SUS, bem como estabelece, primeiramente, o acompanhamento assistencial dos moradores por uma equipe de saúde de serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, que preferencialmente deve ser realizado pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou equipe de saúde da família, desde que supram as necessidades que os residentes apresentem. Essa equipe será responsável por dar assistência aos moradores, devendo ser composta por no mínimo um profissional médico e dois profissionais de nível médio. Cabe a esses profissionais o suporte interdisciplinar, integral e individualizado a cada morador, que deve ser acompanhado mesmo durante internações casuais ou mudança de endereço (BRASIL, 2001).

A equipe responsável por essa assistência necessita desenvolver ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, trabalho e lazer visando a proporcionar a melhoria da qualidade de vida para atingir o objetivo de garantia da integração social e autonomia dos moradores das RTs, o que se encontra previsto desde 2001, quando foi estabelecida, na III Conferência Nacional de Saúde Mental, a necessidade dessa intersetorialidade para o estabelecimento da política de saúde mental baseando-se nos princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002).

Mesmo com toda a sistematização e compromisso dos profissionais, notou-se, com o passar dos tempos, que muitos dos pacientes que possuíam uma estruturação familiar para retornarem, ao reingressarem no ambiente familiar e comunitário, passaram a apresentar dificuldades de manter-se estabilizados e assim muitos retornavam ao serviço residencial terapêutico em busca de acolhimento. A necessidade de mudanças tornou-se, então, evidente e uma alternativa foi lançada: a atuação da Equipe Itinerante.

A equipe itinerante no processo de reinserção social

O trabalho da Equipe Itinerante visa a uma proposta terapêutica diferenciada, onde o indivíduo é acompanhado diretamente no seu local de moradia de acordo com as peculiaridades de cada caso, a avaliar o processo de reinserção social do indivíduo, e a identificar os empecilhos para que este objetivo possa ser alcançado e as alternativas para reversão dessas dificuldades e/ou adaptação do usuário (LEITE; OLIVEIRA, 2006).

É formada por uma equipe multiprofissional, que trabalha nos serviços de saúde mental do município, esses profissionais têm a missão de trazer para a equipe problemas que acontecem nos serviços, bem como sugestões de ações que possam melhorar o serviço.

Durante todo o processo de desospitalização e de construção de uma rede extra-hospitalar, foram disponibilizados todos os instrumentos administrativos de gestão. O PSF, por ser um serviço mais antigo nas comunidades, foi de fundamental importância na busca de informações dos pacientes, e como apoio na construção dos serviços substitutivos.

Nesse contexto se faz necessário buscar alternativas junto às equipes de Saúde da Família, já que a Estratégia Saúde da Família (ESF) engloba tudo aquilo que possa levar a pessoa a ser mais feliz

e produtiva, e se propõe a humanizar as práticas de saúde. Desse modo, fica clara a estreita relação existente entre a ESF e as novas práticas em saúde mental (BRASIL, 2000b).

Porém, para que essa articulação aconteça é de fundamental importância que o profissional esteja sensibilizado para a compreensão do modelo de organização familiar do portador de transtorno mental, bem como de seus valores, crenças e procedimentos, para que atue de modo a não julgar o que é melhor ou pior e sim oferecer elementos para a análise da situação (COLVERO; OLIVEIRA, 2001).

Portanto, esse profissional deve ter uma visão sistêmica e integral do indivíduo, família, comunidade, sendo este capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que busca envolver ações de promoção, proteção específica, assistencial e de reabilitação. Já que o objetivo da ESF é melhorar a saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseada na prevenção, promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios do SUS e dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade (GONÇALVES, 2005).

Vale também salientar que as ações de saúde mental fazem parte da atenção básica, de acordo com o que preconiza a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS – 96) e a Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde (NOAS), como sendo responsabilidade mínima a ser consolidada pelo plano diretor de regionalização. Nesse contexto, essas ações devem ser incorporadas à rede diversificada de serviços realizados pela Estratégia Saúde da Família (PARAÍBA, 2001).

A atenção em saúde mental deve-se basear na comunidade e ao tempo em que a ESF tem apresentado claras tendências de expandir-se e ser adotado como modalidade dominante em todo país, impondo seu envolvimento no processo de discussão da reforma

psiquiátrica, pois tem a família e a comunidade como unidade de trabalho. Além disso, segundo estimativas, uma em quatro famílias tem pelo menos um membro que apresenta atualmente um transtorno mental ou comportamental (OMS, 2001).

Contudo, a prática comunitária em saúde mental proporciona que a luta pela reversão da exclusão seja levada às bases da sociedade, para que esta seja potencializada. Com esse trabalho junto à atenção básica, o questionamento acerca do conceito de doença mental passa a ser exercido na prática diária, e as ações podem, inclusive, representar uma mudança no modo como são tratados os transtornos mentais e de comportamento, levando a comunidade a redefinir seus conceitos sobre o que é a doença mental. Além disso, a atenção baseada na comunidade tem melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais crônicos do que o tratamento asilar. Essa transferência de usuários de hospitais para a comunidade, além de demonstrar uma melhoria na relação custos e benefícios referentes à saúde mental, respeita os direitos humanos (OMS, 2001).

Nessa perspectiva da saúde mental na atenção básica e com a implantação da Estratégia Saúde da Família, podemos visualizar um caminho que poderá dar uma direção para a construção de um processo de emancipação daqueles que se encontram em sofrimento psíquico, uma vez que o programa, como já mencionado, visa a dar uma assistência integral a toda comunidade sob sua responsabilidade. Ademais, estamos passando por um processo de desinstitucionalização, no qual a Atenção Básica é integrada a outras políticas de substituição dos serviços de saúde, e a Estratégia Saúde da Família é fundamental nesse processo de construção, pois conhece sua comunidade e trabalha a integralidade do usuário, sendo, na maioria das vezes, a primeira escolha dos portadores de distúrbios mentais e de comportamentos (GONÇALVES, 2005).

A ESF surgiu como uma ajuda mútua aos serviços substitutivos de saúde mental, e percebe-se várias semelhanças entre esses serviços

e a ESF, o que permite uma excelência no cuidado à comunidade e principalmente no que diz respeito ao sofredor psíquico.

Portanto, com a saúde mental sendo incorporada a atenção básica, torna-se mais fácil reverter a situação em que o portador de transtorno mental se encontra, pois esta, às vezes, requer apenas a conscientização da família e da vizinhança, ou uma alternativa de ocupação com geração de renda, mas não há como definir ou configurar previamente as intervenções necessárias por parte dos profissionais da equipe, pois sempre será necessária uma avaliação minuciosa da situação para que a reinserção social seja realmente eficaz.

Além disso, uma pesquisa realizada, em 2005, mostrou que já existe uma preocupação dos profissionais da atenção básica, que assumem mesmo uma responsabilidade, quando intetam buscar soluções alternativas para o tratamento dos transtornos mentais e comportamentais. Isto é visível na bem sucedida experiência relacionada à estratégia do atendimento aos portadores de transtorno mental do bairro Pedregal, na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Adalberto César, localizada na Rua Nilton Paiva Fernandes S/N, localizada na cidade de Campina Grande, Paraíba. Este município está situado na Zona Centro-Oriental da Paraíba, no Planalto da Borborema, a 120 km da capital, equidistante em relação aos principais centros do Nordeste (GONÇALVES, 2005).

As usuárias participam do Grupo de Saúde Mental, há mais de quatro anos, e após essa participação, não houve nenhum registro de internação psiquiátrica; quatro delas não fazem mais uso de medicação; três diminuíram o uso; três utilizam esporadicamente e apenas uma continua fazendo uso de psicotrópicos, porém em doses inferiores às administradas anteriormente à entrada no grupo.

Todas as prescrições de psicotrópicos foram revistas, por meio de consultas com psiquiatras do SUS e marcadas através da Unidade Básica Saúde da Família Adalberto César, sendo cada esquema terapêutico planejado e estruturado individualmente, visando à solução

dos problemas clínicos de cada usuária. Além do tratamento farmacológico, foram introduzidas as psicoterapias, como relaxamento, terapia de apoio e reabilitações psicossociais. Essas estratégias variam segundo a necessidade de cada usuária e têm como objetivo a promoção da saúde do Grupo de Saúde Mental (GONÇALVES, 2005).

É importante enfatizar que, mesmo sendo escassos esses serviços, a realidade começa a mudar uma vez que o movimento da Reforma Psiquiátrica já se encontra atuante em Campina Grande.

Tudo isso nos mostra que é possível trabalhar saúde mental e como é resolutivo. A implantação do Grupo de Saúde Mental na ESF do bairro Pedregal, mostra isso. É muito gratificante perceber que alguns municípios começam a se preocupar em descobrir quem são esses portadores de sofrimento psíquico, qual a origem familiar deles, criar serviços extra-hospitalares para restabelecer seus laços vitais, para que sua cidadania, seu direito de escolha e seu convívio familiar sejam devolvidos.

Além da Equipe Itinerante e das ESFs, as Residências Terapêuticas necessitam de apoio para lidar com os usuários em crise, com isso se faz necessário ter como base um local de referência e neste cenário entra a Unidade de Emergência Psiquiátrica.

A Unidade de Emergência Psiquiátrica como suporte

No Brasil, a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, - que dispõe sobre a proteção e os direitos dos usuários de saúde mental e a mudança do seu modelo de assistência; que dispõe sobre a extinção progressiva sobre os manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais; e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória; ou seja, propõe que a assistência à saúde mental, no Brasil, não mais se baseia nos hospitais psiquiátricos, mas em outras estruturas não manicomiais. Também nos garante, através do seu artigo 4º e §1º,

que o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio (GONÇALVES; SENA, 2001). Exposto isso, a Emergência Psiquiátrica de Campina Grande, antes conhecida como Unidade de Referência em Saúde Mental, teve sua criação no ano de 2005, durante o processo de Reforma Psiquiátrica que ocorria e continua ocorrendo em todo o Brasil.

O Ministério da Saúde visa com esta Reforma à extinção do modelo manicomial vigente e a reinserção social do indivíduo portador de transtorno mental. No município de Campina Grande, interior do Estado da Paraíba, localizado na região Nordeste do Brasil, ocorreu um processo de intervenção federal na instituição psiquiátrica denominada o Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF), popularmente conhecido como Hospício João Ribeiro. Dos 176 internos, alguns retornaram para seus lares; outros foram encaminhados para os Serviços de Residências Terapêuticas (SRT's); outros, ainda, ficaram sob responsabilidade de seu município de origem; e, alguns outros, considerados moradores do hospital, pelos longos anos de internação, foram encaminhados, ao término da intervenção, para a Unidade de Referência em Saúde Mental para tratamento e acompanhamento dos casos de surto/crise psiquiátricos destes usuários, vista a cronicidade e severidade do transtorno que os acometiam. Contudo, ao longo de dois anos, a estrutura de funcionamento foi gradativamente se modificando para se adequar às diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde no tocante ao funcionamento de emergências psiquiátricas e, o ponto auge desta metamorfose foi a mudança de espaço físico da então Unidade de Referência em Saúde Mental para o Hospital Geral e Maternidade Dr. Edgley, nesta cidade, e do nome fantasia da Instituição para Emergência Psiquiátrica, especificando claramente o tipo de atendimento por esta prestado.

A Emergência Psiquiátrica de Campina Grande atende a usuários do município de Campina Grande em casos de crise ou surto psiquiátrico, seus atendimentos são prestados diuturnamente,

funcionando 24 horas por dia. Dispõe, atualmente, de 13 leitos para internações de adultos (07 masculinos e 06 femininos).

O papel da equipe multidisciplinar hoje é o de agente terapêutico, e a base dessa terapia é o relacionamento com o paciente e a compreensão do seu comportamento. O objetivo do “cuidador” não é o diagnóstico clínico ou a intervenção medicamentosa, mas sim o compromisso com a qualidade de vida do portador de distúrbio mental. Nesse sentido, a equipe multidisciplinar deve ser preparada para atuar em novos modelos de atenção, assumindo novas tarefas e adequando-se às mudanças advindas da atual política de saúde mental vigente no país. Os cuidados oferecidos devem respeitar e acolher a diferença do usuário; o qual deve ser percebido como um sujeito humano e não como um sintoma a ser debelado. Os profissionais devem estar cada vez mais atuantes e conscientes de seu novo papel e terem condição de colocar, em práticas, alternativas de atenção ao doente, para que mantenham o exercício de sua autonomia, cidadania e reabilitação; tornando o tratamento mais prazeroso, objetivando a transformação das relações da sociedade com essas pessoas (BRASIL, 2001).

No que concerne aos recursos humanos, a equipe que atua na Emergência Psiquiátrica é multidisciplinar, formada por 07(sete) médicos clínicos gerais e 01(um) médico psiquiatra, 06 (seis) enfermeiros, 18 (dezoito) profissionais de nível médio-técnico (técnicos e auxiliares de enfermagem), 01 (um) assistente social, 01 (um) farmacêutico, 01(um) psicólogo e 14 (quatorze) profissionais de nível elementar (Agentes de Serviços Gerais, Recepcionistas, Porteiros).

No que diz respeito à relação entre a Emergência Psiquiátrica e as residências terapêuticas, é oportuno ressaltar que, durante a crise, esse usuário que está inserido na EP tem todo o suporte na Emergência, seja indo até o serviço ou caso seja necessário, a equipe da Emergência vai até a residência. A EP em contrapartida é a referência para a continuidade do tratamento, visando à reinserção social do usuário.

Sendo considerada Emergência Psiquiátrica, qualquer alteração de comportamento que não pode passar por um manejo rápido e adequado dos serviços de saúde, sociais ou judiciários que existem na comunidade. Logo esta definição leva-nos a sugerir que as Emergências Psiquiátricas não são consideradas funções exclusivas de determinados serviços de atenção à saúde, pois muitas vezes requerem tratamentos especializados encontrados em serviços específicos, tais como, na unidade de Emergência Psiquiátrica (LEITE; OLIVEIRA, 2006).

Nesse contexto, a Unidade de Emergência Psiquiátrica como preconiza o Ministério da Saúde deve funcionar dentro de um Hospital Geral, contando com uma equipe multiprofissional que lida com os usuários em surto, ou seja, com os casos de emergência.

Com o passar dos anos, os serviços de Emergência Psiquiátrica foram influenciados por mudanças ocorridas nas políticas de saúde mental, como a desinstitucionalização dos manicômios, e o desenvolvimento de serviços psiquiátricos extra-hospitalares, como os CAPS, as Residências Terapêuticas. Essas mudanças ocasionaram a reestruturação das Emergências Psiquiátricas fazendo com que essas se adaptassem as novas demandas e ampliassem suas funções, proporcionando suporte psicossocial, e também a triar os casos de internação intervindos nos quadros agudos, estabilizando ou iniciando o tratamento definitivo em um paciente em crise (DEL-BEM et al, 1999).

Porém independente da necessidade das RTs, torna-se necessário refletir sobre essas pessoas que vivem, há tanto tempo, expulsas da sociedade, sem cidadania, sem direito à escolha, sem identidade; impulsiona-nos a ter a certeza de que podemos trabalhar e mudar a forma como a sociedade vê e trata os portadores de transtorno mental; mostra-nos que é essencial redefinirmos a compreensão dos tratamentos psiquiátricos, lutando contra os medos que a sociedade incutiu na nossa mente. E, finalmente, leva-nos a acreditar que louco é o mundo e loucura é achar que existe normalidade.

Referências

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

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

_____. Ministério da Saúde. **Residências Terapêuticas**: o que são, para que servem? Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. 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 República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Brasília (DF), 01 ago. 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Lei de n. 10.216, de 06 abr. 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 República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Brasília (DF), 9 abr. 2001.

_____. Portaria 106/2000 GM, de 11 fev. 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Brasília (DF), 21 fev. 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde pública**, v. 34, n.3, p. 316-319, 2000b.

COLVERO, L. A.; OLIVEIRA, M. A. F. A saúde mental no programa de saúde da família. In: **Manual de enfermagem** – Programa de saúde da família. São Paulo: USP, 2001.

DEL-BEM, C. M. et al. Políticas de saúde mental e mudanças na demanda de serviços de emergência. **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 470-476, 1999.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura**. São Paulo: Editora Universitária, 1995.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-Am. Enferm**, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200007&lng=pt>. Acessado em: 09 jun. 2009.

GONÇALVES, C. C. **O Grito das Mulheres foi Ouvido**: a experiência do grupo de saúde mental da equipe amarela do bairro do Pedregal – Campina Grande, PB. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Centro de Pós-Graduação – Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2005.

LEITE, L. S.; OLIVEIRA, M. A. P. O trabalho da Equipe Itinerante nos processos de inclusão social de portadores de sofrimento psíquico. **Divug. Saúde Debate**, v. 36, p. 53-60, 2006.

OMS. **Relatório sobre a Saúde no Mundo**. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: OPA, 2001.

PARAÍBA. **Norma Operacional de Assistência a saúde** – NOAS SUS. Instrução normativa nº 1/2001. Instrução normativa nº 2/2001. João Pessoa: Núcleo técnico de planejamento, 2001.

TROVÃO, A. L. C. **“É como se fosse uma caverna escura”**: representações sociais sobre saúde mental elaboradas por profissionais do PSF, Boqueirão – PB. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Centro de Pós-Graduação – Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2003.

VECCHIA, M. D. **A saúde mental no programa de saúde da família**: estudo sobre práticas e significações de uma equipe. 2006. 107f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista. Botucatu, 2006.