

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRO REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

O SIGNIFICADO E O SENTIDO DE SER PSIQUIATRA NO CONTEXTO DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA DO ESTADO DO AMAZONAS

Bolsista: Erick Aryce Berenguel, CNPq

MANAUS

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRO REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

RELATÓRIO FINAL

PIB-SA/0007/2010

O SIGNIFICADO E O SENTIDO DE SER PSIQUIATRA NO CONTEXTO DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA DO ESTADO DO AMAZONAS

Bolsista: Erick Aryce Berenguel, CNPq

Orientador: Prof. Dr. Ewerton Helder Bentes de Castro

MANAUS

2011

RESUMO

O Estado do Amazonas conta, hoje, com 5 CAPS, sendo 2 localizados na capital e 3 em cidades interioranas. Assim como no cenário nacional, a realidade de saúde mental no Amazonas altera-se de forma positiva, no sentido de que a cobertura e assistência das necessidades da população aumentam gradativamente com o passar dos anos. Se em 2002, o indicador “CAPS/100.000 mil hab.” era zero, em 2010 o número sobe para 0,15, segundo dados do Ministério da Saúde. Contudo, mesmo com o crescimento da cobertura, o Amazonas ainda ocupa o último lugar comparado aos demais estados brasileiros. Sua assistência, segundo a classificação do Ministério, é considerada como insuficiente/ crítica, seguindo o parâmetro que para sair de tal quadro precisaria de um índice maior ou igual a 0,20. Dessa forma, pode-se dizer que a situação da Saúde mental no Amazonas requer um elevado grau de atenção para que seja possível a melhoria. Com isso, além de estratégias elaboradas e aplicadas pelos gestores político-administrativos, da participação ativa dos usuários, estudos e pesquisas também se mostram de suma importância para encontrar meios de avanço na rede assistencial psicossocial. O estudo presente, então, possuiu como objetivo compreender o significado e o sentido de ser psiquiatra mediante o processo da Reforma Psiquiátrica. A escolha do profissional em questão deve-se, entre outros fatores, a toda representação que lhe é atribuída. O médico atuante na rede psicossocial, mais especificamente o psiquiatra, convive com problemáticas que concernem, restritamente, a sua profissão. Divergências ideológicas, movimentos de protesto sem um delineamento, a indefinição do papel do psiquiatra dentro do CAPS, além das outras limitações da realidade da assistência da saúde mental, demonstram a necessidade de se averiguar as variáveis que permeiam a vida profissional do psiquiatra. E para realizar tal pesquisa planejou-se entrevistar tais profissionais que atuam nos CAPS do Estado. Ao longo da realização das atividades, podem-se perceber as dificuldades existentes para se investigar a realidade em questão. O contato com os médicos, permissão para adentrar nas instituições, espaço adequado para realização das entrevistas, em todas as situações ocorreram contratempus que dificultaram o desenvolvimento da pesquisa. Após a realização das entrevistas percebeu-se o imenso universo que existe no atuar deste profissional e que muito há para ser investigado e estudado. Durante a análise das entrevistas, identificaram-se questões que perpassam o psiquiatra não só como profissional, mas como um indivíduo, como ser de necessidades implicado numa realidade de transição da psiquiatria dos intramuros dos hospitais psiquiátricos para o exercício de uma psiquiatria territorial.

Palavras-chave: Saúde mental; Rede de assistência psicossocial; CAPS; Psiquiatra.

ABSTRACT

The state of Amazonas holds, nowadays, 5 CAPS, being 2 located in the capital and 3 in countryside cities. As well as in a national scene, the reality of the mental health in Amazonas changes in a positive way, meaning that the coverage and assistance upon the population necessities increases gradually as years go by. If in 2002, the indicator "CAPS/100.000 thousand hab." was zero, by the year of 2010 the number raises up to 0,15, according to information from the Ministry. However, even with the growth of the coverage, Amazonas still holds the last position comparing to the other Brazilian states. Its assistance, according to the Health Ministry classification, is considered as insufficient/ critical, following the parameter that to leave this situation, it's needed an index upper or equal to 0,20. Thus, it may be said that the mental health situation of the state of Amazonas requires a high degree of attention, in order to allow improvement. Therefore, besides the elaborated strategies and applied by the political-administrative managers, from the active participation of the users, studies and researches also show to be of a high importance to find means of progress on the psychosocial care network. The present study, then, has as objective to comprehend the meaning of being a psychiatrist by the process of Psychiatric Reform. The choice of the presented professional is, among other factors, due to all the representations that it's been assigned. The active doctor in the psychosocial network, more specifically the psychiatrist, deals with issues that concern, strictly, its profession. Ideological divergences, protest movements with no delineation, the undefined role of a psychiatrist inside the CAPS, apart from other limitations of the reality of the mental health, assistance demonstrate the necessity to investigate the variants issues that permeate the professional life of the psychiatrist. To fulfill this research, it was planned to interview those professionals that work in the CAPS of the state. Along the realizations of the activities, it is noticeable the existent difficulties to investigate the due reality. The contact with the doctors, the permission to entrance the institutions, adequate places to realize the interviews, in all situations occurred setbacks that interfered the proper development of the research. After the first interview made with a psychiatrist allocated in a CAPS in the north region of the capital, it was noticed the great universe that exists on the performance of those professionals, and there is still so much to be studied and investigated. During the interview analysis, it was identified matters that pervades the psychiatrist, not only as a professional, but also as an individual, as being as necessities implied in a reality of transition of the psychiatry inside the psychiatric hospitals for the exercise of territorial psychiatry.

Keywords: Mental health; psychosocial assistance network; CAPS; Psychiatrist.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1 LOUCURA E RAZÃO: TRATAMENTO AOS “DIFERENTES”	17
2.2 SURGIMENTO DA PSIQUIATRIA: PRIMEIROS HOSPÍCIOS E INFLUÊNCIA DO PENSAMENTO HIGIENISTA	19
2.3 NOVOS RUMOS DA PSIQUIATRIA: INÍCIO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	23
2.4 REFORMA PSIQUIÁTRICA E A NOVA REDE ASSISTENCIAL	24
2.5 SUS E A IMPLEMENTAÇÃO DOS NOVOS DISPOSITIVOS	28
2.6 O PROFISSIONAL PSIQUIATRIA DIANTE DOS FATORES QUE PERPASSAM A PSIQUIATRIA	29
2.7 VIVÊNCIA A SER PERCEBIDA: FENOMENOLOGIA DO FATO	34
3 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA	35
3.1 LOCAL DE COLETA DE DADOS E AMOSTRA	35
3.2 INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	36
3.3 PROCEDIMENTO DE COLETA	37
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	38
4.1 CATEGORIAS.....	39
4.1.1 Atuar na saúde mental: paradoxos e desafios	40
4.1.2 Ser-no-mundo-sendo-psiquiatra: ser de cuidado.....	42

4.1.3 Con-viver com as concepções diferenciadas da atuação profissional: o difícil momento da transição.....	43
4.1.4 Reforma Psiquiátrica, interdisciplinaridade e intersetorialidade: a responsabilidade compartilhada.....	46
5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	47
6 REFERÊNCIAS	50
7 ANEXOS	53
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	54
ANEXO B – CRONOGRAMA DA PESQUISA	55

1 INTRODUÇÃO

A saúde é um direito universal e fundamental do ser humano, firmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e assegurado pela Constituição Federal, que estabelece a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Segundo a atual legislação brasileira o conceito de saúde seria o resultado de diversos fatores determinantes e condicionantes como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais. E, sendo assim, tal resultado seria propiciado através do trabalho das gestões municipais do SUS – Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2009)

O SUS foi criado em um ambiente de movimentos revolucionários e promessas de melhoria para a realidade assistencial de saúde dos brasileiros, dentre eles a Reforma Sanitária, fruto de uma série de indignações que ocasionaram o protesto organizado. Tal movimento tinha como intuito não somente a melhoria pelos serviços de saúde prestados à população. Era, na verdade, um descontentamento dos cidadãos com toda a configuração político-democrática da época que se instalava no território brasileiro. Caracterizava-se além de uma reforma setorial e buscava pela consolidação da cidadania no país. Assim, as propostas da Reforma Sanitária pediam apenas o primordial e básico para que as pessoas mantivessem condições de vida minimamente saudáveis. Propôs-se, então: a saúde como um direito de todos; o fácil e livre acesso às ações de saúde e a descentralização da gestão, fosse esta administrativa ou financeira.

Tais propostas serviram mais tarde como influência direta ao que hoje se conhece como os princípios do SUS. Após a consolidação do movimento e das propostas debatidas pela sociedade, as considerações levantadas são significativamente

registradas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que propulsionou, três anos mais tarde, na adoção do modelo de Sistema Único de Saúde consubstanciado em três diretrizes básicas: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Configurou-se, então, uma nova realidade na assistência à saúde. O SUS instalou-se com prioridades e princípios para sanar as deficiências existentes por conta de todo um histórico de institutos de saúde desfalcados e seletivos em seu atendimento à sociedade.

O SUS, Sistema Único de Saúde, preconiza, dentre os seus princípios, a universalidade, a equidade e a integralidade de seus serviços. Dessa forma, todo brasileiro tem direito à saúde, a ser tratado e bem recepcionado nas unidades de saúde tendo em conta as suas limitações e especificidades e a ter acesso a todos os programas e atividades oferecidos pelo Sistema. Através dessa estrutura, procura-se acobertar a sociedade desde suas primárias necessidades a situações que requerem procedimentos de alta complexidade. (BRASIL, 2007)

Dentre as demais áreas que fazem parte do SUS, a Saúde Mental configura-se de forma especial no contexto brasileiro, devido a toda fase de implementação dos novos serviços e da nova rede de assistência. O Brasil enfrenta o desafio de aumentar a acessibilidade e a qualificação da atenção em saúde mental de forma paralela e articulada com a transformação do modelo anterior, que se pautava pela internação em hospitais especializados. A luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica contaram significativamente para as alterações que hoje existem na rede assistencial psicossocial. Se antes parte da população que sofria de transtorno mental era encaminhada para hospitais psiquiátricos, atualmente recebem serviços de uma nova estruturação que são os Centros de Atendimento Psicossocial, tendo sua primeira instalação no território brasileiro no ano de 1987. O CAPS têm-se mostrado eficaz na execução de seus

serviços e recebeu maior aprovação entre os profissionais e políticos que trabalham nesse meio, assim como dos pacientes que usufruem da nova estrutura. (BRASIL, 2005)

Por essa nova estrutura, preconizada pela reforma psiquiátrica, a atenção à saúde mental deve ter base comunitária e territorial, facilitando a redução do número de leitos hospitalares e na expansão da rede de serviços de atenção diária.

“A desinstitucionalização da assistência psiquiátrica, a defesa dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais, o combate ao estigma, o cuidado à saúde mental por meio de dispositivos extra-hospitalares e sua inclusão na atenção básica são algumas das diretrizes da política de saúde mental do SUS.” (BRASIL, 2009, p. 347)

Com a mudança estrutural na rede de assistência a saúde mental, foi necessário repensar o modo de atuação dos profissionais inseridos nesse contexto. Não bastou alterar os meios físicos que davam o suporte para tais serviços, precisou-se readaptar o corpo técnico que iria atuar nesses espaços físicos que estreavam no cenário brasileiro. Preconizou-se com a Reforma Psiquiátrica uma mudança a nível ideológico. Priorizou-se uma nova postura do profissional da saúde diante das necessidades da sociedade que é acometida pelos transtornos mentais.

A Reforma Psiquiátrica surgiu da influência de movimentos que, inicialmente, aconteceram no continente europeu, especificamente na Itália. A luta antimanicomial tinha como foco a desinstitucionalização dos pacientes que ficavam internados em período integral nos manicômios e, assim, haver a possibilidade de reinserir esses indivíduos no contexto familiar e social. Isso exigiu, então, dos profissionais uma visão de clínica ampliada.

Ao se falar em clínica o pensamento mais recorrido é o do médico prescrevendo uma receita ao paciente. Contudo, a clínica necessita ir além disso, pois sabe-se que as

peessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras. “É certo que um diagnóstico sempre parte de um princípio universalizante, generalizável para todos, ou seja, ele supõe e produz igualdade que é apenas parcialmente verdadeira”. (BRASIL, 2007, p. 77). O diagnóstico pressupõe uma certa regularidade, mas é preciso ter em mente o contexto em que esse paciente está inserido, o que o levou a apresentar tal quadro e o que mantém a situação desse quadro, tendo uma visibilidade holística da situação do indivíduo.

O paciente deve ser percebido não apenas como um ser fragmentado no qual cada profissional atenta somente para sua especificidade, mas sim como alguém perpassado por diversos âmbitos sejam esses físicos, psíquicos ou sociais. Na clínica ampliada propõe-se que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida de modo prazeroso. (BRASIL, 2009)

Além da mudança na percepção individual que o profissional inserido nesse novo momento irá projetar diante de sua realidade, há a alteração no nível interpessoal. A dinâmica do corpo técnico no CAPS configurou-se de maneira diferenciada da equipe que trabalhava nos hospitais psiquiátricos. A interação entre os profissionais nesse novo ambiente ocorre de forma mais recorrente possibilitando que todos participem ativamente no processo de acolhimento/ tratamento do paciente que se utiliza dos serviços oferecidos.

Segundo os últimos dados contabilizados na cartilha Saúde Mental em Dados 7, confeccionada para servir como panorama da realidade brasileira e guiar os participantes da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, o acesso à saúde mental aumentou. Agora, 63% da população é assistida pelos programas e ações

oferecidas no que diz respeito à rede de Saúde Mental: CAPS, hospitais-dia, residências terapêuticas, hospitais psiquiátricos, dentre outros. (BRASIL, 2010)

Contudo, muito precisa ser melhorado. A rede ainda possui suas deficiências e se instala pelas cidades com significativa dificuldade e estratégias alternativas, que por vezes não desenvolvem corretamente a função para a qual foram prescritas. Exemplos disso são CAPS sendo fomentados por gestões estaduais quando se sabe que é o município que tem a incumbência de gerir um centro desse tipo, CAPS do tipo III sem condições de suprir as necessidades que deveria aportar como internações e assistência 24 horas, falta de profissionais na equipe como a figura do psiquiatra etc.

Porém, é preciso levar em consideração de que problemas de cunho financeiro/administrativo estarão sempre presentes e que um meio de contornar um desfalque maior na assistência a população é poder contar com uma equipe multiprofissional compromissada e que entende a implicação do seu papel no contexto da saúde. Atuar sob uma via interdisciplinar, na qual cada profissional contribui ativamente, torna-se um desafio e ao mesmo tempo uma prioridade, pois antes o tratamento nas instituições totais era fragmentado, cada profissional trabalhava de maneira isolada.

Pensando assim, os gestores do SUS responsáveis pela nova estruturação da rede de assistência em saúde mental formalizaram um Programa de formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica que objetivava promover processos de capacitação que possibilitassem a expansão e a qualificação da rede de serviços e ações de atenção psicossocial, nas diversas regiões do país. O programa iniciou em 2002 e conta com núcleos que, em 2003, passaram a ser articulados aos pólos permanentes de educação em saúde. Assim, montava-se uma estratégia de adequação para o corpo técnico que vivia esse momento de mudança. (BRASIL, 2009)

Como característica de todo momento de transição é natural que muito da dinâmica da realidade anterior da saúde mental ainda repercute no cenário atual da rede assistencial. É perceptível uma dificuldade significativa no que diz respeito à realidade de interação entre os profissionais. Dificuldade esta que vem ganhando, cada vez mais, a atenção de pesquisadores e estudiosos na área. Quando se fala de interdisciplinaridade na equipe multiprofissional de um CAPS, a figura do psiquiatra requer certa atenção.

Pelo fato de ser uma especialização do curso de Medicina, a Psiquiatria desenvolve, desde o início da formação, acadêmicos e futuros profissionais que poderão vir a pensar de forma diferenciada dos demais da área de saúde. Resultante disso, os demais profissionais da área de saúde mental entram em conflito com psiquiatras quando precisam unir-se em um conjunto de trabalho para formulação de planejamentos terapêuticos. Ocasionalmente, as decisões dos profissionais acabam por divergir, trazendo conseqüências que acarretam maior sofrimento psíquico aos usuários que usufruem dos serviços.

A problemática dessa divergência pode não se encontrar pautada a um nível pessoal de conduta de tais psiquiatras. Não se procura culpá-los por determinado retrocesso na melhora dos quadros de saúde dos pacientes. O que emerge nessa discussão é a busca e a reflexão da causa de tal desarmonia proveniente, boa parte das vezes, dos médicos para com o restante da equipe. Instiga-se com essa situação, o questionamento: Quais fatores determinam a conduta profissional desses psiquiatras que a tornam, muitas vezes, desconexa com o atendimento das necessidades da realidade da Saúde Mental?

O início para uma resposta poderia ser refletir a respeito da formação acadêmica dos psiquiatras. Como já supracitado, por ser uma especialização de um curso da área de ciências naturais biológicas, a influência quanto à forma de atuar parte

da forma com que esses médicos, anteriormente estudantes, foram ensinados a pensar. Verifica-se com esta percepção, uma análise concernente às bases estruturais do conhecimento científico. As ciências naturais, assim como as demais, caracterizam-se pelo seu objeto de estudo e seu método. Com essa prerrogativa, afirma-se que os acadêmicos de Medicina são constantemente orientados a olhar os fenômenos de forma preditiva e rigorosa, remetendo-se continuamente à natureza biológica do homem, pois, obviamente, o médico forma-se e especializa-se com este intuito e sua formação cobra pela mesma razão.

Porém, quando se fala em Psiquiatria, um cuidado maior é quisto. A intervenção que um médico psiquiatra realiza em um indivíduo irá afetar diretamente seu sistema biológico, mas também, o seu psíquico. Uma vez que tais profissionais preocupam-se e atem-se, em sucessivos momentos, ao biológico, ocorre um dano não apenas ao indivíduo que desfruta do atendimento desse médico, como o trabalho dos demais profissionais que cuidam do mesmo paciente. O indivíduo é fragmentado e tratado unicamente na especificidade em que o profissional que lhe atende foi instruído.

A Psiquiatria é acusada de tratar os pacientes como objetos passíveis apenas de observação. Entre o médico e o paciente, constroi-se somente um vínculo profissional, muitas vezes mal formado. Ribeiro (2008), em sua pesquisa sobre fatores associados ao abandono no tratamento em saúde mental, afirma que os pacientes necessitam de abordagens personalizadas, a fim de influenciar positivamente a adesão final dos mesmos ao tratamento indicado.

Os médicos, numa formação que tende a generalizar as abordagens terapêuticas, constantemente, são alvos de duras críticas com relação ao desempenho de uma boa atuação referente a um profissional da saúde mental. David Cooper (*apud* DUARTE JR, 1987), grande nome no movimento Antipsiquiatria, fala que

a experiência psicótica, contando com a orientação correta, é capaz de conduzir a um estado humano mais avançado, porém, muito frequentemente, é convertida pela interferência psiquiátrica num estado de paralisia e estultificação da pessoa.(p. 67)

Questões como essas precisam de maior atenção e cuidado. Por um longo tempo, muitos se preocuparam apenas em criticar severamente e de forma descontextualizada o papel do médico psiquiatra atuante na saúde mental. A reflexão deve se direcionar não para um fator isolado. É preciso considerar a mudança que a nova estrutura na rede de Saúde Coletiva e Mental acarretou na vida de seus profissionais, em especial do psiquiatra.

Menezes (2007) retrata de forma clara a problemática quando menciona o fato de o médico psiquiatra, até então “acolhido” dentro de um hospital, ver-se convidado a adentrar a realidade do CAPS, um serviço aberto, comunitário e interdisciplinar, onde não mais é válido o discurso psiquiátrico clássico. Deslocado de seu aporte teórico e técnico, este profissional transporta-se para um cerne de ambigüidades e ilogicidades. Diante deste cenário, surgem perguntas: qual, então, o significado e o sentido de ser psiquiatra no contexto da Reforma? Como os médicos psiquiatras se percebem neste novo parâmetro da Saúde Mental? A partir do desvendamento de tais perguntas é possível o início de uma verdadeira compreensão da conduta desses médicos.

Durante a organização da Reforma Psiquiátrica e o transcorrer da mesma muito se fala sobre a necessidade da “implementação de determinados valores éticos, de compromissos profissionais, acadêmicos, políticos e de gestão que se antagonizam a perspectivas anteriores” (STOCKINGER, 2007, p. 15), contudo, pouco se pensa a respeito de um preparo dos profissionais que migram para esse novo contexto. A ponte

necessária que os psiquiatras precisam atravessar para uma atuação condizente com os ditames de uma nova Saúde Mental aloca-se em todos os fatores que são os pilares de uma conduta profissional: ética, formação, compromisso, práxis. Contudo, pouca atenção foi direcionada para este fato. O que urge através dessa discussão é deixar claro que o foco deve direcionar-se para a construção de tal ponte, de forma que facilite não só o desempenho dos médicos, mas também a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos por toda a equipe multiprofissional.

Pensando assim, a pesquisa em questão preocupa-se em retratar e instigar interesse por esses pontos, entre os quais enfoca especificamente o sentido e o significado de ser psiquiatra no contexto da Reforma Psiquiátrica. Através do levantamento de dados conseguido através das entrevistas será possível delinear, mesmo que de forma singela, um retrato do que vem a ser a atuação do psiquiatra nesse novo contexto da Saúde mental no quadro brasileiro. E, a partir de tal estudo, facilitar-se-á a percepção daqueles que direcionam seu interesse para a área de Saúde mental. Possibilita-se, então, uma visão mais próxima e fiel da realidade desses profissionais contribuindo para a interação não só dos psiquiatras com a equipe restante do CAPS, mas a relação entre os profissionais da mesma classe. Sabe-se que a interação entre os próprios psiquiatras não é harmoniosa quando se leva em consideração debates ideológicos, preconizadores de conduta, acarretando com isso mais uma dificuldade na atuação deste profissional.

O estudo corrente procura explorar essa realidade dos psiquiatras e direcionar a discussão para o nível prático. A problemática desloca-se para a Reforma Psiquiátrica a partir do momento em que o pouco conhecido da realidade dos médicos torna-se menor ainda diante do novo cenário promovido pela Luta Antimanicomial. Percebe-se com isso, um problema localizado não só em uma condição primária, do conhecimento, mas

também secundária: as consequências desse escasso conhecimento. O panorama que se faz presente para o psiquiatra é o que segue: a psiquiatria territorial é exercida em apenas algumas cidades do espaço brasileiro; os hospitais psiquiátricos que ainda estão em funcionamento não podem mais ser utilizados como parâmetros para o novo contexto que a Reforma trouxe; contudo, a maioria dos centros de especialização em psiquiatria é vinculada a hospitais. Diante de tal dificuldade, questiona-se até que ponto é possível o exercício pleno da psiquiatria territorial, uma vez que a maioria dos locais de formação oferece uma base da psiquiatria clássica hospitalar. (MENEZES, 2007).

No Brasil, muito já foi feito para se alterar tal cenário. Segundo o Ministério da Saúde (2010), o Brasil apresenta hoje 1541 CAPS espalhados por todo o seu território. Contudo, desafios cruciais ainda são presentes e muito ainda precisa ser melhorado. E quando se trata de melhoria em saúde mental o Estado do Amazonas demanda significativa atenção.

O Amazonas conta hoje com 5 CAPS, sendo 2 localizados na capital e os demais no interior. Em 2007, o Amazonas ocupava o último lugar no ranking do quesito cobertura com o quantitativo de 0,09 CAPS por 100.000 mil habitantes. Após a publicação da sétima edição da cartilha Saúde Mental em dados, o estado amazonense ainda ocupa o último lugar com o índice de 0,15, caracterizando sua situação como insuficiente/ crítica. E para que se mude tal situação é preciso que muito seja feito, uma vez que a categoria sucessora no quesito cobertura demanda um número de 0,20 centros / 100.000 mil habs. Contando apenas com dois ambulatórios em todo seu território, o estado do Amazonas, além de participar da mesma problemática supracitada relacionada ao profissional psiquiatra, apresenta também dificuldades de gestões política e administrativa da rede de CAPS, o que acaba por agravar mais a dinâmica da equipe que trabalha nesse contexto.

Ao planejar o funcionamento do sistema e para evitar problemáticas, sabe-se que uma das preocupações que os gestores do SUS possuem é levar em conta as particularidades dos contextos e cenários dos estados brasileiros para que, assim, o funcionamento do SUS se dê de forma efetiva e que siga de acordo com os princípios norteadores estabelecidos. “A gestão pública, como instrumento de ação política, deve buscar sempre a construção de uma sociedade mais equitativa e democrática.” (BRASIL, 2009, pg. 5) Considerando a complexidade de se gerir na contemporaneidade com um cenário cheio de poderes compartilhados identifica-se a necessidade significativa de se encontrar meios que facilitem uma administração e gestão clara da saúde pública. Possibilitando, assim, a criação/ implementação futura de políticas de impacto positivo em todos os ramos da Saúde. (BRASIL, 2009)

Depois de todo o exposto, torna-se claro a contribuição da pesquisa presente realizada, no sentido de que a mesma, através da investigação de realidades e contato com os profissionais, possibilita não somente a aproximação desse contexto como também suscita a mais estudos que se fazem necessários com o levantamento das informações que serão encontradas. Informar é reduzir as incertezas e oferecer ferramentas que auxiliem na identificação e superação dos problemas. (BRASIL, 2009)

Pesquisar a respeito desta realidade no Amazonas mostrou-se de significativa relevância a partir do momento em que poucos estudos se fazem presentes e que muitas discussões e paradigmas, por vezes equivocados, percorrem tal temática. Estudar sobre os sentidos e significados que influem e determinam a conduta dos psiquiatras remete uma contribuição não só ao campo médico, mas sim a toda equipe multiprofissional de Saúde Mental e aos acadêmicos das faculdades de saúde e demais interessados sobre esta realidade. Transparecer essa temática cada vez mais, unicamente, repercutirá em benefícios para os futuros profissionais com o fácil entendimento que será conquistado.

Uma vez que o serviço torna-se harmonioso e condizente com seus próprios pressupostos, não só a equipe técnica usufrui de bem-estar, mas também os indivíduos que se utilizam do trabalho destes profissionais. Será vantajoso ainda para os gestores que poderão visualizar novas políticas e estratégias através da mudança de pensamentos e maior disseminação do assunto de uma forma geral entre as pessoas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 LOUCURA E RAZÃO: TRATAMENTO AOS “DIFERENTES”

O tratamento da loucura ao longo da história sempre foi perpassado por questões delicadas e abrangentes. As pessoas que eram consideradas loucas na era clássica eram detidas juntamente com os criminosos, prostitutas e feiticeiros. Na idade moderna eram aprisionados separadamente dos demais meliantes. O desconhecimento da patologia mental justificou séculos de falta de sensibilidade com a saúde mental e as pessoas em grande sofrimento psíquico.

A loucura não em toda sua existência foi tratada pela Psiquiatria e nem mesmo pela Medicina. Antes da patologização mental e o estudo da mente humana, o tratamento direcionado aos “loucos” era responsabilidade da polícia e em prol da higienização das cidades. A psiquiatria, como é conhecida atualmente, iria surgir somente no século XVIII.

Foucault (1972), em seu livro *História da Loucura na Idade Clássica*, irá dizer que a Psiquiatria de hoje não é fruto de uma evolução do conhecimento científico, mas sim de rupturas sucessivas entre os períodos que o autor cita em seu livro:

Renascimento, Era clássica e Modernidade. Sendo que cada uma dessas fases desenvolveu sua relação com a loucura.

No Renascimento os loucos eram andarilhos, não haviam reprimendas. Existia, ainda, a contradição quanto à concepção do fato. Os artistas da época dividiam-se entre os que viam a loucura positivamente e os que a viam negativamente. Todavia, posteriormente, na era clássica que essa divisão dissipar-se-á e o aspecto negativo tomará a prevalência com o discurso de Descartes. A partir desse momento, a loucura passa a ser vista de forma a ser segregada, antes mesmo de ser abarcada pela medicina. E tal condição viria a se confirmar quando, na época, a sociedade resolvia decidir se um indivíduo era louco ou não utilizando como instrumento divisor apenas a percepção.

Ao louco, então, restava o exílio com os demais indesejados pela população. Eram exilados em grandes abrigos que alojavam todos os indivíduos que eram considerados ameaças para os outros cidadãos. O principal marco dessa fase é a criação do Hospital Geral em Paris em 1656. Contudo, a criação dessas instituições mais tinham o propósito de aprisionamento e resguardo do que a oportunidade de um espaço curativo-terapêutico. Não havia presença constante de médicos e estes apareciam apenas para evitar que as doenças dos aprisionados se alastrassem para o restante da população em vez da adoção de uma postura de cuidado exclusivo. A preocupação, na época, era manter o bem estar geral e organização da cidade. (ZAIDAN, 2008)

O interessante de ser notado através de tal estrutura de tratamento direcionado a loucura é identificar que o que importava na figura do louco, não era sua doença, mas sua falta de razão. Tudo que fosse desviante de organização, de razão, não adequado às leis vigentes, era digno de punição e/ou exílio. A prioridade maior era a higiene socio-político-visual da cidade.

Com a era moderna veio o capitalismo que trouxe grandes mudanças no que se refere aos excluídos da sociedade. A ideia de produção e geração de renda para o capitalista tomou conta das relações humanas e qualquer um que tivesse condições de ser considerado uma potencial mão-de-obra estaria apto para incluir-se no meio social novamente. Com isso, até os ociosos e vagabundos que ficavam exilados puderam ser reinseridos, pois apresentavam-se em condições de produzir. E o louco, novamente, era reforçadamente segregado e dessa vez com uma nova justificativa: invalidez para produzir. (ZAIDAN, 2008)

Não tardando, dessa forma, o louco ganhará um espaço só para si e a Medicina virá para reforçar esse contexto.

Aspectos médicos como o de Buffon e suas forças penetrantes [...], da “medicalização da loucura”, que contou com a colaboração de Doublet, Colombier, Tenen e Canabis [...] e, finalmente, os de Tuke e Pinel, constroem a era do patológico. Com a era moderna, surge a ruptura que finalmente vai propiciar o surgimento da psiquiatria. (ZAIDAN, 2008, P. 263)

2.2 SURGIMENTO DA PSIQUIATRIA: PRIMEIROS HOSPÍCIOS E INFLUÊNCIAS DO PENSAMENTO HIGIENISTA

Relembrando que o hospital geral da idade média tinha um intuito muito diferente dos hospitais de hoje, que os mesmos serviam mais para segregar do que para realmente tratar, a Psiquiatria adentrou marcada por um modelo assistencial asilar e excludente.

Durante a época da Revolução Francesa, o Hospital Bicêtre, em Paris, era considerado como uma verdadeira “casa dos horrores” onde os internados, a maioria

loucos, eram abandonados. O médico Phillipe Pinel, um dos primeiros alienistas (como eram chamados os primeiros psiquiatras da História), ao ser nomeado diretor deste hospital, começou a estudar e separar os diversos tipos de “desvios” que encontrava ali, com o objetivo de tratá-los.

Assim, surgiu o primeiro hospital psiquiátrico, ou manicômio, como instituição de estudo e tratamento da alienação moral. O “tratamento moral” realizado pelos alienistas consistia no total isolamento social do louco alegando que, dessa forma, não haveria obstáculos que, por ventura, atrapalhariam o desenvolvimento natural da doença. E que, somente assim, alcançar-se-ia a cura da alienação.

No Brasil, o atendimento aos loucos era realizado pelas Santas Casas até a proclamação da República em 1889. Em 1890, o Hospício Pedro II passa a ser denominado de Hospício Nacional dos Alienados. Durante o Segundo Reinado foram construídas diversas instituições exclusivas para alienados. Com exceção de São Paulo, que precocemente dedicou instituições exclusivas, várias províncias brasileiras deslocaram os alienados das enfermarias das Santas Casas para hospícios destinados ao tratamento da alienação.

Já no século XX, os médicos conseguiram obter o controle das Santas Casas e dos hospícios, transformando tais locais em estabelecimentos médicos. Pode-se dizer que o que marcou o início da psiquiatria moderna no cenário brasileiro foi a posse de Juliano Moreira na direção do Hospital Nacional dos Alienados e a mudança da assistência de saúde para um modelo baseado no funcionamento da assistência psiquiátrica da Europa.

Em 1912, a Psiquiatria torna-se especialidade médica autônoma e, a partir desta data, até 1920, ocorre um aumento importante no número de estabelecimentos destinados aos doentes mentais. Em 1927, o Governo Washington Luís cria o Serviço

de Assistência aos Doentes Mentais do Distrito Federal, instituição encarregada de coordenar administrativamente todos os estabelecimentos psiquiátricos públicos do Rio de Janeiro. Em 1930, a instituição é incorporada ao Ministério da Educação e Saúde, que, obedecendo a tendência centralizadora do governo surgido da Revolução de 1930, assume a responsabilidade de todos os serviços psiquiátricos do país.

Todos esses eventos são importantes para perceber o contexto em que a Liga Brasileira de Higiene Mental nasceu. Inicialmente, a Psiquiatria Brasileira apenas reproduzia os ditames da Psiquiatria Francesa. Juliano Moreira juntamente com outros estudiosos estruturaram um novo sistema de saber dentro da ciência médica psiquiátrica. Contudo, por não haver ainda uma tradição científica consolidada, os psiquiatras tinham dificuldade em estabelecer qual seria seu campo de atuação e quais fenômenos se restringiam ao saber que lhes era de direito. Influenciados pelo biologismo extremo alemão, consideravam tanto os problemas psiquiátricos como os problemas culturais ocasionados por alguma disfunção do físico. (COSTA, 2007)

A LBHM foi fundada no Rio de Janeiro, em 1923, pelo psiquiatra Gustavo Riedel, com a ajuda de filantropos do seu círculo de relações. O objetivo inicial da instituição era o de melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos. A LBHM era uma entidade civil que funcionava com uma subvenção federal com a ajuda de filantropos. De 1923 a 1925, a Liga seguiu a orientação que Riedel lhe havia imprimido, ou seja, a de procurar aperfeiçoar a assistência aos doentes. A partir de 1926, no entanto, os psiquiatras começaram a elaborar projetos que ultrapassavam as aspirações iniciais da instituição e que visavam a prevenção, a eugenia e a educação dos indivíduos. (COSTA, 2007)

Pode-se observar, a partir deste momento, um desvio nos programas de higiene mental. A LBHM buscava atingir estes últimos objetivos e negligenciava, pelo menos

teoricamente, os objetivos iniciais. E tais metas foram criadas por um influência maciça do contexto sociocultural das três primeiras décadas do século XX, retendo ideais da eugenia do indivíduo e da raça. Os psiquiatras brasileiros vão se preocupar com os fatores socialmente controláveis que poderiam elevar ou rebaixar qualidades raciais das gerações futuras, adotando preceitos da arianização alemã.

“Os atributos psíquicos dos indivíduos não-brancos, negros, amarelos ou mestiços foram assim considerados patológicos em si, e o único remédio neste nível era o saneamento racial proposto pela eugenia.” (COSTA, 2007, p.58) é esta tendência que se desenvolveu a partir de 1931. A Psiquiatria irá se incubir de uma vaidade, ao não só atender aos pedidos da Política da época, cuidando de demandas reais da população como o alcoolismo, mas de comprovar o seu poder controlador eugênico diante da sociedade, tendo autorização para segregar, exilar indivíduos que sinalizassem ameaças a integridade e qualidade das raças, mais especificamente, a branca.

Totalmente influenciados pela Psiquiatria alemã, após a realização do Primeiro Congresso Internacional de Saúde Mental, os psiquiatras brasileiros, além de tomados pela noção de eugenia que invadia o Brasil do início do século XX, passaram a priorizar significativamente o tratamento da raça e não do indivíduo. O médico, antes de ser psiquiatra, era um eugenista.

O pensamento eugênico visava transformar a imagem da personalidade étnica brasileira e a construir uma sociedade compatível com esta personalidade. A eugenia foi para a Psiquiatria o que outros modelos de pensamento político e filosófico foram para certas correntes intelectuais da época: um instrumento teórico posto a serviço da crítica ao sistema democrático-liberal da Primeira República.

É assim, então, que o saber e o poder médico criam uma legitimidade de intervenção da classe dominante sobre os despossuídos através da Psiquiatria e do

Hospital Psiquiátrico. O manicômio atravessou séculos conformando uma sociedade disciplinar com dispositivos disciplinares num processo favorecedor da exclusão e em favor da supremacia da razão.

2.3 NOVOS RUMOS DA PSIQUIATRIA: INÍCIO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Contradizendo a psiquiatria asilar de pensamento eugênico, surgirá posteriormente a psiquiatria de setor que funcionará como oposição. O movimento nasce do contato que alguns profissionais tem com os psiquiatras franceses. Tendo por princípio a visão de que a função do hospital psiquiátrico resume-se ao auxílio no tratamento, a psiquiatria de setor restringe a internação a uma etapa, destinando o principal momento para a própria comunidade. Dessa forma, o foco se dá no tratamento destinado ao paciente em sua própria comunidade, o que se configura como um fator terapêutico.

O surgimento dessa nova psiquiatria aconteceu na França pós-guerra e recebeu força em seu movimento devido ao fato de a psiquiatria asilar despender mais gastos do governo e de não ser mais adequada a novos quadros patológicos. Com a nova configuração política da assistência psiquiátrica, o território geográfico passa a ser dividido, onde cada divisão terá uma equipe multiprofissional para tratar das questões de saúde mental daquela região da cidade. Contudo, a nova ideia não perdurou devido as resistências dos grupos opositores e conservadores que alegavam a possível invasão de diversos loucos pelas ruas. (AMARANTE, 2003)

Surge, então, nos Estados Unidos, a Psiquiatria Preventiva. Possui como prerrogativa a intervenção direta na causa da patologia ou no surgimento da doença, almejando não apenas a prevenção da mesma, mas a promoção da saúde mental. Dessa forma, estabelece-se um novo objeto para a psiquiatria, a saúde mental, e um novo objetivo, a redução da doença mental nas comunidades. Instaura-se nessa época a crença de que todas as doenças mentais podem ser evitadas, evitando os males da sociedade. Criam-se estratégias de recenseamento para descobrir possíveis candidatos ao desenvolvimento de doenças mentais. O governo dos EUA institui a política nacional de cuidados comunitários para a saúde mental. (AMARANTE, 2003).

A Psiquiatria preventiva possuía, então, três níveis de prevenção segundo Amarante (2003) *apud* Birman & Costa (1989):

1. Prevenção primária: intervenções nas condições possíveis de formação da doença mental;
2. Prevenção secundária: intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental;
3. Prevenção terciária: readaptação do paciente à vida social, após seu quadro de melhora

A psiquiatria preventiva significava um novo projeto de medicalização da ordem social, de expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais. Muda-se a condição da política do confinamento dos loucos para a moderna promoção da sanidade mental como é conhecida atualmente.

2.4 REFORMA PSIQUIÁTRICA E A NOVA REDE ASSISTENCIAL

A Reforma Psiquiátrica que surge no Brasil no final da década de 70, inspirou-se sobretudo em movimentos que se iniciaram pelo mundo na década de 60. A Antipsiquiatria foi um dos primeiros processos que mais tarde inspirariam a mudança na estrutura dos serviços psiquiátricos prestados à população.

A antipsiquiatria emergiu na Inglaterra, nos anos 60, em meio a protestos contra a cultura vigente. Nomes como Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson destacaram-se durante o período. Havia um consenso entre os profissionais de que o saber e práticas psiquiátricas no tratamento com a loucura precisavam ser readaptados. Formulou-se uma severa crítica ao saber médico, no sentido de desautorizá-lo de considerar a esquizofrenia como uma patologia. A esquizofrenia é tida como parâmetro, pois é a doença que mais atingia e mostrava-se presente como representante dos transtornos mentais e que, assim, tornava-se mais “visível” para a sociedade.

A antipsiquiatria buscava inovar, no âmbito teórico, o modelo assistencial, procurando destituir definitivamente, o valor do saber médico e montar, a partir disso, um novo projeto de comunidade terapêutica. O saber psiquiátrico poderia ser questionado numa perspectiva diferente naqueles tempos. Almejava-se um diálogo entre a razão e a loucura e pregando o discurso da loucura dentre os homens e não dentro dos mesmos. Havia, assim, a consideração do discurso, não apenas a previsão de tratamentos físicos e químicos. (AMARANTE, 2003)

Ao mesmo tempo na Itália, surgia um movimento que também iria influenciar significativamente a reforma psiquiátrica no cenário brasileiro. Franco Basaglia, grande nome da Reforma Italiana, discutiu sobre a violência que imperava dentro das grandes instituições psiquiátricas. Basaglia em seu livro “A instituição negada” aborda sobre a

“relação de opressão e de violência entre poder e não-poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro.” (BASAGLIA, 2001, p. 101)

O que se torna mais interessante das críticas da tradição basagliana é que em seu discurso não há restrição à situação da psiquiatria e os serviços que esta oferece aos doentes mentais. Sua reflexão atingirá aos pilares de funcionamento de uma sociedade inserida num contexto socio-político-econômico. Basaglia afirma que a violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem na sociedade. É através dessas reflexões e das críticas basaglianas que se chega a conclusão de que a psiquiatria e a justiça possuem um vínculo significativamente estreito. Ao final de tudo, a problemática das instituições psiquiátricas sinalizava uma questão fundamental que é o trato com a diferença e os diferentes. (BASAGLIA, 2001) (AMARANTE, 2003)

Basaglia e a Psiquiatria Democrática Italiana irão demonstrar a intensa necessidade de “desmontar as relações de racionalidade/ irracionalidade que restringem o louco a um lugar de desvalorização e desautorização de falar sobre si.” (AMARANTE, 2003, p. 48) A reinvenção das práticas é, então, confrontada, no espaço da comunidade e na relação que os técnicos estabelecem com a loucura. A trajetória italiana propiciou a instauração de uma ruptura radical com o saber/ prática psiquiátrica, na medida em que atingiu seus paradigmas.

Começou-se, então, a mudança da estruturação física dos dispositivos de assistência. Em 1971, são construídos na Itália sete centros de saúde mental que são distribuídos por área sociodemográfica. Em 1978, aprova-se a Lei Basaglia que determinava a nova estrutura da rede de saúde mental e a nova postura política diante da nova realidade.

No Brasil, o movimento da reforma psiquiátrica teve como estopim o episódio que ficou conhecido como Crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação de políticas de saúde. O Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental organizou-se, na época, num protesto para reivindicar a situação precária de alguns hospitais psiquiátricos. Dentre os pontos de contestação estavam: o salário, formação de recursos humanos, modelo médico-assistencial e condições de atendimento. Em 1979, realizou-se o primeiro congresso do MTSM com a crítica ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos, como reduto dos marginalizados. Em 1980 é a vez do I Encontro Regional dos Trabalhadores de Saúde Mental, onde se discutiram problemas sociais relacionados à doença mental, à política nacional de saúde mental e às alternativas surgidas para os profissionais da área. (AMARANTE, 2003)

Em 1986, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, evento de grande importância e repercussão para a reforma psiquiátrica como a mudança da concepção de saúde, definição de alguns princípios básicos, como universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização, que implicaram nova visão do Estado e nova visão da saúde. Além dessas conferências inúmeras outras posteriores configuraram o novo modelo assistencial do cenário brasileiro no que se refere à saúde mental.

O surgimento do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira – em São Paulo, no ano de 1987, passou a exercer forte influência na criação ou transformação de muitos serviços por todo o País. O CAPS tinha como objetivos criar mais um filtro de atendimento entre o hospital e a comunidade com vistas à construção de uma rede de prestação de serviços preferencialmente comunitária.

Em 1989, espalham-se pelo território brasileiro os demais CAPS e se inicia um novo momento na saúde.

2.5 SUS E A IMPLEMENTAÇÃO DOS NOVOS DISPOSITIVOS

Em 1989, o deputado Paulo Delgado deu entrada no Congresso Nacional a um projeto de lei com o seu nome, propondo a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção paulatina dos hospitais psiquiátricos no país. Iniciou-se assim a luta no campo legislativo e normativo da Reforma Psiquiátrica. Em 1988, foi criado o SUS. No início da década de 90, diversos movimentos sociais inspirados no Projeto de Lei do deputado conseguiram aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinaram a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

Depois de um longo período no trâmite para aprovação, em 2001, a lei Paulo Delgado foi sancionada. Assim aconteceu o redirecionamento da assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de serviços de base comunitária, dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não esclarecendo como estruturar a progressiva extinção dos manicômios. Dessa forma, o SUS passou a esquematizar uma nova rede de dispositivos para assistir a população com CAPS, Residência Terapêuticas, Hospitais-dias, etc. Além dos meios disponíveis para assistência, criaram-se estratégias e programas para sanar demais necessidades dos usuários dos serviços de saúde mental, como oficinas para geração de renda e centros de convivência da família.

Além da nova estruturação dos dispositivos físicos e da criação de programas que auxiliaram e ainda auxiliam o processo de desinstitucionalização, o SUS ainda criou o Programa de reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, cujo objetivo principal é a redução contínua e programada de leitos em hospitais psiquiátricos, incluindo uma nova classificação desses hospitais, com incentivo financeiro pela redução e pela melhor qualidade de assistência. O programa faz parte da Política Nacional de Saúde Mental, que visa à adoção de um modelo de atenção extra-hospitalar aos pacientes com transtornos mentais, buscando sua reinserção no convívio social.

2.6 O PROFISSIONAL PSIQUIATRA DIANTE DOS FATORES QUE PERPASSAM A PSIQUIATRIA

Diante de todo o histórico levantado, das variáveis que determinam e influenciam o meio em que o médico psiquiatra se encontra perante a realidade, é preciso observar e vislumbrar o ponto mais importante de todo o estudo corrente que é a figura do profissional psiquiatra no contexto da reforma psiquiátrica e de como o mesmo vivencia toda essa situação. Ao se explanar o trajeto que a Psiquiatria percorreu para chegar a configuração que hoje se estabelece, percebeu-se o quanto participar de tal realidade pode ser desgastante e o quanto exige do médico não só como trabalhador, mas, quem sabe, mais ainda, como cidadão e/ou pessoa.

Diversos são os pontos em que os psiquiatras merecem receber certa atenção e consideração. É preciso investigar que contexto é esse de escolhas, possibilidades, renúncias e conflitos em que o profissional em questão está alocado. É notória a complexidade histórica que a Psiquiatria passou até os tempos atuais e de como essa

especialidade está tão imbricada na configuração sócio-político-econômica do Estado. Por vezes, o julgamento recai todo sobre os ombros do profissional, contudo é preciso visualizar o quanto é preciso se considerar antes de se chegar a um apontamento diante do indivíduo isolado.

Antes mesmo de escolher adentrar na disciplina da Psiquiatria, o futuro médico já passa por situações que lhe trarão determinadas angústias. E após sua escolha, vivenciará o impasse das divergências significativas dentro do seu grupo de colegas de trabalho que possuem diferenciados posicionamentos perante a realidade. Posterior a esse conflito, talvez atravesse as barreiras relacionais que enfrentará num corpo multidisciplinar e, ainda, confrontar-se com uma prática que requer do psiquiatra um traquejo e um preparo que, em certos pontos, faltou em sua formação.

Aparentemente, ao se visualizar a atuação do psiquiatra, comparada a dos demais profissionais atuantes na saúde mental, deduz-se certa tranquilidade com relação ao exercício rotineiro da profissão. Contudo, segundo Menezes (2007), toda essa pretensa tranquilidade “não se sustenta ou, no mínimo, revela ambiguidades e contradições que fazem desse saber [...] uma disciplina tão ou mais em crise do que todas as outras.” (p. 218)

O médico ao optar pela psiquiatria precisa elaborar uma espécie de luto. Luto do poder que todo médico exerce sobre o corpo do paciente. Pois, o objeto de estudo que a Psiquiatria trabalha, sempre envolverá questões que lhe escaparão do palpável, do físico. A Psiquiatria, desde o início de sua formação, atravessou uma série de ambiguidades. Primeiramente, precisava abraçar um corpo teórico científico, buscando então nas escolas somaticistas e psicologicistas. O debate entre essas duas correntes

permeou a história da Psiquiatria e pode-se dizer que é o que ocorre até hoje. Para Menezes, a psiquiatria se torna, assim, um saber em crise pois

curiosamente a Medicina mental aparece como uma disciplina médica, que transformou a loucura numa enfermidade, mas contraditoriamente a sua racionalidade teórica e sua prática clínica não se adequaram na nova racionalidade anátomo patológica, fundamento da Clínica. Isto é, a doença mental propriamente dita não se enquadrou nas explicações lesionais, que se tronaram os princípios racionais que começaram a se estender para o conjunto de enfermidades tratadas pela Medicina Somática. (*apud* BIRMAN, 1978, p. 219)

Ao se pensar de tal forma, dá-se conta da dificuldade que o psiquiatra encontra ao viver um impasse que se inicia no embasamento teórico científico da sua atividade profissional. O psiquiatra abre mão de um poder e, ao mesmo tempo, é reforçado pela perda desse poder, assumindo uma postura de normatizador e moralizante diante do mundo. Assim, esse abrir mão pode acabar levando a não aceitação, o que faz com que certos profissionais findem a se apegar duplamente a essa organicidade perdida. Os psiquiatras acabam por se revestirem em dessa atitude de autoridade para resgatar aquilo que lhes foi tomado quando optaram pela especialidade.

O que poderia ser visto como algo libertador, é encarado como uma perda significativa para muitos profissionais que se apegam a anatomia da clínica e veem-se desvalorizados diante dos demais profissionais especializados em outras áreas do corpo humano. Interessante ressaltar que com a psiquiatria, seu objeto de estudo não se atem apenas ao corpo humano. Uma vez que os transtornos mentais e demais variáveis causadoras de sofrimento psíquico irão atingir primeiramente a ordem psíquica do paciente, a possibilidade de intervenção do psiquiatra só será permitida quando o orgânico se manifestar.

Configuram-se então dois tipos de psiquiatra: o liberto e o enlutado. Assim, tem-se dois caminhos: da psiquiatria tradicional e comprometida com o saber clássico anátomo-patológico e o da psiquiatria antes comprometida com o ser humano no sentido mais amplo e difuso. E apesar da aparente restrição de possibilidades, não há somente dois meios de atuar na psiquiatria, as condutas irão variar nesse continuum. Essas duas formas são apenas conceitos, paradigmas. E não se pretende realizar julgamento de valor algum ao se colocar uma postura em detrimento da outra. As duas possibilidades são válidas. O que se propõe, segundo Menezes (2007), é que tomados como paradigmáticos esses dois caminhos, o da psiquiatria liberta estaria mais apta a exercer seu papel em uma realidade territorial e a seguir um caminho mais afim à prática psicossocial.

Historicamente, a Psiquiatria, apesar de sua enorme luta para levar seus serviços para o espaço extra-hospitalar, como os movimentos da Psiquiatria de setor e da Psiquiatria preventiva, em nenhum momento viu-se o esforço de tal disciplina em se desvencilhar dos preceitos clássicos de seu saber e da racionalidade anátomo-patológica. Ao invés disso, reforçava-se o poder normatizador da Psiquiatria, mesmo com a inovação estratégica das psiquiatrias que surgiam, não houve a preocupação com o desgarrar do saber controlador e estigmatizador, carregado do higienismo do século XVIII.

Essa primeira contradição vai abrir espaço, então, para uma segunda. Geralmente formados por grandes centros ou sob as condições de um hospital, os psiquiatras que exercem seu papel em pequenos dispositivos de assistência, deparam-se rotineiramente com situações que reforçam os paradoxos fundadores do discurso da psiquiatria. Abrigados pelo hospital durante sua formação, os psiquiatras no território,

ambiente extra-hospitalar, vê-se exposto e, da mesma forma, seu saber às condições da realidade territorial. (MENEZES, 2007)

Além do já exposto, pode-se levantar outra situação que é o entrave que os psiquiatras possuem entre si. Por se ter conhecimento que a Psiquiatria é um campo da medicina perpassado por diversos movimentos sociais, é natural que diversas formas de pensamentos existam, conseqüentemente. A luta antimanicomial, a antipsiquiatria, a Reforma Psiquiátrica, os programas estratégicos como HumanizaSUS, a clínica ampliada, todos esses atravessam o exercício do médico que se preocupa e se debruça sobre o psiquismo humano. E justamente por ser este o seu objeto de estudo, o profissional se vê tendo que compartilhar e abrir-se para outros âmbitos que também fazem parte dessa psique humana: o social e o psicológico. Com tal situação, existem posicionamentos que, por vezes, entram em choque. Psiquiatras que repudiam não somente as ações de outros psiquiatras, mas também as ideologias acreditadas e as posturas exercidas. Toda essa situação cria no profissional um sentimento de hostilidade e desconforto.

Dessa forma, é imprescindível a verdadeira compreensão da vivência que o profissional psiquiatra experiencia diante de todo esse contexto atravessado por variáveis que, por vezes, não se remetem nem mesmo ao campo da saúde. É preciso levar em consideração as reais competências do psiquiatra, das incumbências que lhe dizem direito e das demais que apenas lhe atravessam para que então seja feita alguma inferência a respeito do atuar deste profissional.

2.7 VIVÊNCIA A SER PERCEBIDA: FENOMENOLOGIA DO FATO

Assim, com o estudo corrente procurou-se compreender o atuar do profissional, não sob uma ótica enviesada, mas sim em sua essência. Segundo Forghieri (2004, p. 58) “para desvendar a experiência o pesquisador precisa de informações a esse respeito, fornecidas pela própria pessoa.” Com isso, buscou-se compreender o significado e o sentido de ser psiquiatra, pois somente a partir da fala que o profissional irá proferir e através desta significar o que é para ele exercer sua profissão de psiquiatra que será possível atingir o âmago deste atuar profissional. E para isso a pesquisa utiliza-se da redução fenomenológica.

Segundo Forguieri (2004) a redução fenomenológica consiste em retornar ao mundo da vida, tal qual aparece antes de qualquer alteração produzida por sistemas filosóficos, teorias científicas ou preconceitos do sujeito; retornar à experiência vivida e sobre ela fazer uma profunda reflexão que permita chegar à essência do conhecimento, ou ao modo como este se constitui no próprio existir humano.

Ao fazer a transposição do método fenomenológico, do campo da Filosofia para o da Psicologia, o objetivo inicial de chegar à essência do próprio conhecimento passa a ser o de procurar captar o sentido ou o significado da vivência para a pessoa em determinadas situações. (FORGUIERI, 2004)

Dessa forma, a partir da redução fenomenológica será possível compreender o atuar, o ser-no-mundo-sendo-psiquiatra e identificar as dificuldades e as situações que estes profissionais enfrentam executando o papel para o qual foram designados, não deixando de levar em conta o processo de transição que se configura no cenário brasileiro.

3 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

A pesquisa possuiu caráter analítico, alocando-se numa abordagem qualitativa e classificação temporal transversal. Considerando que neste estudo buscou-se a compreensão da vivência de médicos psiquiatras diante da nova proposta de Saúde mental, ou seja, o significado de sua atuação profissional, o método de escolha foi o fenomenológico uma vez que o conhecimento dos fatos implica uma visão de essência, mesmo que quem o pratique esteja preocupado apenas com os fatos.

3.1 LOCAL DE COLETA DE DADOS E AMOSTRA

Os locais de coleta de dados selecionados inicialmente foram os CAPS existentes no Estado do Amazonas que, no caso, são 5. Anteriormente, no projeto da pesquisa levantou-se um sexto Centro de Atendimento Psicossocial, contudo, ao longo da realização da pesquisa descobriu-se que este CAPS tem seu funcionamento dentro de um Hospital Regional. Dessa forma o CAPS de Coari com funcionamento no Hospital Regional de Coari Pref. Doutor Odair Carlos Geraldo se descaracterizou da amostra pretendida.

Dos 5 CAPS planejados, descobriu-se no decorrer da pesquisa que o CAPS de Rio Preto da Eva está funcionando sem o profissional psiquiatra em seu quadro de funcionários, o que torna desnecessária a ida ao mesmo local. Limitando assim a pesquisa a 4 Centros que são o de Tefé, o de Parintins, o CAPS Silvério Tundis e o CAPS SUL localizados na capital. Ao se contatar os psiquiatras da capital, foi possível

ter noção de que o mesmo psiquiatra que atende no CAPS Silvério Tunids, também presta serviço ao CAPS de Tefé, restringindo mais ainda a amostra para 3 CAPS.

Dos 3 que restaram foi possível realizar as entrevistas apenas nos CAPS da capital, pois o trâmite burocrático e a disposição de tempo e oportunidade para se conseguir entrevistar o único CAPS restante da região interiorana dificultaram a possibilidade dos pesquisadores.

A amostra selecionada foi de médicos que trabalham nos CAPS do Estado do Amazonas. Devido às singularidades e imprevistos da realidade da assistência de Saúde mental no Amazonas, planejou-se entrevistar não apenas 1 psiquiatra no CAPS Sul, mas os dois que lá trabalham, com o intuito de acobertar o possível desfalque dos psiquiatras inexistentes em alguns centros onde deveriam contar com a presença dos mesmos para perfeito funcionamento. Os critérios de inclusão eram que possuíssem nível superior com especialização em Psiquiatria, tivessem vínculo com os CAPS em que atuam e que tivessem aceitado participar da pesquisa. Foram excluídos da amostra os profissionais que não possuíam vínculos com os CAPS, que não aceitaram participar da pesquisa e/ou que não tenham formação especializada em Psiquiatria.

3.2 INSTRUMENTO DE PESQUISA

Pelo fato da metodologia da pesquisa ser a fenomenológica, o instrumento para coleta de dados partiu da redução fenomenológica postulada por Edmund Husserl. Procurou-se, então, abordar o fenômeno de modo que o mesmo não fosse fragmentado ou analisado a partir de conceitos prévios. A intenção de tal método era realizar uma abordagem direta, interrogando e tentando fazer uma descrição através da essência

captada do fenômeno. O foco encontrou-se não no estudo dos comportamentos observáveis e controláveis, mas sim nas experiências vividas pelos indivíduos e os significados que atribuem as mesmas. (BRUNS, 2003)

Com isso, o instrumento da pesquisa fez-se de uma questão norteadora inicial que sofreu desdobramentos, realizado através de uma entrevista aberta, o pesquisador colocou-se na condição de ouvinte, intervindo quando necessário com o objetivo de esclarecer, informar ou facilitar as expressões oriundas dos participantes da pesquisa. Como afirma González Rey (2011), “não se deve usar entrevista na perspectiva qualitativa como um instrumento fechado. A entrevista tem sempre o propósito de converter-se em diálogo, em cujo curso as informações aparecem numa complexa trama.” (p. 89).

A entrevista foi realizada com a seguinte questão: "Gostaria que o Sr/Sra descrevesse como é para o senhor/a desenvolver sua atividade como médico psiquiatra diante da proposta de Saúde Mental vigente." Partiu-se dessa questão inicial que, então, apresentou desdobramentos, que serviram de questões norteadoras para posterior análise: “Como o Sr/Sra descreveria sua formação acadêmica considerando os pressupostos da Saúde Mental atuais?”; “Existindo essas diferenças de concepção – entre sua formação e a prática como psiquiatra – como o Sr/Sra se sentiu ao vivenciar esse novo momento?”.

3.3 PROCEDIMENTO DE COLETA

Inicialmente foi solicitada a autorização das Instituições para desenvolvimento da pesquisa. Em seguida, a pesquisa foi apresentada em linhas gerais para os participantes.

Foi apresentado aos participantes do estudo o objetivo do trabalho e a importância de sua participação, procurando manter um clima de respeito mútuo. Utilizou-se entrevista com o profissional, efetivada a partir de uma questão inicial que sofreu desdobramentos. O profissional que foi entrevistado recebeu, antes do início de qualquer pergunta, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que estivesse ciente e decidisse participar ou não da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao se utilizar da redução fenomenológica para investigar formas concretas de existência, o pesquisador precisa começar o seu trabalho focando na sua própria percepção para que, a partir disso, seja-lhe possível compreender o significado da vivência em sua existência. Merleau-Ponty (1973) citada por Forguieri (2004) diz que “é no contato com a nossa própria experiência que elaboramos as noções fundamentais das quais a Psicologia se serve a cada momento”. (p.33)

Contudo, para que se oportunize o contato direto com a vivência, é necessário que o pesquisador procure por fora de ação os conhecimentos adquiridos anteriormente sobre a experiência que está investigando. A redução fenomenológica consiste então

numa profunda reflexão que nos revele os preconceitos em nós estabelecidos e nos leve a transformar este condicionamento sofrido em condicionamento consciente, sem jamais negar a sua existência (MERLEAU-PONTY, 1973, *apud* FORGUIERI, 2004, p. 59)

\

O pesquisador, com a redução fenomenológica, utilizar-se-á da mesma para dois fins: para investigar sua própria vivência e para estudar a vivência de outras pessoas.

Pois, mesmo que cada pessoa apresente suas singularidades, sua própria subjetividade e percepção diante da realidade, coabita-se o mesmo mundo e a partir desta estrutura em comum que é possível compreender e conhecer uns aos outros.

Segundo Forguieri (2004), a redução fenomenológica constitui-se de dois momentos na realização da pesquisa. O primeiro momento seria o envolvimento existencial no qual o pesquisador abre mão de seus conhecimentos adquiridos previamente sobre a vivência que está investigando e busca penetrar de modo espontâneo e experiencial na mesma. O pesquisador precisa despir-se de qualquer visão pré-formada para que possa enxergar a situação liberto de qualquer juízo que possivelmente acarretaria numa conclusão tendenciosa ou pré-afirmativa.

A segunda parte constitutiva da redução fenomenológica é o distanciamento reflexivo. Após esse contato direto e despido do pesquisador com a vivência em foco, haverá um distanciamento para que seja possível um olhar acurado sobre o vivenciado. Mas o importante a ser ressaltado é que nunca deve haver um desligamento completo nessa fase do pesquisador com a vivência em questão. Pois somente com um elo existente, que é oportunizado ao pesquisador descrever com fidelidade a enunciação descritiva do que foi vivido.

4.1 CATEGORIAS

Após o descrito anteriormente sobre o processo de redução fenomenológica, buscar-se-á a partir deste momento explicar a respeito das categorias temáticas elaboradas após a identificação das Unidades de Significado na transcrição de cada entrevista.

Ao longo da análise da entrevista percebeu-se a existência de 4 Categorias Temáticas com os conteúdos existentes nas falas do profissionais. São elas:

- Categoria 1: Atuar na saúde mental: desafios e paradoxos
- Categoria 2: Ser-no-mundo-sendo-psiquiatra: ser de cuidado
- Categoria 3: Con-viver com as concepções diferenciadas da atuação profissional: o difícil momento da transição
- Categoria 4: Reforma Psiquiátrica, interdisciplinaridade e intersetorialidade: a responsabilidade compartilhada

4.1.1 Atuar na saúde mental: paradoxos e desafios

Tal categoria abarca a questão de que na saúde mental, em sua proposta, tem-se toda uma série de modificações estruturantes. A vivência nessa nova rede é diferenciada, considerada inclusive paradoxal conforme pode-se perceber nas falas dos profissionais:

“Nós deveríamos aqui é cuidar dos casos moderados a grave, mas existem muitos casos de leves a moderados crônicos que deveria ter assistência boa, mas talvez não fosse o caso de ficar em CAPS. [...] Eu vejo nisso um paradoxo porque não é essa a filosofia da reforma psiquiátrica. Mas a gente acaba tolerando esses pacientes.” (P1)

“No nosso CAPS, a gente só fica com casos graves, entendeu?! Nós não ficamos com casos leves, nem moderados. Então, eu tenho uma dificuldade de pra onde encaminhar esses pacientes. Entendeu? Os médicos da rede básica, a grande maioria, não tem experiência, não tem manejo com os pacientes psiquiátricos” (P2)

O que entra na discussão nesse ponto da categoria é a condição de resignação a que o profissional se encontra. Ele precisa trabalhar com as ferramentas que lhe são

dadas. No caso, o CAPS não foi construído e elaborado para atender a demanda que está atendendo. Contudo, a realidade da população que se utiliza dos serviços do centro é essa. A rede assistencial encontra-se desfalcada a tal ponto que utiliza-se de um local que deveria, primeiramente, oferecer atendimento a nível básico, porém a demanda determina outra complexidade de serviços prestados. O psiquiatra nessa situação vê-se obrigado a reagir conforme ao que lhe é apresentado, não podendo exercer o papel da forma que deveria exercer.

“Qual o horário de funcionamento lá do CAPS de vocês? O CAPS, ele funciona de 5 da manhã às 6 da tarde. E ele é do tipo, qual o tipo do CAPS? Tipo 2. Ou seja, deveria ter um outro horário, um outro nível de funcionamento, mas ainda não foi possível.” (P2)

O profissional psiquiatra sente-se numa situação ambígua ao se dar conta que a fase de transição exige dele novos conhecimentos, novas posturas e estratégias e ao mesmo tempo não há espaço oportunizador/ formador para isso

“...mas esse CAPS aqui, não tem como oferecer uma formação pra um psiquiatra. [...] Aqui não tem médico de plantão, não tem enfermeiro de plantão. Não tem psicólogo de plantão. Não atendimento preparado pro caso de um episódio grave de psicose” (P1)

Percebe-se a partir dos excertos de discursos que a Reforma Psiquiátrica originou um processo de angústia no profissional, uma vez que foi instaurado, contudo, várias foram as dificuldades encontradas nesse íterim. Entretanto, mesmo diante de tantos impedimentos vivencia a autenticidade no sentido de responsabilizar-se pelo andamento da atividade e, conseqüentemente pelo Outro. Forghieri (2004) ressalta que o ser-no-mundo é abertura e, em sendo-abertura, vai ao encontro da situação e

responsabiliza-se por ela, experiencia a autenticidade. No trecho da entrevista abaixo percebe-se a postura do profissional diante da realidade que lhe é imposta:

“A demanda é sempre muito grande. Por não ter outros serviços, então a demanda por mais que nós tentemos fazer um atendimento de qualidade é humanamente impossível quando você tem sempre muita gente pra atender. Por mais que a gente tente controlar, o número de atendimentos sempre extrapola.” (P2)

4.1.2 **Ser-no-mundo-sendo-psiquiatra: ser de cuidado**

Nessa categoria trabalha-se com o fato de o profissional em questão ser alguém que preza pelo cuidado com as pessoas não atribuindo as mesmas nenhum papel, no caso o de paciente. O zelo é pela condição humana, tendo em vista a preservação da dignidade, os direitos mantidos, como é demonstrado na fala a seguir:

Eu acho curioso. A menina perambulando e ninguém faz nada. [...] Pode ser vítima de violência, porque muitos de nossos pacientes psiquiátricos são vítimas de violência, estupro. Enfim, as maiores desgraças do mundo. Seus direitos humanos sendo violados. (P1)

O psiquiatra coloca-se na condição de cuidador e mantenedor da saúde. Nesta categoria é visível a preocupação primária, isolando qualquer contexto e limitação. O médico procura sanar as necessidades que o paciente apresenta não deixando de levar em consideração os diversos aspectos que possam limitar as possibilidades de ação do último. O psiquiatra nessa categoria, exclusivamente, trata das lesões e contratemplos que ocorrem as pessoas que se colocam diante dele.

“Teoricamente, nós não deveríamos olhar pros nossos pacientes com melhor objetivo de readaptá-los, dar o melhor da ciência? Eu propus uma vez pra essa paciente usar um antipsicótico de última geração que custa mais de 300 reais a caixa.” (P1)

Ser-no-mundo é Cuidar (Heidegger, 2002) e nos discursos percebe-se que o profissional se importa com o outro que chega até ele na condição de paciente. O Cuidado é revelado na preocupação com esse Outro, percebido como uma pessoa, sem a necessidade primeira de rotulações, de categorizações. É o que Forghieri (2004) ressaltava como o ser-com-o-outro, onde o Cuidado é o fator de grande importância e que é vivenciado sob a forma de zelo, desvelo, solicitude.

“Como profissional, tive uma reunião com a direção do CAPS pra estabelecermos qual seria a quantidade ideal de pacientes pra que fosse feito um atendimento diferenciado. [...] me dei uma condição de fazer um atendimento diferenciado” (P2)

4.1.3 Con-viver com as concepções diferenciadas da atuação profissional: o difícil momento da transição

Abarca o cenário de modificação com a implementação da rede assistencial dos CAPS. Contudo, a discussão volta-se mais a um nível ideológico eliciador de posturas por vezes dicotômicas, divergentes. Toda mudança está atrelada a um ideal, a um motivo que serve como força motriz das alterações que são realizadas. Dentro do contexto da reforma psiquiátrica há os radicalistas que focam sua atenção fervorosamente para o rápido avanço da saúde mental no cenário brasileiro, procurando

atingir tal meta a qualquer custo. E há aqueles que apenas procuram priorizar o paciente e suas necessidades, trabalhando com o que lhe é possibilitado, como já foi explanado anteriormente.

Contudo, essa divergência não é um fato que acaba em si. Há repercussões. Acaba-se construindo um ambiente hostil e desconfortável entre os próprios psiquiatras.

...então, tem muita gente do movimento psiquiátrico com esses radicalismos que ficam sacaneando muitos médicos psiquiatras [...] Agora, isso cria um clima tão hostil, um clima onde ninguém interage, ninguém produz ciência. (P1)

A vivência nesse novo modelo de atenção ao portador de transtornos mentais dá origem a concepções diferenciadas. De um lado, aqueles que a experienciam no dia a dia dos CAPS esse momento inovador ao experienciar o Cuidado no que concerne a colocação em prática da solicitude no sentido de antepor-se ao Outro, possibilitando crescimento. Por outro lado, ainda existem aqueles que não compreendem o processo preconizado pela Reforma Psiquiátrica, colocando-se ainda na posição da solicitude no sentido de sobrepor-se ao Outro, im-possibilitando o vínculo necessário ao crescimento e, conseqüentemente mantendo seu status quo, caindo na impessoalidade, conforme pressupõem Heidegger (2002) e Forghieri (2004).

É interessante perceber nessa categoria temática o quanto há de necessário para refletir. O histórico da Psiquiatria remete a um contexto repleto de variáveis concernentes a um ambiente macro político social. Vê-se que a Psiquiatria torna-se um sinalizador de algo destoante além da saúde, alocado nas relações sociais e políticas da comunidade. As divergências dentre os próprios psiquiatras é marcante. Há a consideração de diferentes concepções:

“Eu, pessoalmente, não acredito assim. Não torço pelo fim dos hospitais psiquiátricos. Eu acho que o hospital psiquiátrico não deve acabar enquanto um órgão de assistência médica para a população. Eu acho que pensar em acabar, eu acho que a gente deve pensar em acabar com a institucionalização. É diferente!” (P2)

Há, ainda, a problemática das gerações diferentes dos Psiquiatras, dividindo-se entre os que se assemelham aos preceitos da Reforma Psiquiátrica e os profissionais mais antigos que não fazem tanta questão de se familiarizarem com a nova realidade. Isso remete com grande significado a situação que Menezes (2007) traz em seu artigo sobre o psiquiatra na atenção psicossocial do paradigma das posturas entre o psiquiatra liberto e o enlutado. O autor melhor descreve que o psiquiatra que se atem a clínica anatomo patológica, buscando reaver a organicidade perdida ao optar pela Psiquiatria entra em contraste com a realidade territorial que vai exigir desse profissional uma postura de consideração pelo ser humano em seu sentido mais difuso e amplo. No caso, então, o psiquiatra liberto seria aquele disposto a abraçar sua possibilidade de inovar em seu exercício profissional, desvencilhando-se da organicidade, do empoderamento higienista exercido dentro de um consultório fechado em uma instituição.

“Quem já trabalha com psiquiatria há 30 anos talvez não entenda nem ao certo a filosofia da reforma psiquiátrica, o que que ela quer dizer, ouvir falar em fechar os manicômios e já se posiciona contra. A nova geração de psiquiatras, por ser formada no contexto, digamos assim, com esse contexto geral, tá conhecendo a reforma psiquiátrica sabendo mais ou menos do que se trata, a gente é muito mais aberto ao diálogo, a gente se insere com muito mais facilidade nos serviços de saúde mental de um modo geral, inclusive os serviços que fazem parte desse programa, desse projeto da reforma psiquiátrica.” (P2)

4.1.4 Reforma Psiquiátrica, interdisciplinaridade e intersetorialidade: a responsabilidade compartilhada

Neste momento coloca-se em discussão as incumbências a que a Psiquiatria se prostra a realizar. Diante de uma realidade que necessita de diversas mudanças para suprir os desfalques existentes, que é o caso da Saúde Mental no Brasil, paralelamente ocorre a Reforma Psiquiátrica e a reformulação da prestação de serviços de saúde à comunidade. Isso propicia nos indivíduos a esperança de que todos os problemas serão solucionados por essa nova proposta que surge da Psiquiatria. Dessa forma, são jogadas sobre os ombros dos Psiquiatras todas as pendências do sistema de assistência. Gerando uma sensação de peso e injustiça diante de tal cobrança, cobrando do profissional médico algo que não compete ao mesmo resolver. Isso fica muito perceptível nas falas:

“A Psiquiatria não é diretamente responsável pela falta do comprimido, pela falta de terapia, pelo sucateamento dos serviços, né?! [...] É uma coisa muito perigosa essa proposta da reforma psiquiátrica que vai salvar todo mundo.” (P1)

“O psiquiatra pode tá contribuindo com todos os profissionais da equipe, desde nutricionista até educador físico, ao serviço de Psicologia, Serviço Social. [...] Os farmacêuticos são profissionais, inclusive, eu esqueci de falar no início, que a gente tá sempre em contato com relação a distribuição, a dispensação dos medicamentos, a necessidade de aquisição de novos medicamentos.” (P2)

O ser-no-mundo vivencia o aspecto mundo sob tripla conotação: mundo circundante, mundo das relações e mundo próprio (HEIDEGGER, 2002^a). Percebe-se pela fala dos participantes que o mundo circundante, a relação que se estabelece com os ambientes pelos quais se transita, modificou no sentido de que a proposta da Reforma

Psiquiátrica repensa a atuação nesse ambiente, possibilitando a reflexão necessária do fazer profissional.

Por outro lado, o mundo próprio caracteriza-se pela significação que as experiências têm para a pessoa, e pelo conhecimento de si e do mundo. Participar desse momento ímpar da Reforma Psiquiátrica, com todas as mudanças daí originadas, é compreendido por estes profissionais como angustiante tendo em vista que a dimensão de transformações é grandiosa e o que surge em seus discursos é a sensação de intranquilidade, por ter de cuidar de algo, causando uma profunda sensação de angústia diante do vivido, a este movimento, Forghieri (2004) denomina como a maneira preocupada de existir.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Segundo González Rey (2011), o momento empírico é fonte de novos fenômenos que, frequentemente, conduzem a contradições com as formulações de que dispõe o pesquisador para conceituá-los. Porém, tais contradições mostram-se mais que necessárias para o desenvolvimento da teoria que serviu anteriormente como base norteadora. As entrevistas efetuadas com os psiquiatras permitiram vislumbrar, de forma representativa, o panorama do atuar deste profissional que exerce papel fundamental no cenário da saúde mental.

Mesmo com o quantitativo diminuído, menor que o previsto no projeto, para análise é possível realizar inferências que o próprio embasamento teórico previa. Pois na pesquisa qualitativa, a construção da informação não se ampara apenas na coleta de dados, como se realiza na pesquisa tradicional; mas segue o curso progressivo e aberto de um processo de construção e interpretação que acompanha todos os momentos da

pesquisa. Esta última é um processo de construção teórica, e não um processo de definição de dados empíricos que tem um momento de conceituação, como ocorre na pesquisa quantitativa. (GONZÁLEZ REY, 2011).

Exercer o papel de psiquiatra no contexto da reforma psiquiátrica caracteriza-se antes de tudo como desafiador. É preciso traquejo e disposição do profissional para que o mesmo, apesar das dificuldades e limitações, tenha condições de assistir a sociedade em suas necessidades mais primárias e básicas até as complexas urgenciais. O profissional da psiquiatria enfrenta contratempos desde o momento de sua graduação na academia até o exercício interdisciplinar de uma estrutura funcional dinâmica como o CAPS.

Colocando-se no papel de mantenedor da saúde do paciente que é acometido por um transtorno mental, o psiquiatra vê-se na função de cuidador de zelar e realizar o que lhe compete para preservar a integridade psíquica das pessoas que necessitam de seu trabalho, por vezes sendo cobrado por situações que não competem ao mesmo resolver. Além desta dificuldade, há de se lidar com as desavenças existentes dentro o próprio grupo de psiquiatras espalhados pelo território brasileiro que ocasiona um clima hostil e desconfortável.

Dessa forma, fica evidente que atuar como psiquiatra configura-se como um papel árduo que requer discernimento nos âmbitos da profissão, do existir, do cidadão inserido num sistema de saúde que deixa a desejar. Portanto, o estudo mostra-se de fundamental importância a partir do momento que oportuniza aos demais profissionais da área da saúde, sejam estes psiquiatras ou não, visualizar a realidade de tal profissional. Pois, quem sabe os problemas desta classe de profissionais sejam convergentes com as demais e, caso não sejam, que eliciem a vontade de progresso através da sensibilização dos agentes restantes de saúde, creditando a todos a vontade da

concretização de um verdadeiro sistema de saúde oferecedor de serviços de boa qualidade que acobertem as necessidades gerais da sociedade. E que para atingir tal patamar, é necessário ter em vista o pleno exercício da interdisciplinaridade e delineamento do papel de cada profissional.

6 REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil** – 2ª edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003

BASAGLIA, F. **A instituição negada** – 3ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à 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**. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental em Dados - 4**. Ano II, n. 4. Informativo Eletrônico. Brasília: agosto de 2007

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental em dados – 7**. Ano V, n. 7. Informativo Eletrônico. Brasília: junho de 2010

BRUNS, M.A.T e HOLANDA, A.F (Orgs). **Psicologia e Pesquisa Fenomenológica: Reflexões e Perspectivas** – Campinas,SP:Editora Alínea, 2003

COSTA, J.F. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico** – 5 ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

DUARTE Jr, J.F. **A Política da Loucura: antipsiquiatria** – 3 ed. Campinas, SP: Papyrus, 1987.

FORGHIERI, Y. C. **Psicologia Fenomenológica: fundamentos, método e pesquisa** – São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica** – 6ª edição. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1972

REY, G. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia. Caminhos e Desafios.** 1ª edição. São Paulo: Cengage Learning - 2011

MENEZES, M.; YASUI, S. O psiquiatra na atenção psicossocial: entre o luto e a liberdade. **Ciência e Saúde Coletiva.** n 14, p. 217-226, 2009

RIBEIRO, M.S. et. al. Fatores Associados ao Abandono de Tratamento em Saúde Mental e uma Unidade de Nível Secundário do Sistema Municipal de Saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** n 57, p. 16-22, 2008

STOCKINGER, R.C. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas humanistas e existenciais** – Petrópolis, RJ: Vozes, 2007

ZAIDAN, T. E. História da Loucura: a trajetória do louco e o rompimento com a epistemologia. **Educere et Educare**. No 6, p 259-264, 2008

ANEXOS

Anexo A – Parecer do Comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UFAM

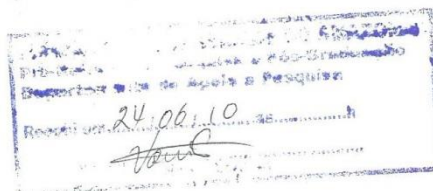


PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas aprovou, em reunião ordinária realizada nesta data, por unanimidade de votos, o Projeto de Pesquisa protocolado no CEP/UFAM com CAAE nº 0117.0.115.000-10, intitulado: **“O SIGNIFICADO E O SENTIDO DE SER PSQUIATRA NO CONTEXTO DA REFORMA PSQUIÁTRICA NO ESTADO DO AMAZONAS”**, tendo como pesquisador responsável Ewerton Helder Bentes de Castro.

Sala de Reunião da Escola de Enfermagem de Manaus (EEM) da Universidade Federal do Amazonas, em Manaus/Amazonas, 16 de junho 2010.

Prof.MSc. Plínio José Cavalcante Monteiro
Coordenador CEP/UFAM



Escola de Enfermagem de Manaus – EEM/UFAM

Rua Teresina, 4950 – Adrianópolis – CEP: 69057-070 – Manaus-AM – Fone: (92) 3305-5130 – E-mail: cep@ufam.edu.br

