



## Artigos Originais

# Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Reforma Psiquiátrica no Amazonas: um olhar dos envolvidos

*Center of Psychosocial Attention (CAPS) and psychiatric reform in the Amazon: a professional involved view*

**Adriana Soares Caetano**<sup>1</sup>

**Antonio Carlos Abtibol Alves**<sup>1</sup>

**Júlio César Pinto de Souza**<sup>1</sup>

**Maíra Stivaleti Colombaroli**<sup>1</sup>

**Maria Vitória Veslaquez da Silva**<sup>1</sup>

**Marilise Katsurayama**<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmico de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas

<sup>2</sup>Professora Substituta, Universidade Federal do Amazonas

**RESUMO** - Este artigo busca abordar as diferentes perspectivas dos profissionais de um dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Amazonas no que tange à sua inserção e sua concepção como ator diretamente envolvido na reforma dos serviços de saúde mental, conhecida como Reforma Psiquiátrica. Os resultados foram obtidos através da observação participante e entrevistas semiestruturadas com os seis profissionais de nível superior desse estabelecimento, interpretados através da análise de conteúdo de Bardin. Averiguou-se que a concepção de reforma pelos profissionais é equivalente, mas os da área médica, ao contrário dos profissionais de outras áreas, desacreditam na viabilidade do modelo de atenção proposto. Entretanto, foi unânime a opinião de que o CAPS não apresenta os recursos adequados para a execução de suas funções. Mesmo com adversidades, o trabalho desses profissionais viabiliza a desinstitucionalização no Amazonas, permitindo aos portadores de sofrimento psíquico a possibilidade de resgate da cidadania.

**Palavras-chave:** Profissionais da Saúde. Centros de Atenção Psicossocial. Reforma dos Serviços de Saúde.

**ABSTRACT** - This article is the report of a research that sought to address the different perspectives of the professionals of one of the Mental health services Center of Amazon, with respect to its insertion and conception as an actor directly involved on mental health care reform or Psychiatric Reform. The results were obtained through participate observations and interviews with the six college-educated professionals of this center, interpreted through content analysis of Bardin. It was found that the reform conception by the professionals is equivalent, but the medical area professionals, unlike the other areas ones, discredit the viability of the proposed attention model. However, it was unanimous the opinion that the center doesn't have the adequate resources for its functions execution. Even with the adversities, the work of these professionals enables the desinstitutionalization on Amazon, allowing the mental disorders carriers the possibility of rescue their citizenship.

**Key-words:** Health professionals. Mental health Services. Health Care Reform.

## 1. INTRODUÇÃO

Conforme Cirilo e Oliveira Filho<sup>1</sup>, com o surgimento da psiquiatria, o indivíduo portador de sofrimento psíquico passou a merecer uma assistência que pudesse minimizar o temor que despertava na sociedade. Após as duas Grandes Guerras Mundiais, surgiram, em diversos países, tentativas de práticas interventivas mais humanizadas, modificando a estrutura dos hospitais psiquiátricos, tentando estabelecer uma nova ordem social.

Com esse intuito, surgiram na Inglaterra, na década de 1950, as comunidades terapêuticas, prática que se baseava na democracia das relações com a participação ativa das comunidades. Na década de 60, apareceu o movimento Antipsiquiatria com fortes

críticas à psiquiatria e à própria ideia de doença mental, por considerá-la um fato social e, por conseguinte, não devendo ser tratada em um hospital. Na França surgiram a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor, que tinham como proposta a reparação do aspecto terapêutico do hospital psiquiátrico.

Nos Estados Unidos surgiu a Psiquiatria

**Autor correspondente**

**Adriana Soares Caetano**

Universidade Federal do Amazonas

Av. General Rodrigo Octávio Jordão Ramos, 3000, Campus Universitário,

Coroado I - Manaus/Amazonas

Email: [dridrica89@hotmail.com](mailto:dridrica89@hotmail.com)

Artigo encaminhado 01/02/2011

Aceito para publicação em 30/04/2011

Comunitária que defendia a promoção da saúde mental, porém não apresentava críticas quanto à estrutura dos hospitais psiquiátricos. Neste mesmo período, na Itália, surge o movimento que rompe totalmente com a epistemologia psiquiátrica, a Psiquiatria Democrática Italiana (PDI) que sugere uma nova perspectiva para o tratamento do portador de sofrimento psíquico, bem como a desinstitucionalização da psiquiatria. A PDI teve como seu grande difusor o psiquiatra italiano Franco Basaglia<sup>1</sup>.

Na direção do Hospital psiquiátrico de Gorizia, Basaglia<sup>2</sup> concluiu que o manicômio é um lugar de segregação, de violência e morte e que, portanto, deve ser combatido, negado, superado e questionadas as suas finalidades num contexto mais geral das instituições sociais. Em vista desse pensamento sobre os manicômios ocorreu a efetiva reforma, onde foram extintos, por lei, os manicômios e os doentes mentais passaram a desfrutar dos direitos civis de cidadãos.

Em 1973, com o médico Philippe Pinel, foi disseminada uma nova doutrina de tratamento da saúde mental, agora em um hospital psiquiátrico, porém mantendo a idéia do isolamento em um ambiente hospitalar, como no modelo antigo. Os atos desumanos que ocorriam nas instituições já não aconteciam, oferecendo alguma dignidade aos pacientes, mas sem reinserir o paciente no convívio social<sup>1</sup>. Todavia, a idéia de Pinel em manter o paciente isolado não estava em consonância com a idéia de desinstitucionalização de Basaglia, pois este defendia a abolição da tendência hospitalocêntrica no tratamento dos portadores de sofrimento psíquico, implantando um novo sistema de saúde mental com um ambiente extra-hospitalar.

No Brasil, o início da luta antimanicomial iniciou no final da década de setenta, após o governo militar, com o movimento de Reforma Sanitária, que visava o acesso irrestrito da população a saúde. Eventos posteriores como 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e o 2º Encontro de Trabalhadores em Saúde Mental, ambos em 1987, foram preponderantes para a discussão do problema pelas lideranças políticas, resultando na inclusão, na Constituição Brasileira promulgada em 1888, da estruturação de uma rede pública de atenção à saúde mental. Gonçalves<sup>3</sup> afirma que o movimento relativo às mudanças de cuidado com os portadores de sofrimento psíquico ganhou força no final dos anos setenta, apontando as inconveniências do modelo que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica e tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de

tratamento, facilitando a cronicidade e a exclusão dos doentes mentais em todo o país.

Foi a partir desta perspectiva que em 1989, o Deputado Paulo Delgado fez tramitar no Congresso Nacional o projeto de lei nº 3657, que propunha a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais. Porém, somente no dia 6 de abril de 2001, foi sancionada a Lei Federal 10.216 - Lei Paulo Delgado – que substituiu o projeto original, constituindo uma das Leis que norteariam a Reforma Psiquiátrica e a substituição dos modelos institucionalizados no tratamento do portador de sofrimento psíquico.

Entre os assistidos pela Lei nº 10.216 estão crianças em situação de risco, jovens que abusam do uso de substâncias psicoativas e pessoas em sofrimento psíquico, que seriam apoiados pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)<sup>4</sup>. O CAPS é um dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a nível municipal, que de acordo com Campos<sup>5</sup>, são considerados serviços estratégicos para a organização da rede de atenção à saúde mental em um determinado território e para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira. O objetivo desses centros é gerar uma autonomia aos seus usuários promovendo assim uma reinserção dos portadores de sofrimento psíquico à sociedade e assim ter acesso aos seus direitos de cidadãos.

É papel de o CAPS desenvolver uma rede de trabalho multiprofissional (médicos psiquiatras ou especialistas em saúde mental, enfermeiros, psicólogos e técnicos) e interdisciplinar, sendo essencial a participação de todos eles no acolhimento do usuário até a sua “alta”, representado pelo sucesso de reintegração do mesmo nos grupos sociais. Para tanto, o objetivo comum desses profissionais seria desinstitucionalizar o portador de sofrimento psíquico reinserindo-o na sociedade através da reabilitação psicossocial assistida, conforme orientação constante do Art 5º da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. O novo modelo de atendimento promovido pelos CAPS exige uma transformação na forma de conceber e acolher o portador de sofrimento psíquico.

Atualmente, existem em torno de 1,5 mil CAPS em todo o território nacional, sendo apenas quatro deles no Estado do Amazonas, nos municípios de Borba (tipo I), Parintins e Tefé (ambos do tipo II), além da capital, Manaus (tipo III). De acordo com os cálculos do Ministério da Saúde, no Amazonas o índice é de 0,12 CAPS/100.000 habitantes, o que é considerado insuficiente para o atendimento

da demanda segundo os parâmetros do próprio Ministério<sup>6</sup>.

O presente artigo é resultado de uma pesquisa realizada no ano de 2009 em um CAPS do Estado do Amazonas que abordou dificuldades e progressos deste serviço na rede de saúde mental do Estado, considerando este um marco no estabelecimento da Reforma Psiquiátrica na região norte.

## 2.OBJETIVOS

Investigar a visão dos diferentes profissionais inseridos em um CAPS do Estado do Amazonas sobre a Reforma Psiquiátrica e sua forma de atuação dentro dessa nova perspectiva de tratamento do portador de sofrimento psíquico, visto que este aspecto se mostra de fundamental importância quando se fala em efetivação da proposta.

## 3.PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa teve caráter descritivo e analítico, com abordagem qualitativa e classificação temporal transversal. Uma pesquisa qualitativa, segundo Campos<sup>5</sup>, se caracteriza pela proposição do pesquisador em participar, compreender e interpretar as informações coletadas. Nas pesquisas qualitativas, é frequente que o pesquisador procure entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e, a partir daí, situe sua interpretação dos fenômenos estudados<sup>7</sup>, e esta foi a estratégia adotada nesta pesquisa. Para isso, serviu-se do auxílio da observação participante, para a identificação e obtenção de provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento<sup>8</sup>.

A presente pesquisa, realizada em um CAPS da cidade de Manaus, contou com a participação de 10 (dez) profissionais de nível superior. Os dez entrevistados, com idades variando entre 27 e 51 anos, possuíam graduação nas seguintes áreas: Medicina, Psicologia, Enfermagem, Terapia Ocupacional e Serviço Social. A experiência média era de três anos no campo da saúde mental; possuíam especializações em diversas áreas, abrangendo a psiquiatria, o psicodrama, a psicologia hospitalar, saúde mental e psicopedagogia. Todos os profissionais são empregados por vínculo com o estado, selecionados através de concurso público.

O instrumento utilizado na coleta foi um roteiro de entrevista semiestruturado que abordava a atuação dos profissionais no CAPS, bem como a relação desses profissionais e do próprio Centro com a

Reforma Psiquiátrica. Também foi utilizado o método de observação participante, que se deu durante a semana que antecedeu a coleta. Lakatos<sup>8</sup> afirma que a observação ajuda o pesquisador a “identificar e obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento”.

O procedimento de coleta foi dividido em dois momentos. Primeiramente foi realizada a observação participante da rotina no CAPS, um método no qual o pesquisador entrou em contato direto com os atores e o contexto que os envolve, participando de sua rotina, que teve a duração de três dias, sendo as informações registradas em um diário de campo. O segundo momento foi o das entrevistas propriamente ditas, gravadas mediante a assinatura do Termo de Consentimento.

Para a análise dos dados, a estratégia utilizada foi a Análise de Conteúdo, metodologia de análise que utiliza procedimentos sistemáticos e voltados para o conteúdo das informações coletadas, sejam eles entrelinhas, reticências, figuras de linguagem ou a própria comunicação explícita<sup>9</sup>.

A análise de conteúdo tem como característica principal a inferência na análise dos dados, a partir da categorização do conteúdo das informações obtidas. Segundo Bardin<sup>10</sup>, essa inferência significa uma vinculação lógica de uma proposição apresentada com proposições teóricas, que já são aceitas como verdadeiras. E a categorização se caracteriza por agrupamentos de elementos relevantes obtidos em unidades temáticas e, posteriormente, em grupos de temas mais abrangentes. Nessa pesquisa, utilizou-se a categorização não-apriorística em que as categorias surgem das informações trazidas pelos profissionais entrevistados<sup>9</sup>.

É importante ressaltar que, por se tratar de pesquisa com seres humanos, foram seguidos todos os aspectos éticos pertinentes incluindo a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) (Processo nº 0232/09).

Com o objetivo de não infringir qualquer aspecto ético da pesquisa com seres humanos, decidiu-se por abrir mão da identificação do local de realização da pesquisa, bem como dos profissionais que participaram da mesma.

## 4.RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1.O Olhar dos Profissionais: Entre a Teoria e a Práxis

No que diz respeito à concepção de Reforma Psiquiátrica pelos profissionais, houve convergência de visões diante da concepção de que é indispensável promoção da autonomia e reinserção do portador de sofrimento psíquico no meio social entre os profissionais de Enfermagem, Terapia Ocupacional, Psicologia e Serviço Social, apesar de concordarem que a manutenção de alguns estigmas sociais em relação ao portador de sofrimento psíquico ainda é uma realidade, tanto por parte da sociedade quanto dos próprios profissionais que trabalham na atenção à saúde mental.

Basicamente, a reforma é vista como um novo modelo de atenção a pacientes com sofrimento psíquico que visa

(...) valorizar o ser humano em sua integralidade, (...) não restringindo o trabalho à medicalização, aos sintomas, mas vendo todas as necessidades: a moradia, a relação que ele tem com sua família, com seu bairro, com seus amigos, (...) entendendo o impacto que um transtorno psiquiátrico causa nos objetivos de vida de um determinado cidadão (Profissional D).

De fato, a Reforma Psiquiátrica é entendida, na sua essência, como uma tentativa de resgate da cidadania e da subjetividade do doente mental, reintegrando-o à família e a à sociedade, responsabilizando-o como ator de seu próprio tratamento<sup>3</sup>.

Observou-se, entretanto, um descrédito à possibilidade prática da reforma por parte dos profissionais de medicina. A proposta é tida como utópica ou pouco viável pela falta de estrutura do sistema de saúde na substituição do cuidado. O profissional D demonstra a questão com o seguinte discurso:

A Reforma Psiquiátrica é, no momento atual, o ápice das propostas para tratamento. Então, analisando assim a proposta (...) ela é fascinante. O problema é implementar (ênfase) (...) fazer com que essas coisas cheguem de fato ao cidadão, ao indivíduo que sofre, que necessita (...).

Esse discurso é reforçado pelo profissional C quando afirma que:

(...) na prática o que acontece, se vê que não se cria mecanismos adequados para poder acolher os pacientes na medida que você vai tirando eles do hospital. Então o que acontece na prática você começa a ver pacientes perambulando pela rua por exemplo, vagando, comendo lixo, comendo fezes, nus, no sol, isso também é uma desassistência.

A essa questão, Gonçalves<sup>3</sup> alerta que o conceito de desinstitucionalização vem sendo incompreendido, por parte de alguns atores desse processo, como uma desassistência, como afirmado pelo profissional, baseado em conveniências ideológicas. Esse mesmo profissional afirma que

(...) Reforma Psiquiátrica, exatamente, (...) esse título não soa muito favorável. (...) Não é uma Reforma Psiquiátrica, seria uma reforma no sistema de saúde mental. E a (...) psiquiatria é uma especialidade médica, então não vai reformar a psiquiatria.

Essa afirmação pode ser contestada a partir do momento em que se admite a Reforma Psiquiátrica brasileira como um processo de desinstitucionalização e territorialização influenciado pelo processo italiano de reformulação da prática psiquiátrica. Nesse processo, a psiquiatria clássica, fortemente influenciada pelos princípios cartesianos médico-biologicistas, foi criticada pela sua definição e classificação de loucura, adotando-se, em substituição, um modelo de psiquiatria denominada democrática, cujo cerne compreende a desconstrução do manicômio como *locus* do saber psiquiátrico e da doença mental.<sup>11-12</sup>

Nesse contexto, o CAPS tem papel central na desinstitucionalização, atuando como substitutivo do cuidado do hospital, sem, todavia, funcionar como perpetuador da exclusão baseada no saber psiquiátrico tradicional. Isso é demonstrado na fala de um dos profissionais da psicologia sobre o que se concebe como CAPS:

O CAPS é um dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, tem um dos papéis importantes: o de ordenamento da rede na questão de saúde mental; é um serviço que tem que ter um olhar integrador, um olhar que resgate a cidadania do portador de doença mental porque permite novas formações de rede de cuidados (Profissional E).

Compreende-se, portanto, que a substituição do modelo de reforma no seu aspecto prático perpassa não apenas as barreiras político-estruturais

da rede de assistência, sendo este apenas um dos aspectos da reformulação científico-social necessária para a mudança de concepção da loucura e da “doença mental”<sup>13</sup>.

#### 4.2.O trabalho interdisciplinar e o resgate da autonomia: a visão de diferentes saberes e práticas

Tendo em vista os princípios que regem a política de substituição do modelo de atenção, os profissionais entrevistados entendem seus papéis, nesse processo, ligados, essencialmente, ao favorecimento da autonomia dos usuários do novo sistema. Isso é exemplificado na fala do profissional A:

(...) o meu papel é compartilhar experiências e me policiar ao máximo pra evitar alguns vícios institucionais. Nós procuramos manter, aqui no CAPS, o usuário no sentido de que ele possa se reorganizar, mas a partir do momento que ele começa a apresentar uma resposta em relação à autonomia, nós vamos desvinculando.

Outro aspecto complementar a esse, abordado pelos profissionais, diz respeito à militância em favor da ideologia de libertação do portador de sofrimento psíquico. Nesse contexto, o papel do profissional deixa de ser apenas o técnico, e assume também o aspecto político e social. Sobre isso, o profissional E afirma que, no contexto da reforma,

(...) deixo de ser somente um profissional que atuo pra ser também um profissional que milita ‘né’?, ou seja, para que a reforma aconteça eu não posso simplesmente ficar restrita ao atendimento técnico, eu preciso também me atualizar no que é políticas públicas, dentro das leis que regem a Reforma Psiquiátrica, participar dos movimentos de saúde mental como um todo. (...) Além de técnica, além de uma psicóloga convencional que está inserida dentro de um contexto de serviço de saúde mental, eu acabo que, como cidadã, também penso em uma nova forma de cuidado com aqueles que precisam de atendimento.

O profissional B reforça esse aspecto afirmando seu papel como ator na reforma: *“mostrar à sociedade a necessidade dessa mudança, (...) sensibilizar a família, sensibilizar as autoridades”*.

Tal postura é evidência da superação do discurso positivista através da criticidade de sua eficácia como um modelo excludente, e a ampliação do enfrentamento da doença mental para além da “anormalidade”, levando em consideração seu contexto, e tornando ativos tanto os que são alvo das

ações quanto aqueles que as executam no novo sistema. Como afirma Gonçalves<sup>3:p.13</sup>:

(...) a desconstrução se processa a partir do interior da instituição psiquiátrica, com a negação do mandato técnico como elemento desencadeador e com o apoio à expressão e ação dos portadores de sofrimento mental que se traduz no estímulo na organização dos usuários.

Essa atuação profissional dá-se, segundo afirmam os profissionais, no âmbito da interdisciplinaridade. O profissional F afirma que no CAPS o trabalho acontece da seguinte forma:

(...) uma integração interdisciplinar de todas as profissões, porque na verdade cada um contribui a seu modo (...) dentro da sua profissão, mas ao mesmo tempo (...) faz parte do conjunto coletivo e acho que a função geral de cada uma dessas profissões (...) é falar em uma sintonia só, (...) estar afinado no discurso e promover a qualidade de vida do usuário.

A interdisciplinaridade surge, no movimento de Reforma Psiquiátrica, como exigência de mudança nos paradigmas do tratamento, a partir da adoção da concepção de horizontalidade no tratamento, tanto no âmbito das interações profissionais, quanto ao cuidado do usuário do serviço. O trabalho interdisciplinar acontece através da exploração e ampliação das disciplinas, como forma de estabelecer um novo conhecimento que seja útil no alcance do objetivo a que se propõe o trabalho. Assim, muitas vezes é confundido com o trabalho multidisciplinar, onde os conhecimentos são provenientes de várias disciplinas, todavia não ocorre a interação e o enriquecimento mútuo, necessários para a solução do problema de forma global<sup>14</sup>.

Não obstante às ideias do modelo vigente, os profissionais da medicina demonstram algumas ideias acerca de sua atuação que destoam da proposta de tratamento no CAPS. Sobre o trabalho interdisciplinar, o profissional C manifesta:

Bom, (...) médico é médico, a nossa formação é meio cartesiana (...) médico é pra tratar doença. Até houve a tentativa de a gente assumir outras funções (...) não sei se é porque eu sou um médico velho assim, mas a gente tem uma certa dificuldade com essas interações. (...) A gente trabalha em conjunto (...) com a equipe, a gente interage, troca experiências (...) com os outros profissionais, mas a gente fica na capa de tratar o doente, assim, a medicação (...) naquela

característica de médico que às vezes é muito difícil a gente mudar isso.

O outro profissional da medicina ainda afirma (Profissional D):

Eu vejo o meu trabalho (...) na expectativa de que, ao diagnosticar e ao medicar, eu estarei contribuindo pra melhorar, atenuar o transtorno. E, através disso, contribuir pra que ele possa passar por todo o processo, onde ele possa ser reabilitado e possa reconquistar muitas coisas que a doença tira. (...) Eu vejo nesse sentido, trabalho medicamentoso (...), ajudar no controle dos sintomas, (...) não tem como um indivíduo ser abordado, conseguir evoluir, conseguir adquirir habilidades, se ele não tiver adequadamente tratado (...) do ponto de vista medicamentoso, então é um dos focos do meu trabalho.

Nesses discursos observa-se o peso que ainda possui o isolamento do conhecimento médico, dificultando a interação disciplinar enquanto permuta de saberes e fazeres. Ao assumir o papel do diagnóstico e da medicalização, como afirmado no seu discurso, o médico perpetua a concepção biologicista de corpo e doença mental que, apesar de agora não mais exilado na instituição manicomial, ainda configura-se como uma ressonância do paradigma clínico da psiquiatria clássica: a redução do objeto dessa disciplina à “doença” de um corpo, e não ao “corpo doente”<sup>15</sup>.

Para Torre e Amarante<sup>16</sup>, nem mesmo a terminologia “tratamento” é conveniente ao novo paradigma da loucura, uma vez que a terapêutica no modelo que ora se constitui não se reduz à medicalização, mas abrange a transformação do complexo contexto de fatores biopsicossociais que constituem o adoecimento mental.

#### **4.3. Gestão e recursos: o trabalho na rede de atenção à saúde mental no Amazonas**

No que diz respeito à estrutura para o atendimento, os profissionais foram unânimes na afirmação de que o CAPS onde trabalham não apresenta as condições adequadas para a execução de suas funções e o acolhimento dos pacientes, conforme preconizam as diretrizes do Ministério da Saúde. E os recursos que faltam são de todos os tipos: físicos, materiais e humanos.

Sobre a estrutura do local, o profissional E afirma:

Estrutura física o CAPS não proporciona, (...) foi construído dentro de um espaço que nem a portaria preconiza, ou seja, foi construído de uma forma que é o mesmo modelo de uma policlínica (...), sendo que a reforma preconiza um espaço de CAPS que funcionaria dentro de uma casa adaptada (...), não lembraria nada uma clínica, um hospital.

O que, entretanto, se repete com unanimidade nas falas, é a escassez de recursos humanos. O CAPS em questão, proposto para funcionamento como CAPS III, não cumpre com essa função devido à falta de profissionais. Até mesmo no período de funcionamento regular, o número de profissionais é reduzido. Sobre isso o profissional F afirma:

Além da falta de enfermeiros, faltam técnicos em enfermagem suficientes. A unidade era para funcionar 24 horas, não temos recursos humanos suficientes para (...) dar a devida assistência que seria necessária.

Outros profissionais salientam, ainda, as deficiências de recursos e problemas de gestão da rede na cidade de Manaus, como afirma o profissional D sobre os medicamentos e a necessidade de exames laboratoriais:

O fluxo de medicamento fica comprometido em alguns períodos do ano, isso compromete o bem-estar do paciente (...). A questão de exames (...), existem determinados casos, determinadas doenças, onde atualmente é fundamental, e a gente não tem como pedir aqui, é um formulário específico. (...) Onde o exame é pedido, tem que ser marcado lá, através da internet. Aí isso vai pra uma central reguladora. A nossa clínica não tá nesse sistema.

As falhas da rede pública de saúde em todo território do Amazonas, e em sua capital, são provenientes de um modelo de saúde implantado com dificuldade, devido às características geográficas peculiares da região, bem como problemas de administração. Os atrasos no processo de descentralização da gestão de saúde no estado são sentidos até hoje. O CAPS é um reflexo dessa desorganização: é o único CAPS no Brasil cuja gestão é estadual, ao invés de municipal, como se preconiza para esse tipo de atenção<sup>17</sup>.

Diante de um quadro de escassez dos recursos básicos, o profissional vê-se estimulado a

tomar uma atitude acerca de sua atividade de trabalho: ou motiva-se a tomar atitudes como superação, improvisação, encontrando saídas “criativas” e “inventivas”; ou tomar atitudes de negação, recuo e resistência, resultando possivelmente em condições desgastantes, geradoras de sofrimento<sup>18</sup>. Esta última opção, provavelmente será a adotada por profissionais que não se identificam com a proposta e não acreditam em seu poder de transformação dentro do serviço, existindo uma postura de acomodação. Sobre isso, Dejours<sup>19</sup> afirma:

Executar uma atividade sem investimento material ou afetivo exige produção de esforço e de vontade, em outras circunstâncias suportadas pelo jogo da motivação e do desejo.

É sabido que a rede de assistência à saúde mental não é exclusivamente atingida pela falta de recursos, e as dificuldades que enfrentam não são além de reflexos dos entraves administrativos existentes em todo o sistema de saúde, às quais se acrescentam as peculiaridades do objeto de sua atenção. Não obstante às barreiras, na atenção à saúde mental, a atitude de abstenção e irresponsabilidade de seus atores no processo de mudança de modelo torna-se um contrassenso do próprio movimento, uma vez que se constitui como premissa da própria desinstitucionalização o empoderamento dos outros sujeitos envolvidos, tais quais profissionais e usuários.<sup>20</sup>

Podemos também inferir que lacunas na graduação de alguns profissionais, bem como a falta de identificação e credibilidade na proposta podem vir a ser um dado importante entre as dificuldades na operacionalização dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Quando se fala em formação médica, autores como Hafferty<sup>21</sup> e Hekelman<sup>22</sup> consideram o ensino dos temas na área das ciências humanas uma tarefa difícil em muitos lugares do mundo. Além dos problemas estruturais, institucionais, existe grande resistência entre alunos e professores quando se fala na integração destes temas na construção da identidade e atitude médica, fatos que colaboram para o obscurantismo “humano” dentro das escolas médicas<sup>21-23</sup>.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto, entende-se que as condições peculiares da formação da rede de assistência à saúde em Manaus, da qual não escapou a

rede de atenção à saúde mental, provocaram os óbices de tal processo, manifestos no atraso da efetivação da Reforma Psiquiátrica na cidade. O primeiro CAPS de Manaus foi inaugurado apenas em 2006, e sob gestão estadual, o que difere das condições previstas legalmente para esse tipo de recurso.

Dentre as dificuldades com as quais se deparam os profissionais do CAPS, estão a escassez de no Amazonas, que não permitem a execução de exames e outros procedimentos em conexão com a rede pública. Além disso, os recursos humanos são insuficientes para a devida atenção no centro, que deveria funcionar como tipo III (24 horas) e ser referência para a rede da região em que se encontra.

Não obstante aos obstáculos materiais e administrativos, percebeu-se que os profissionais do CAPS trabalham consoantes com os princípios que norteiam as mudanças do modelo de atenção à saúde mental. Esses profissionais compreendem a noção de autonomia como fundamental na retomada da dignidade e cidadania dos portadores de sofrimento psíquico, e na desconstrução da loucura enquanto estigma na sociedade.

Notou-se, também, uma forte influência ainda presente nos profissionais da medicina, proveniente dos modelos cartesianos ainda vigentes na formação das áreas de saúde, e que se manifestam nesses profissionais em uma resistência na visão da clínica ampliada psicossocialmente. Esses profissionais, em seus relatos, demonstraram ater-se fortemente às terapêuticas tradicionais centradas nos sintomas e na medicalização da doença e, como consequência disso, evidenciaram, em alguns momentos, um descrédito em relação à reforma, concebendo-a como uma desassistência.

Dessa forma, o trabalho interdisciplinar também fica preterido em detrimento de uma visão de múltiplas responsabilidades, onde o médico é responsável pelo tratamento psicofarmacológico e os demais profissionais assumem a atenção psicossocial do sujeito, perpetuando a hierarquização de saberes e responsabilidades, e não a abordagem horizontalizada dos diversos sujeitos implicada na transformação desse modelo.

Entende-se, portanto, que os empecilhos na implementação efetiva da Reforma Psiquiátrica no Amazonas perpassam suas diversas dimensões, desde as ideológicas às práticas, sendo consequência de carências administrativas de todo o sistema de saúde e dos estigmas sociais da doença mental. Os profissionais, entretanto, são vistos nesse processo como os viabilizadores da desinstitucionalização, mesmo em condições adversas, pois perpetuarem a

ideologia da reforma na prática do cuidado, permitindo aos portadores de sofrimento psíquico o resgate de sua dignidade e a possibilidade de serem atores de sua própria existência.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cirilo LS, Oliveira Filho P. Discursos de usuários de um centro de atenção psicossocial-CAPS e de seus familiares. *Psicol Cienc Prof* 2008; 28(2):316-29.
2. Amarante PDC. Algumas Notas sobre a Complexidade da Loucura e as Transformações na assistência Psiquiátrica. *Rev Terapia Ocupacional* 1992, 3(1/2):8-16.
3. Gonçalves AM, Sena RR. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev Latino-Am Enf* 2001; 9(2): 48-55.
4. Tenório F. A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 80 aos dias atuais: historia e conceito. *Hist Ciênc Saúde* 2002; 9(1): 25-59.
5. Campos O, Furtado P, Passos E, Ferrer A L, Miranda L, Gama P. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev Saúde Pública* 2009, 43(Spec1):16-22.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes. 2009. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps\\_por\\_uf\\_e\\_tipo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_por_uf_e_tipo.pdf). Acesso em 21/05/2010.
7. Neves JL. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. *Cad Pesq Adm* 1996, 1(3):1-5.
8. Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Rev Eletrônica Pós-Graduandos Soc Política* 2005, 1(3):68-80.
9. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm* 2004, 57(5):611-4 .
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
11. Acioly Y. Reforma Psiquiátrica: Construção de Outro Lugar Social para a Loucura? Curitiba: Sociologia Política, 2009.
12. Oliveira AGB, Alessi NP. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na Reforma Psiquiátrica. *Ciênc Saúde Col* 2005, 10(1):191-203.
13. Vechy LG. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. *Estudos Psic* 2004, 9(3), 489-495
14. Waidman MAP, Elsen I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. *Rev Texto Contexto Enferm* 2005, 14(3):341-9.
15. Rotelli F. A instituição inventada, pp. 89-99. In Nicácio MF. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990.
16. Torre EHG, Amarante P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciênc Saúde Col* 2001, 6(1):73-85.
17. Barbosa MAB. Desigualdades Regionais e Sistema de Saúde no Amazonas: o caso de Manaus. Manaus: Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane, 2004.
18. Santos-Filho B, Barros MEB. Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo de trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Injuí: Injuí, 2007.
19. Dejours C. A loucura do trabalho - estudo da psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.
20. Silva MBB, Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: Sobre os Discursos e as Práticas em Torno da Responsabilidade no Campo da Saúde Mental. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva* 2005, 15(1):127-150.
21. Hafferty FM, Franks R. The hidden curriculum, ethics, teaching, and the structure of medical education. *Acad Med* 1994, 69(11): 861-71.
22. Hekelman FP, Snyder CW, Alemagno S, Hull AL; Vanek E. Humanistic teaching attributes of primary care physicians. *Teach Learn Med* 1995; 7(1): 29-36.
23. Silva GSN. A construção do 'ser médico' e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2007.