UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

RODRIGO MENDES D'ANGELIS

PSIQUIATRIA EM ANÁLISE: NARRATIVAS DA PRÁTICA PSIQUIÁTRICA NO SUS

PSYCHIATRY IN ANALYSIS: NARRATIVES OF PSYCHIATRY PRACTICE IN SUS

CAMPINAS
2017

RODRIGO MENDES D'ANGELIS

PSIQUIATRIA EM ANÁLISE: NARRATIVAS DA PRÁTICA PSIQUIÁTRICA NO SUS

PSYCHIATRY IN ANALYSIS: NARRATIVES OF PSYCHIATRY PRACTICE IN SUS

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde.

Dissertation presented to the Faculdade de Ciências Médicas of the Universidade Estadual de Campinas as part of the requirements required to obtain the Master's degree in Collective Health: Policies and Health Management.

ORIENTADOR: PROFESSORA DRA. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO
ALUNO RODRIGO MENDES D'ANGELIS E ORIENTADO PELA
PROF. DRA. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS.

CAMPINAS

2017

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.
ORCID: http://orcid.org/0000-0002-1967-9338

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

D212p

D'Angelis, Rodrigo Mendes, 1976-
Psiquiatria em análise : narrativas da prática psiquiátrica no SUS / Rodrigo Mendes D'Angelis. – Campinas, SP : [s.n.], 2017.

Orientador: Rosana Teresa Onocko Campos.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Psiquiatria. 2. Serviços de saúde mental. 3. Política de saúde. 4. Hermenêutica. 5. Narrativa. I. Campos, Rosana Onocko,1962-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Psychiatry in analysis : narratives of psychiatry practice in SUS
Palavras-chave em inglês:
Psychiatry
Mental health services
Health policy
Hermeneutics
Narrative
Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento
Titulação: Mestre em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde
Banca examinadora:
Rosana Teresa Onocko Campos [Orientador]
Daniele Sacardo Nigro
Octavio Domont de Serpa Júnior
Data de defesa: 16-02-2017
Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

RODRIGO MENDES D'ANGELIS

ORIENTADOR: PROF. DRA. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

MEMBROS:

1. PROF. DRA. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

2. PROF. DRA. DANIELE SACARDO NIGRO

3. PROF. DR. OCTAVIO DOMONT DE SERPA JÚNIOR

Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 16/02/2017

DEDICATÓRIA

A todos e a tudo que amo, à Psiquiatria e a quem com ela entra em contato em algum momento da sua história para não se restringir, mas para ampliar, dedico meu trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao agradecer eu me percebo em um processo histórico por meio de narrativas na composição de partes significativas da minha trajetória, do meu itinerário. Tentei agrupar os agradecimentos em pessoas que contribuíram no convívio e compartilhamento de subjetividade e naquelas que proporcionaram um aprimoramento técnico e científico. Mas, nessa tentativa, eu percebi que não seria possível essa separação, porque o convívio e o aprimoramento, sejam eles pessoais ou técnico e científicos, entrelaçam-se ao longo do caminho, independente dos motivos pelos quais as pessoas entram em nossa história.

Meu agradecimento será um itinerário na citação daqueles que participam da minha vida de forma atemporal ao deixarem, em mim, uma parte de si.

A Aldair (*in memorian*), meu pai, agradeço e compartilho a alegria do mestrado, pois sei o quanto ele se esforçou e atingiu seu objetivo de proporcionar a seus filhos condições de adquirirem conhecimento e formação humana e profissional.

À minha mãe, Vanilda, quero lhe dizer o quanto me demonstra força e a arte de se levantar nas adversidades e de desfrutar do que se colhe. Há, entre pais e filhos, a representação de eternidade e presença.

Fui presenteado com meus irmãos, os quais são para mim exemplos e fontes de motivação. Agradeço muito tudo o que há entre nós.

Agradeço a Gabriel e Mateus pela honra de deles ser pai, a felicidade de, em algumas vezes, deles ser filho e a realização de sempre sermos companheiros com muito amor.

Quando se busca algo, há a necessidade de pessoas que administrem determinadas condições para que se possa trilhar caminhos. Dessa forma, agradeço à Tatiana por ter incentivado e dado o suporte, em minha trajetória, na concretização de projetos. Obrigado pelas construções, pelo apoio e disponibilidade e por nossos filhos.

Quando foi preciso a oferta de um abraço que trouxesse um conforto, houve a turma da Abordagem Centrada na Pessoa. Obrigado por centrarem e acreditarem no progresso humano.

Àqueles que estão ou estiveram sob os meus cuidados profissionais, agradeço por sempre me mostrarem o potencial humano de desenvolvimento.

O incentivo e apresentação do mestrado em Saúde Coletiva na Unicamp chegaram a mim por meio da Ellen. Agradeço muito a ela o valor da congruência, a sua presença inclusive na promoção do meu crescimento e autoconhecimento e por nossas trocas. Obrigado por contextualizarmos, na dissertação, a "Oração ao Tempo" - obra de Caetano Veloso. Ao Ian e à Lara, registro e agradeço a importância do precioso afeto entre nós, além do suporte que me deram durante o mestrado.

Muito obrigado a minha orientadora, Dra. Rosana Teresa Onocko Campos, pelo acolhimento e confiança que demonstrou em mim e que constituíram grandes fatores motivacionais. Além disso, desenvolver uma pesquisa qualitativa sob seus cuidados foi uma rica fonte de aprendizado e um crescimento imensurável. Serei sempre grato.

Ao Grupo Interfaces, agradeço o conhecimento e o compartilhamento tanto de ideias quanto de sentimentos despertados nas propostas de quem se envolve intensamente com aquilo a que se propõe. Em relação ao grupo, gostaria de citar Renata (*in memorian*) por ter se colocado tão disponível para nos ajudar, com enorme importância na minha inserção no campo de pesquisa em Campinas.

Aos professores do mestrado, quero ressaltar minha admiração, pois são profissionais de referência com uma abertura aos alunos de uma forma que estimulam o conhecimento, em uma cogestão e coparticipação empregadas também no meio acadêmico.

Há meu agradecimento aos colegas de mestrado que se tornaram grandes amigos. Formamos um grupo em uma coesão que mostra a intensidade de um conjunto.

Agradeço à Doutora Daniele Sacardo Nigro e aos Doutores Octavio Domont de Serpa Júnior, Deivisson Vianna Dantas dos Santos, Gustavo Tenório Cunha e

Marcelo Kimati Dias por participarem de etapas fundamentais do trabalho e colaborarem com tanta disponibilidade.

Aos profissionais da Unicamp solicitados em algum momento por mim, quero registrar a minha admiração por sempre terem me recebido com respeito, atenção, dedicação e resolutividade.

À rede de saúde mental de Mariana, por compartilharmos a construção de uma assistência visando a promoção da grandeza de um sistema público de saúde com as propostas do SUS. Muito obrigado, Rosana, pela competência, incentivo e por integrar componentes fundamentais da trajetória.

Aos amigos e familiares, agradeço-lhes por serem exemplos de como pertencemos à história. Vocês trazem em narrativas a beleza de nossos laços, aprendizado e compartilhamentos.

Ao David, Gustavo e Júnior, o agradecimento pelo apoio e disponibilidade em suas contribuições.

Finalizo agradecendo aos psiquiatras que participaram da pesquisa. A grandeza das informações e das histórias narradas me despertaram sentimentos, vivências e olhares que me confirmaram a dimensão de se exercer a psiquiatria. Pelo cuidado metodológico, vocês foram selecionados pelos critérios de inclusão. Mas após tudo o que vocês me ofereceram nas narrativas, se eu pudesse me abster de critérios científicos, assim também eu os escolheria. Muito obrigado pela compreensão, disponibilidade e exercício hermenêutico vivenciado.

RESUMO

O atual modelo de assistência pública à saúde mental no Brasil exige uma prática psiquiátrica apoiada em uma ampliação da clínica para contextos psicossociais e de reabilitação, conciliados com o corrente desenvolvimento de recursos terapêuticos e diagnósticos da especialidade. Dessa forma, as vivências de psiquiatras trazem informações para análise desse processo na dinâmica dos serviços públicos de saúde.

Este trabalho foi realizado por meio de uma pesquisa qualitativa, com análise de narrativas de psiquiatras da Rede de Atenção Psicossocial nas cidades brasileiras de Campinas – SP e Belo Horizonte – MG, sob o referencial teórico da Fenomenologia e da Hermenêutica de Hans-Georg Gadamer e Paul Ricoeur. Por meio desses autores, procurou-se a compreensão dos dados que representam, na particularidade do narrador, componentes do contexto histórico, político, social e clínico nos quais ele está inserido.

Os resultados apontaram facilitadores, dificultadores e causas desses no exercício da psiquiatria, pelos participantes. Foram evidenciadas, nas narrativas, a assimilação da ampliação clínica psiquiátrica, considerações a respeito da formação profissional, fatores associados aos medicamentos e prescrições, o trabalho em equipe e o desgaste profissional diante do sucateamento do SUS (Sistema Único de Saúde). As entrevistas também revelaram dados sobre a assistência pública em saúde mental e seus dispositivos em relação a situações que favorecem ou prejudicam o seu funcionamento.

Conclui-se que ações incongruentes com propostas da Reforma Psiquiátrica estão presentes tanto na dinâmica da Rede de Atenção Psicossocial quanto das equipes, além de serem agravadas pela escassez de recursos e afetarem a dimensão clínica exercida pelo psiquiatra nos serviços públicos de saúde. Tais elementos devem ser considerados para o fortalecimento do modelo de atenção à saúde em vigor.

Palavras-chave: Psiquiatria. Serviços de saúde mental. Política de saúde. Hermenêutica. Narrativa.

ABSTRACT

The current model of public assistance for mental health in Brazil requires a psychiatric practice based on an extension of the clinic for psychosocial and rehabilitation contexts, along with the current development of therapeutic and diagnostic resources of the specialty. Thus, the experiences of psychiatrists bring information to analyze this process in the dynamics of public health services.

This work was carried out through qualitative research, with analysis of psychiatric narratives of the Network of Psychosocial Attention in the Brazilian cities of Campinas – S.P. and Belo Horizonte – M.G., following the theoretical model of the Phenomenology and the Hermeneutics of Hans-Georg Gadamer and Paul Ricoeur. Through these authors, we sought to understand the data that represent, in the narrator's particularity, components of the historical, political, social and clinical context in which it is inserted.

The results indicate facilitators, difficulties and causes of these in the exercise of psychiatry by the participants. In the narratives, the assimilation of clinical psychiatric enlargement, considerations regarding professional training, factors associated with medications and prescriptions, teamwork and professional exhaustion in the face of the discontinuation of SUS (Sistema Único de Saúde) were evidenced. The interviews also revealed data on public assistance in mental health and its devices in relation to situations that favor or hinder its functioning.

It is concluded that actions inconsistent with Psychiatric Reform proposals are present both in the Network of Psychosocial Attention and in the team dynamics, in addition to being aggravated by the scarcity of resources. Such actions affect the clinical dimension exercised by the psychiatrist in the public health services. Such elements should be considered for strengthening the health care model in place.

Keywords: Psychiatry. Mental health services. Health policy. Hermeneutics. Narrative.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS: Atenção Primária à Saúde

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi: Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CAPS AD: Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Outras Drogas

CERSAM: Centro de Referência em Saúde Mental

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PTI: Projeto Terapêutico Individual

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUP: Serviço de Urgência Psiquiátrica

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....14

O HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....15

De como a história fez efeito em mim.....15

A transição da vivência da clínica para a clínica da vivência.....18

SOBRE A MEDICALIZAÇÃO, DIAGNÓSTICO E O BIOPODER.....22

Medicalização e diagnóstico.....22

Biopoder.....28

OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....29

OBJETIVOS.....34

Objetivo geral.....35

Objetivos específicos.....35

METODOLOGIA.....36

DESENHO DO ESTUDO (O campo, os participantes e o desenvolvimento metodológico).....36

HANS-GEORG GADAMER E A HERMENÊUTICA FILOSÓFICA.....44

PAUL RICOEUR: TEMPO E NARRATIVA.....46

RESULTADOS.....50

A FORMAÇÃO PROFISSIONAL E SUA INFLUÊNCIA NA CLÍNICA.....50

EQUIPES.....55

MEDICAMENTOS E MEDICALIZAÇÃO.....57

DINÂMICA DA REDE E DE SEUS DISPOSITIVOS.....61

Atenção primária à saúde – apoio matricial.....62

Hospital psiquiátrico.....63

Hospital geral.....66

Centro de atenção psicossocial.....68

SUCATEAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....69

REFORMA PSIQUIÁTRICA.....70

DISCUSSÃO.....75

CONCLUSÃO.....78

REFERÊNCIAS.....81

ANEXOS.....85

1. INTRODUÇÃO

O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira se baseia na desinstitucionalização dos usuários com longa internação psiquiátrica e nas ações de recuperação da dignidade e valorização da subjetividade, com propostas de um modelo de atenção que se estabeleça por meio de uma rede assistencial integrada e interdisciplinar substituta do hospital psiquiátrico (1). A clínica, assim, expande-se para uma intervenção psicossocial que exige modificações nas estruturas institucionais, coletivas e individuais.

Pela conjuntura em questão, a prática psiquiátrica é discutida não apenas pela necessidade de suas contribuições no processo, mas também por encarnar um contexto histórico, político, clínico e social criticado pelas bases teóricas da reforma.

O indivíduo que exerce a Psiquiatria na transformação da assistência à saúde mental evidencia, em sua experiência, dados que ilustram a forma com que ele se insere nesta dinâmica e se associam à análise deste cenário. Portanto, inicio meu trabalho fazendo um paralelo histórico entre a reforma psiquiátrica e debates que envolvem a prática do psiquiatra com a minha narrativa pessoal, para contextualizar o tema.

A minha trajetória como psiquiatra me conduz a um itinerário que desperta os questionamentos e motivações para a investigação, momento em que a história faz efeito em mim, como aponta Gadamer (2) na consciência histórica efeitual. Com o desenvolvimento da minha narrativa, pretendo compor e ilustrar o desenvolvimento do tema em que se lançam os objetivos e discussões da pesquisa.

Será uma forma de descrever o histórico de um processo de transformação assistencial e contextualizá-la assim como minhas próprias vivências as retratam. Dessa forma, ilustrarei o poder da narrativa no que ela diz de um sistema no qual nos inserimos.

Além disso, a minha trajetória na Psiquiatria e tal efeito histórico me permitem uma integração e análise dos meus pressupostos em um círculo de

compreensão (hermenêutica) na minha interação com a pesquisa e com os entrevistados, o que também respalda o desenvolvimento da metodologia que evidencia particularidades trazendo dados do todo.

1.1 O HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

1.1.1 De como a história fez efeito em mim

> *O fascínio pelo comportamento humano me acompanha desde a infância. Claro que, nesse momento, o componente fenomenológico que naturalmente acompanha as crianças estava em mim presente, já que a intencionalidade e a consciência que eu tomava daquelas pessoas surgiam na busca de um contato sem um juízo prévio. O trágico da loucura, antes do surgimento da Psiquiatria, já se mesclava no meu olhar com as definições sociais, mas ainda não diagnósticas, da loucura.*
>
> *Eu sonhava com os ditos loucos se encaminhando em minha direção. Mas, mesmo acordado, eles se aproximavam onde quer que eu estivesse. Dividíamos os espaços sociais das feiras e mercados às custas do meu medo e curiosidade, no início da década de 80.*

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) discutiu o papel do Estado no dever dos cuidados à saúde como um direito do cidadão, assim como ampliou o conceito e os propósitos para o cuidado no processo saúde-doença. Em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental reafirmou as discussões da VIII CNS e defendeu a "reestruturação do modelo assistencial em Saúde Mental, criticando fortemente o hospitalocentrismo e o institucionalismo dominantes, dando destaque, sobretudo, à necessidade de revisão da legislação psiquiátrica, pondo em foco a preservação dos direitos dos chamados doentes mentais". (3)

> *Com 10 anos de idade, nessa época, eu presenciava na televisão manifestações de cidadania acompanhadas pela música "Balada do Louco" de Arnaldo Baptista e Rita Lee. Psiquiatria e conflitos existenciais eu via em filmes e programas de*

> *televisão, mas não me inteirava da dimensão política na esfera da saúde nessa fase.*

Posteriormente, a participação popular se legitimou pelo Movimento da Reforma Sanitária e as propostas se concretizaram na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde. Em 19 de setembro de 1990, a partir das Leis nº 8.080 e 8.142, o Sistema Único de Saúde foi então regulamentado no Brasil. Portarias do Ministério de Saúde, Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS) e posteriormente Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS-SUS) e do Pacto de Gestão) passaram a operacionalizar o sistema e as esferas governamentais. (4)

> *Eu havia presenciado, na infância e adolescência, a redemocratização do país e a estruturação de um sistema de saúde pública universal, com bases na equidade e integralidade. Mas, em um contexto macropolítico tão intenso, eu ainda não tinha a real noção de sua dimensão.*
>
> *Envolvia-me cada vez mais com vivências e com comportamento humano, mas não vinculadas a um contexto técnico e científico, mas sim com as transições da idade. Os meus questionamentos foram bases para minha escuta e valorização da intersubjetividade, que foram fundamentais no posterior exercício da Psiquiatria e na sua dimensão clínica.*
>
> *Na década de 90, em um período de avaliação e fiscalização de instituições e suas hospitalizações, ampliação dos recursos de assistência à saúde mental e criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, eu me angustiava em um curso de Administração para trabalhar com marketing ou recursos humanos e assim não me desvincular dos temas de psicologia. Percebia que a análise de comportamento não se restringia à área da saúde e que subjetividade, dimensão humana e desenvolvimento estavam presentes em contextos variados.*
>
> *Interrompi o curso de Administração após um ano de disciplinas e decidi cursar medicina para chegar à Psiquiatria. Naquele momento, assumi o que eu desejava por meio de fatores intrínsecos e pessoais e não mobilizado por fatores externos.*
>
> *Iniciei o curso de Medicina em 1997, após uma aprovação recompensadora da angústia de ter retornado para um curso preparatório para o vestibular e redefinir trajetória, buscas e sonhos. Ou melhor, depois de assumi-los.*

> *Na faculdade, o contato com a saúde mental era por meio da Psicologia Médica e da Psicanálise, além da disciplina e monitoria de Psiquiatria e das vivências dos pacientes. Queria conhecer e aprender a Medicina e não me restringir a uma área.*
>
> *Para a ampliação de conhecimentos e de satisfação pessoal, cursei disciplinas de Psicopatologia no curso de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Nessa parte da minha história há uma confirmação da minha necessidade de uma ampliação do conhecimento em saúde para áreas das Ciências Humanas. Vejo em meu histórico a importância da formação, da associação dos componentes pessoais e intrínsecos com o contato com a informação e debates cada vez mais ampliados da saúde, em todos os seus contexto, para se expandir os olhares e ações.*

A construção de uma clínica na proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) expande a subjetividade analisada por uma dimensão estruturalista nos movimentos sociais e políticos para uma abordagem das particularidades sociais, psicológicas e clínicas do cidadão e do meio no qual está inserido, com a busca da consideração de sua subjetividade para uma melhora na assistência (5). Isso se faz fundamental na clínica e nas propostas da Reforma Psiquiátrica.

A aprovação da Lei 10.216 de 2001, com a normatização das internações psiquiátricas e previsão de progresso da rede de atenção psicossocial - visando a garantia dos direitos dos portadores de sofrimento mental - (1) foram a mim comunicadas pela residência de Psiquiatria da Universidade onde eu cursava Medicina. Reforçavam-se, juridicamente, as propostas de transformação que já estavam em andamento.

Houve uma propulsão para projetos e portarias para a ampliação clínica, a desinstitucionalização dos usuários e sua reinserção social por meio de um sistema intersetorial e composto por serviços comunitários e territoriais de saúde (CAPS – Centro de Atenção Psicossocial) substitutivos ao hospital psiquiátrico, residências terapêuticas para os usuários que perderam o vínculo familiar, centros de convivência para ressocialização e ampliação de ações da saúde e suporte das equipes de saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) – apoio matricial. (1)

Hoje percebo o quanto o meu desejo pelo conhecimento em saúde mental me movimentou nas minhas construções pessoais. Mas percebo também como eu me envolvi com o contexto histórico e com a ampliação da clínica após eu me inserir na prática psiquiátrica e naquilo que é dela exigido no processo de reforma. Interessante perceber como as mudanças na assistência nos lançam a colocarmos em prática buscas para as quais, muitas vezes, não teríamos sido impulsionados no aprendizado técnico sem vivermos aquela dinâmica ou sermos sensibilizados para uma atenção a ela.

Minha demanda por enriquecer minha prática psiquiátrica com recursos psicoterapêuticos foi por mim atendida posteriormente, pois o acesso ao conhecimento e estudo do comportamento humano e da saúde mental estavam há tempos em meus desejos; mas inserir uma construção profissional voltada para a saúde coletiva, para os serviços substitutivos e reconhecer o meu papel nesse processo foi mobilizado, em mim, por uma mudança de perspectiva profissional a partir de um contexto de saúde envolvido por políticas públicas e debates de mudanças de paradigma, os quais me incentivaram na busca de novas construções.

1.1.2 A transição da vivência da clínica para a clínica da vivência

Em setembro de 2003 eu estava graduado em Medicina e em 2004 eu iniciei a residência de Psiquiatria em um hospital psiquiátrico estadual. Os debates sobre a reforma já tinham entrado na instituição. Conquistavam o espaço com o hospital dia, reuniões de equipe de enfermarias e planejamento de transformações no ambulatório com consequente ampliação de debates e enriquecimento da clínica.

Os residentes eram representantes de uma especialidade médica que necessitava reformular sua prática. Eu estava vinculado ao modelo biomédico e a minha formação profissional, mas sem resistência ao psicossocial. Porém, os enfrentamentos sofridos na dinâmica institucional hospitalar causavam atitudes defensivas dentro do processo da reforma. Ninguém negava os benefícios da desinstitucionalização, mas eu procurava argumentos clínicos e biomédicos para me defender da vivência de um peso histórico que recaía em mim por exercer uma profissão.

O contato tão direto com a área me anulou aquela postura de vivenciar a loucura como tragédia humana e me lançou, nessa

> *fase, a um encantamento pela psicopatologia, nosologia e psicofarmacologia. Esse encantamento me conduziu a uma capacidade técnica necessária e fundamental para a clínica, mas que posteriormente me exigiu uma ampliação dela.*

Isso me remete à Serpa Junior, et. al (6) e suas propostas de retomada da subjetividade como forma de contextualizar e individualizar o relato dos sintomas nas narrativas do usuário. De ampliar a clínica psiquiátrica para um contexto em que as vivências esmiúcem a descrição dos sintomas e em como eles são vividos e trabalhados em um redimensionamento subjetivo de quem os vive.

A Psiquiatria, no contexto da reforma, encontra-se em debates e paradoxos entre o modelo biomédico e psicossocial. Para Menezes e Yasui (7), há a necessidade de se viver um luto na prática psiquiátrica, a qual se reveste de um biopoder e normatização - a serem anulados - para que se assuma uma ação psicossocial criativa e territorial, sem a proteção do poder institucional. Além disso, os autores também pontuam a formação do Psiquiatra e a postura que o mesmo deverá assumir para que não adjetive suas ações como asilares ou normativas. Ou seja, se essa condição não existir, a prática psiquiátrica seria deletéria nessa transformação da assistência clínica.

Mas um trabalho psicossocial pode se tornar normativo se há uma busca de adaptação e controle de componentes sociais, profissionais e familiares em nome da aceitação social do usuário. Se houver mudanças no plano sociocultural - palco de uma tensão entre a exclusão e a aceitação (8) - a Reforma Psiquiátrica favorecerá o exercício social de quem se encontra excluído pelos parâmetros da saúde mental.

Trabalhar ações para dinamizar a clínica, a partir de uma abordagem psicossocial que reestabeleça o indivíduo em sua autonomia, além de considerar suas vivências, é algo possível. Mas o desenvolvimento científico traz uma causalidade e terapêutica médica que, se ignoradas na prática psiquiátrica, seriam formas de negligência. A causalidade dos quadros psiquiátricos está em componentes biológicos associados ao psicossocial, uma vez que os “transtornos mentais, sem exceção, são multifatoriais e que há

sempre uma combinação de fatores genéticos e ambientais (biológico e psicossocial) em suas causas" (9) (tradução nossa)[1] com variações em níveis de interferência de um fator sobre o outro de acordo com o transtorno avaliado.

Diante do paradigma que permeia a psiquiatria, um equilíbrio entre corpo e mente, objetivo e subjetivo é proposto por Serpa Junior:

> Por um lado, temos os riscos de uma objetificação extremada na produção do conhecimento da Clínica, que nasce necessariamente do acontecimento individual do sofrimento físico e moral, podendo levar a uma despossessão subjetiva tal que termina por perder de vista o próprio objeto deste conhecimento. E por outro lado, a necessidade de manter permanentemente em contato os aspectos mais abstratos e generalizantes do conhecimento com as experiências subjetivas de padecimento psíquico que os fundamentam, sem esquecer que estas últimas necessariamente se articulam em uma trama de enlaces intersubjetivos e se enraízam em um ambiente simultaneamente físico, cultural e histórico. O bom exercício da psiquiatria só pode acontecer mantida esta tensão constitutiva, sem soluções de facilidade em uma ou outra direção. (10)

> *Na minha história na Psiquiatria, ampliei a clínica de forma mais intensa quando iniciei a residência em Psiquiatria da Infância e Adolescência, em 2005, seguida por um aprofundamento na Fenomenologia e Humanismo na pós-graduação em Psicoterapia Humanista com ênfase na Abordagem Centrada na Pessoa, de Carl Rogers.* (11)
>
> *Na Psiquiatria da Infância e Adolescência, a mescla de quadros e sintomas com diferentes apresentações nas crianças, em relação aos adultos, foi uma porta de entrada para aquele aprendizado. Mas, logo me deparei com a dimensão das relações familiares, institucionais e do contexto social na constituição do sujeito e de sua subjetividade. Compreendi que a clínica psiquiátrica já está inserida no psicossocial, de forma assumida ou não.*
>
> *Na Psicoterapia Humanista, reconsiderei o poder da interação, do diálogo, da narrativa. A forma com que a pessoa especifica seus sintomas e se entrega, confiante na exposição de seus relatos, resulta em uma maior compreensão daquilo que está reduzido na descrição dos sintomas.*

[1] Mental disorders, without exceptions, are multifactorial in that there is always a combination of genetic and environmental (biological and psychosocial) factors in their causation.

Isso favorece a ação, o diagnóstico e a terapêutica, pois, segundo Heidegger, “a redução transcendental à subjetividade dá e garante a possibilidade de fundar na subjetividade e através dela a objetividade de todos os objetos (o ser deste ente) em sua estrutura e consistência”. (12)

> *Compreender a forma com que a pessoa era afetada e afetava seus sintomas trazia em mim um olhar particularizado em relação às queixas e as ações terapêuticas ficavam mais particularizadas. Autores como Jaspers* (13,14) *no estudo da Psicopatologia e da Fenomenologia eram por mim retomados na clínica, assim como ocorria a inserção de condições na relação terapêutica que promovessem o crescimento e autonomia do indivíduo, propostos por Carl Rogers.* (11)
>
> *A participação ativa do usuário ou paciente em seu processo já o empoderava, ajudava-o na tomada de consciência da sua recuperação. Ele se lançava em um ambiente de contato com sua subjetividade que não anulava ações medicamentosas, mas sua abordagem não se resumia a uma modalidade terapêutica. Eu percebia o indivíduo assumindo seu tratamento, aderindo aos medicamentos e compreendendo seu diagnóstico, mas antes disso a empatia e abertura para seu contato com suas experiências lhe davam uma apropriação maior de si e o ajudavam a compreender seu funcionamento com, sem ou apesar da doença. O tratamento passava a ser visto como um crescimento e sem uma postura tutelar que pode ser exigida na terapêutica.*
>
> *A empatia, aceitação incondicional e congruência* (11) *passaram a ser recursos utilizados por mim que favorecem a autonomia, recuperação, autoconhecimento e resolução de conflitos psicológicos na consideração da subjetividade na clínica e na caracterização daquilo que é sintoma ou vivência conflitiva, de acordo com os parâmetros clínicos que devem ser avaliados de forma particularizada com aquele que procura um atendimento.*
>
> *Claro que havia os momentos de crise ou de agravamento e intensidade de sintomas que dificultavam o acesso do usuário a outras dimensões além do quadro clínico, mas isso era temporário, até que ele respondesse a intervenções terapêuticas ou melhorasse por meio de instrumentos de comunicação e interação que promoviam no indivíduo algum grau de autoexploração para seu reposicionamento.*
>
> *Eis, para mim, o acesso e fascínio pela dimensão ampliada da clínica e a demanda pela pesquisa qualitativa.*

1.2 SOBRE A MEDICALIZAÇÃO, DIAGNÓSTICO E O BIOPODER

1.2.1 Medicalização e diagnóstico

> *Exercendo a clínica, principalmente da Psiquiatria da Infância e Adolescência, vivenciei intensamente as ações intersetoriais. Sentia-me envolto pela dimensão clínica psicossocial. Setores além da saúde se relacionavam com meu cotidiano médico e traziam desafios no diálogo entre os segmentos.*

A afirmação da corresponsabilização de setores se faz necessária, também nesse contexto, porque a psiquiatria é acionada a assumir um poder sobre áreas que extrapolam a saúde e resulta em um processo de medicalização nas dinâmicas institucionais diversas, com consequente interferência no exercício da prática clínica na rede de saúde mental.

Quando a apropriação da saúde por profissões ou instituições determina o modo das pessoas viverem e as condições para seu estilo de vida, com base em conceitos e normas estipuladas, afetando seus hábitos cotidianos no seu núcleo familiar, profissional e social, tem-se como resultado a medicalização. Para Conrad, “este é um processo sociocultural que pode ou não envolver a profissão médica, conduzir a um controle médico do social ou a um tratamento médico [...]” (15). A medicalização extrapola a ação clínica direta e atinge uma dimensão macrossocial.

No ato de “medicalizar”, há uma caracterização e enraizamento de termos médicos no cotidiano da população como uma fiscalização implícita que afeta a dinâmica social. Além disso, institucionalmente se propaga a medicalização ao se legitimar o poder médico na hegemonia de suas práticas e com abordagem de problemas sociais, por exemplo, pelo foco da saúde. (15)

Nesse processo, há componentes da saúde que trazem benefícios para a população. Mas a sua autonomia e liberdade necessitam ser exercidos, apesar das verdades instituídas.

Durante a revolução científica, coincidindo com a transição de uma sociedade feudal para burguesa, fatores econômicos e sociais culminaram com o progresso do comércio e de uma posterior produção industrial e capitalista. As mudanças sociais se refletiram em uma necessidade de recrutamento de força de trabalho ou produção comercial. A exclusão social de quem não se apresentava inserido nessa nova dinâmica se manifestava nos hospitais e em suas transformações, os quais recebiam um contingente de pessoas não necessariamente acometidas por doenças (16).

No final do século XVIII, no Hospital de Bicêtre na França, Philippe Pinel identificou como patologias e demandantes de tratamento as pessoas com alterações mentais e de comportamento. Nasce a Psiquiatria como uma área da Medicina, o que resultou em pesquisas para tratamentos e classificações diagnósticas.

Desde o surgimento da Psiquiatria, ela se responsabilizou pelo componente social da loucura que se disseminava nas demais instituições. Mas a perspectiva de tratamento nas ações de Pinel trazia a possibilidade da recuperação da razão e isso promovia uma proposta de inclusão com atitudes reformistas (8). Posteriormente as práticas terapêuticas desenvolvidas na interação com os pacientes foram gradualmente convertidas em ações de normatização com respaldo das instituições como uma possibilidade dos pacientes recuperarem a razão e o convívio social. (17)

A sequência do desenvolvimento técnico e científico e a transformação dos poderes institucionais sobre a saúde mental propiciou duas posições que se contrapõem em relação a Pinel e ao nascimento da Psiquiatria (17). A possibilidade de tratamento e de reinserção social por meio da recuperação daqueles agora classificados como pacientes (18) traz os benefícios da Psiquiatria. Por outro lado, ao caracterizar a loucura como doença mental, houve uma apropriação desta pelo saber de uma especialidade médica que pode moldar a subjetividade dentro do conhecimento científico e do controle social (19), o que se trouxermos para um debate da prática contemporânea, torna-se um instrumento de medicalização e legitimação do poder institucional dos hospitais psiquiátricos. Dessa forma, se as internações sem a Reforma

Psiquiátrica se associam a uma exclusão como desvio da proposta inicial de tratamento, este mascara aquele e a psiquiatria traz para si a responsabilidade de um aparato social de dimensões maiores do que a clínica. Na História, a sociedade é que excluiu e teve na Psiquiatria a legitimidade para isso.

O posterior desenvolvimento da categorização e classificação diagnóstica, na clínica psiquiátrica, adotou perspectivas descritivas dos sintomas ou na busca pelas suas causas. Padronizar, classificar, validar os sintomas eram focos do meio científico que davam força e consistência nas argumentações, apesar das divergências que recaem sobre o diagnóstico devido à dicotomia entre físico e psíquico, às validações científicas e aos componentes econômicos e sociais envolvidos. (20)

Em 1893, adota-se em vários países, pela primeira vez, a Classificação Internacional de Doenças (CID) e em 1948 ela passa aos cuidados da Organização Mundial de Saúde, classificando não apenas causas de morte (21). Os manuais diagnósticos facilitam o debate clínico, favorecerem a comunicação entre profissionais de saúde e padronizam a descrição de sintomas no meio científico e clínico. Mas, como prejuízo, fortalecem ações de classes profissionais que exercem um poder discursivo e lhes conferem autoridade.

Além disso, há também críticas a seu uso apenas descritivo na clínica, o que ignora as particularidades e os componentes fenomenológicos da psicopatologia no indivíduo que é acometido pela doença. As descrições clínicas podem causar uma “objetificação do transtorno mental” (6) por não traduzir experiências do adoecer para serem trabalhadas pelo profissional na abordagem do usuário.

Considerar a particularidade da vivência, os fatores pessoais e sociais que se encontram vinculados aos sintomas e reconhecer qual processo de ressocialização, readaptação e recuperação vivido por quem está em tratamento é uma forma de assumir um atendimento no qual todos apresentam uma postura ativa.

Para que a clínica psiquiátrica não alimente a medicalização, ela precisa abordar o que Tesser (22) considerou como uma doença daquele que está doente, ou seja, como ele vivencia e se posiciona diante de seus sintomas, diferente de um olhar restrito ao médico que enumera os sintomas e percebe a doença em uma descrição geral e não particularizada, o que tiraria a autonomia do paciente e o colocaria em uma relação de poder de difícil movimento e dinâmica na reconstrução da subjetividade.

Outra interferência na clínica em saúde mental é a exigência de diagnóstico em setores como a educação. Em uma exemplificação do que Conrad (15) considera como medicalização, temos o sistema educacional que se reveste da necessidade de diagnósticos para inserção de alunos em recursos pedagógicos - ação que tira do profissional da rede educacional a autonomia de particularizar abordagens e de exercer suas atribuições pedagógicas com liberdade.

As salas de recursos, propostas pelo Ministério da Educação para as escolas (23), são estratégias de grande importância para uma educação inclusiva. O acesso a elas está vinculado a diagnósticos como o de deficiência mental. A restrição do suporte educacional diferenciado a pessoas com determinados diagnósticos pode prejudicar a possibilidade de ações pedagógicas para outras crianças que delas necessitam, com consequente demanda de ações da saúde pelo sistema de educação como ponto primário para solução pedagógica e comportamental desse segundo grupo.

Até para se exercer direitos e poderes, há mobilizações pró-diagnóstico (24), como ocorreram em manifestações de entidades e associações para classificação do autismo como deficiência mental e garantia de seus direitos na sociedade. Portanto, mesmo com as discussões da neurodiversidade na sua proposta de que indivíduos autistas teriam diferenças a serem respeitadas e não restritas ao diagnóstico (24), houve a necessidade de um suporte classificatório da saúde em um processo de legislação para validar direitos de uma camada da população.

Os fatos relatados evidenciam a demanda pelo exercício clínico sobre contextos variados da sociedade. O processo de medicalização não ocorre de maneira unidirecional da saúde, Medicina, Psiquiatria para a sociedade, mas também por uma demanda e exigência de setores diversos pelo exercício das ações clínicas, extrapolando sua ação primária.

Cabe também ressaltar o papel dos psicofármacos na prática psiquiátrica e no tema da medicalização. Na década de 50, as pesquisas e desenvolvimento dos medicamentos psiquiátricos trouxeram novas perspectivas para a área de saúde mental. A melhora de sintomas e consequentemente do sofrimento, com o uso de medicamentos por quem estaria em tratamento, permitiria uma melhor recuperação e reinserção social. Indubitavelmente os psicofármacos beneficiam a saúde diante da perspectiva aqui descrita. Porém, os discursos de bem-estar a todo custo, as demandas e o consumismo de uma perfeição ilusória e de anulação das vivências conflitivas e questões existenciais inerentes à experiência humana extrapolam a saúde e reforçam as prescrições.

Qualquer sofrimento que faça parte da condição humana e que não necessariamente afete a rotina e a dinâmica global do indivíduo pode culminar em uma solicitação de medicamentos, a qual, se negada, gera uma esfera equivocada de negligência e pode colocar o psiquiatra em uma condição conflitante ou fortalecer uma prática que se distancia do componente psicossocial. Os indivíduos e a sociedade são ativos no que compõe a medicalização. (24)

Houve uma expansão extra-hospitalar da demanda por medicamentos. Os tratamentos psiquiátricos predominantemente hospitalares para quadros psicóticos e de deficiência mental se expandem para ambulatórios nas queixas de estados de ânimo – em nível de uma banalização da diferença vivencial com a patológica de um determinado estado de humor - que demandam medicamentos em um nível que extrapola a saúde para se atingir um bem de consumo produzido em um sistema capitalista. (25)

Na perspectiva de mercado, os sintomas vinculados ao estado de humor podem se apresentar como patológico e exigir tratamento diante de um sofrimento e componentes biológicos presentes, mas ressalta-se a medicalização no abuso da caracterização diagnóstica e nas condutas terapêuticas prescritivas diante de adversidades humanas como estresse, cansaço e tristeza. Essa situação está condicionada a “interesses da indústria farmacêutica, pela organização burocrática dos sistemas de atenção em saúde e em saúde mental e pelas necessidades construídas pelas expectativas culturais da modernidade e da sociedade de consumo”. (25)

Conforme citado por Hernáez (25)**,** caracterizações dos manuais diagnósticos como “agitação psicomotora quase todos os dias” ou “sentimentos de culpa excessiva ou inutilidade (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não as simples autocensuras ou autoculpabilização)” são transformados pela indústria farmacêutica, respectivamente, em “ansiedade e inquietude” e “sentimentos de culpa, inutilidade e insegurança”. Ou seja, vivências humanas são distorcidas e classificadas no mesmo nível de sintomas, com a promoção de um mercado de consumo na descaracterização do patológico. Além disso, a indústria pode, com o diagnóstico descritivo nas classificações, transformar sintomas em transtornos e ter a liberação e aceitação da venda e prescrição de medicamentos (20). Com isso, novas categorias diagnósticas são estabelecidas sobre comportamentos secundários a mudanças sociais que necessitam, na verdade, de um trabalho articulando áreas de conhecimento e análises sociológicas e antropológicas.

Todos os aspectos citados se relacionam com a Psiquiatria quando, como área médica, necessita se relacionar com o fator orgânico e biológico para receber sua credibilidade. O paradoxo é que ao inverter um posicionamento e assumir componentes sociais e subjetivos na caracterização de doenças e sintomas, ela é criticada por assumir um poder, sendo este o necessário para não reduzir o indivíduo a fragmentações científicas. A exigida ampliação da clínica precisa ser realizada com cautela para que não venha a invadir um contexto maior que aquele da saúde, com consequente interferência política e social de um processo de medicalização.

Na tentativa de ampliação do seu campo clínico, a psiquiatria termina por exercer o que dela é exigido em uma sociedade de controle (26) que usa o saber psiquiátrico em uma estruturação de verdades que limitam a sociedade.

A prática psiquiátrica se encontra em meio a um social que consome um bem-estar fabricado e por ele mesmo exigido e induzido por um sistema ilusório de autonomia, com escolhas individuais superficializadas e uma banalização da existência humana alimentada pelo próprio processo de medicalização inserido pela indústria e pelo sistema de saúde, com uma responsabilização reducionista da prática psiquiátrica por tal processo.

1.2.2 Biopoder

No nível da relação interpessoal ou institucional, o biopoder invade esferas que tiram a autonomia do indivíduo e o levam a um processo de subjetivação ao ser exigida sua adequação a uma verdade imposta por um saber (27), no caso o da saúde, que o classifica e o julga. Fatores sociais, econômicos e políticos colocam a Psiquiatria como a responsável pela legitimação das práticas de controle instituídas. Mas, a partir disso, a especialidade médica em questão assume esse papel, como vítima e algoz, pois a prática médica é alimentada por um poder por ela exercido e a ela delegado e exigido por uma população que o perpetua em uma dinâmica de dependência e passividade.

Componentes sociais, políticos e econômicos extrapolam a Psiquiatria, mas a ela se submetem por meio de um poder institucional para estabelecer a normalidade como uma forma de controle social, com a medicalização sendo a via régia para tal objetivo. As instituições legitimam o poder, impõem suas normas, determinam o modo de viver e por elas os profissionais se sentem respaldados para exercerem as relações de verdade no processo de subjetivação, no qual há sempre uma concordância implícita entre os participantes dessa interação.

O complexo sistema de poder e sua retroalimentação por quem sofre suas ações podem ser ilustrados no processo de medicalização descrito por Hernáez:

> [...] nos sistemas sanitários baseados na cobertura universal, o excesso de prescrição se reproduz como prática porque se torna adaptativo aos interesses da indústria e ao funcionamento burocrático dos sistemas públicos de saúde e a suas deficiências, como a falta de tempo para realização das consultas, o aumento progressivo da demanda e, por que não, a preeminência de protocolos e políticas sanitárias que, enquanto "personificam" a doença e os tratamentos, naturalizam as aflições humanas. (25)

Tais relações de poder são dinâmicas e legitimadas por todos os envolvidos (27) e assim podemos inferir possibilidades de reposicionamento de todos os que se encontram nessa relação.

No caso da Psiquiatria, a transformação da relação de poder na clínica é exigido devido às bases conceituais da Reforma Psiquiátrica. Porém, o poder do discurso se contrapondo à emancipação do indivíduo se apresenta sem restrição à Psiquiatria, mas sim em qualquer ação de saúde ou corrente teórica que se posicione como totalitária no sistema ou na dinâmica dos serviços de saúde mental. Além disso, o empoderamento do usuário e sua participação na dinâmica institucional são outras frentes a serem investidas no processo, para que haja mudanças nas relações de poder com a consequente subjetivação na assistência à saúde.

1.3 OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

> *Com a formação em Psiquiatria, trabalhei em CAPS (Centros de atenção Psicossocial) em municípios diferentes e em apoio matricial nas unidades básicas de saúde (UBS).*

Os CAPS são estruturados para o atendimento em nível secundário e terciário dos usuários em crise e tem a finalidade de substituir o hospital psiquiátrico, por meio de uma assistência psicossocial e interdisciplinar. Dividem-se em CAPS I, II e III de acordo com a estrutura e equipe, sendo o último com leitos para pernoite dos usuários, se necessário. Além disso, há uma estruturação de CAPS especializados em atendimento de crianças e adolescentes (CAPS-i) e de usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD). (1)

Com a proposta da reforma psiquiátrica, impulsionada pela Lei Federal 10.216, de 6 de abril de 2001 (1), há uma sequência do fechamento dos leitos psiquiátricos para abertura desses em hospital geral, além da expansão de uma rede psicossocial. Como recursos da rede, encontram-se centros de convivência para promoção de uma reinserção social e ampliação de ações da saúde e as residências terapêuticas para desinstitucionalização dos usuários que perderam o vínculo familiar.

O apoio matricial constitui, na rede de atenção psicossocial, um suporte da equipe de saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS), com um trabalho em conjunto entre as equipes. As propostas de ação para usuários e comunidade são discutidas entre as equipes e em atendimentos conjuntos entre o profissional da saúde mental e da equipe de saúde da família. (1)

> *Presenciei as particularidades de cada serviço e as dinâmicas de cada equipe. Trabalhei em diferentes CAPS e vivia as discussões embutidas em conteúdos clínicos e ideológicos na dinâmica crescente de constituição de um modelo, de uma proposta, de uma transformação. O discurso hegemônico era combatido, mas a prática o demandava, às vezes, pela dinâmica do serviço ou do sistema.*
>
> *Em alguns momentos, eu percebia que havia uma responsabilidade instituída sobre o médico no seu cumprimento de tarefas que o reforçavam no modelo biomédico, sem um aparato psicossocial que o respaldasse de abrir mão de uma centralização ou tutela. Nessas situações, sentia-me demandado naquilo em que minha função era criticada.*
>
> *O envolvimento da equipe era enriquecedor, apesar de eu ainda sentir, em alguns locais, uma disputa velada de classes profissionais. Os atendimentos ambulatoriais sobrecarregavam alguns CAPS e a centralização do serviço e atitudes tutelares*

> *eram discutidas constantemente para evitarmos um viés no processo da reforma.*
>
> *A ambivalência existia em uma crítica a medicamentos em contraste com uma excessiva demanda social e dos serviços de saúde pelas prescrições, o que afetava a dinâmica das unidades. Percebia uma patologização intersetorial do comportamento e a saúde sendo acionada para dar o aval por meio de diagnósticos e intervenções clínicas em setores que não estão submetidos ao sistema de saúde. A solução de queixas familiares e conflitos ou condição existencial podem se transformar em demandas de tratamento psiquiátrico que velam seus componentes sociais e educacionais e sobrecarregam um sistema de saúde mental que busca exatamente não estigmatizar.*

E como fica o psiquiatra em meio a toda essa dinâmica conflituosa?

Os problemas nos Centros de Atenção Psicossocial podem prejudicar o exercício biopsicossocial e reposicionar a clínica psiquiátrica em uma condição centralizadora. Maciel aponta como preocupações com o funcionamento dos CAPS:

> o aumento da pressão da demanda de serviços; a desmotivação/desmobilização de muitos trabalhadores diante da falta de clareza política do projeto de saúde mental do Município; a falta de clareza quanto ao projeto assistencial; e a falta de reciclagem e de articulação com outros serviços. Intimamente relacionados a essas questões, podem ser citados outros aspectos importantes, tais como: a separação do corpo técnico entre profissionais de nível superior e de nível médio; o grave recuo na forma de abordagem da loucura, em direção à disciplina e à norma; e a supervalorização do papel do psiquiatra e da medicalização. (28)

Essa supervalorização do psiquiatra e do medicamento apontadas não seriam contradições, para o profissional, diante de uma relação de poder foucaultiana? Neste poder do discurso, o psiquiatra seria por ele acionado e o exerceria por uma instituição clínica que retroalimenta o ato de assumir essa posição. E isso não o coloca como um desviante passivo da proposta e do projeto da Reforma Psiquiátrica, caso ele assuma um perfil de inserção nesse processo? E por outro lado, a psiquiatria ainda se reveste primariamente de um poder e ainda o assume e prejudica a reforma? Questões a serem respondidas

por quem vive o sistema no exercício de sua função. A necessidade de compreender o itinerário de outros psiquiatras está na busca dessas respostas.

Associados aos conflitos em relação ao sistema, à clínica e à dinâmica dos serviços de saúde mental, encontram-se também as dificuldades estruturais na transformação da assistência, na sobrecarga e precarização das condições de trabalho, na burocracia afetando a execução de projetos, uma centralização na saúde mental afetando os trabalhadores, a dificuldade em operacionalizar os serviços em comunhão com as diretrizes das políticas de saúde e a falta de investimentos financeiros. Esses fatores e problemas funcionais alimentam comportamentos hospitalocêntricos, reinternações e crises - com consequentes dificuldades no território - e estimulam o tratamento centrado nos sintomas e nos medicamentos. (29)

O funcionamento ainda não pleno de um modelo de assistência comunitária, não pela sua rica e importante proposta, mas pela dinâmica ainda em construção, não colocaria o psiquiatra envolvido com o processo em uma condição de álibi, devido ao histórico clínico e social da psiquiatria e da assistência hospitalar em saúde mental? Mais questionamentos são despertados diante do que é vivenciado pelo psiquiatra nesse contexto, para mais subsídios de compreensão e ação nessa dinâmica.

Expandindo a desospitalização para desinstitucionalização, torna-se necessário considerar fatores que extrapolem a dinâmica dos serviços substitutivos para alcançarmos a dimensão social da proposta. A centralização da Reforma Psiquiátrica no CAPS afeta a dinâmica clínica não apenas pelos problemas in loco, mas também por uma não mudança nas perspectivas sociais sobre o processo. Há, portanto, um risco de cronificação dos pacientes nos CAPS. (28)

A prática em saúde mental precisa, portanto, refazer seu discurso e suas ações devido às exigências da reforma psiquiátrica; assim como os serviços substitutivos precisam diversificar seu campo e desenvolver uma progressiva interlocução com setores que criem condições mais autônomas em relação à saúde. Assim, se as ações não se centralizarem nos CAPS e se estes não

assumirem uma postura tutelar, o cuidado poderá ser exercido promovendo uma independência do usuário. (30)

Há, portanto, a necessidade de ampliação prática da desinstitucionalização. Segundo Amarante:

> A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos [...] Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social. (31)

A atenção da Reforma Psiquiátrica para trabalhar a opinião pública, inclusive com campanhas informativas, associada às modificações da estrutura assistencial, para não reforçar o estigma, e um suporte legislativo para os portadores de sofrimento mental (28) são estruturas e pilares do processo, o qual é afetado, mas não restrito à ação psiquiátrica. Segundo Serpa Júnior (10), “a instauração e restauração do normal” seria o “restabelecimento de uma normatividade propiciadora da reinvenção das relações do organismo humano com o seu meio natural, social e cultural”.

> *Percebo hoje, em uma inserção nos estudos das Políticas Públicas e Saúde Coletiva, como as vivências de um microssistema refletem a dinâmica de um macrossistema. O processo saúde-doença constitui um aparato amplo de intervenções e isso nos traz um olhar clínico ampliado, inclusive para considerarmos as políticas, gestão, assistência e subjetividade como componentes de uma saúde individual e coletiva.*

1.4 OBJETIVOS

A Psiquiatria se encontra diante de um modelo de atenção no qual ela é solicitada e criticada, no exercício da clínica, de uma forma paradoxal. Os debates nessas mudanças na clínica psiquiátrica - diante da reforma da assistência em saúde mental - e de como tem sido seus entraves e progressos, promovem questionamentos em relação ao psiquiatra e refletem partes da dinâmica das equipes e das instituições públicas de assistência à saúde.

A compreensão desses conteúdos, problemas e soluções propostas pode estar entremeada nas vivências e itinerário de quem exerce a Psiquiatria na Rede de Atenção Psicossocial e representa um ator do processo da reforma. São fragmentos históricos que trazem, em si, as nuances da rotina clínica psiquiátrica no que dela é exigido diante da dinâmica do sistema público de saúde.

Por meio de narrativas, serão analisadas a inserção e trajetória de psiquiatras no SUS (Sistema Único de Saúde) e o que neles desperta o exercício da profissão.

Em um contexto macropolítico, nos últimos anos, houve divergências entre corporações médicas psiquiátricas, que alegaram uma recusa do sistema público de saúde nessa inclusão do psiquiatra, em contraposição ao argumento do Ministério da Saúde de haver 5.500 psiquiatras trabalhando no SUS e deste ser um número expressivo (relatório de 2011). (32)

Dados de 2013 apontam o número de 7.558 psiquiatras no Brasil (33), mas o Ministério da Saúde, em um estudo vinculado à Portaria GM/MS 1.377/11 (34) divulga a psiquiatria como uma das especialidades em carência e com dificuldade de retenção do profissional em áreas e regiões definidas pela Secretaria de Atenção à Saúde. Apesar de fatores políticos, sociais e econômicos envolvidos nesse panorama, dados do funcionamento do sistema público de saúde, fornecidos por quem nele exerce sua atividade profissional, promovem uma compreensão de motivos da rotatividade, a qual também é afetada pelo processo de trabalho e convívio entre os profissionais. (35)

Diante do cenário atual, é necessária a análise das entrevistas para compreensão das vivências e ações de psiquiatras, na atual conjuntura, diante de elementos variados do sistema e introjetados na subjetividade e história dos entrevistados - no ofício que se transpõe para um histórico.

1.4.1 Objetivo geral

Conhecer e compreender as experiências de psiquiatras no exercício de sua função e o que elas refletem em relação à rede de assistência pública em saúde mental.

1.4.2 Objetivos específicos

- Analisar como os participantes afetam e são afetados pelo sistema de saúde em sua profissão;
- Identificar elementos do sistema que estão introjetados na subjetividade e história dos entrevistados;
- Pesquisar, identificar e analisar possíveis facilitadores, dificultadores e causa destes no exercício das funções dos psiquiatras participantes nas suas trajetórias na rede de atenção psicossocial.

2. METODOLOGIA

2.1 DESENHO DO ESTUDO

(O campo, os participantes e o desenvolvimento metodológico)

Estudo de metodologia qualitativa, com a utilização do seguinte instrumento: Entrevistas abertas / Narrativas livres (entrevista individual) (36–39), conduzidas pelo pesquisador, de um número total de 6 psiquiatras em atividade, na rede pública de saúde.

Foram selecionadas as cidades de Belo Horizonte – MG e Campinas – SP. A primeira foi escolhida por ser o local onde resido e pela minha experiência de trabalho na rede pública de saúde mental do referido município. Além disso, foi em Belo Horizonte que cursei a minha residência de Psiquiatria Geral e da Infância e Adolescência, com minha inserção no contexto da reforma psiquiátrica e na rede pública de saúde mental.

Trabalhei como estagiário no período da residência médica e posteriormente, após a formação em Psiquiatria, na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte - em Centro de Atenção Psicossocial e em contato com ambulatório e apoio matricial na regional Nordeste do Município. Eu tenho uma vivência da dinâmica da regional e assim favoreceu um processo hermenêutico (2) nas entrevistas, além de conhecer dispositivos da rede na região.

A administração da saúde pública do município é dividida em regionais: Norte, Centro-Sul, Leste, Oeste, Noroeste, Nordeste, Venda Nova e Pampulha. Cada regional da cidade tem uma coordenação, a qual autoriza a pesquisa de acordo com o local em que ela será realizada e após o parecer do Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Membros da Coordenação da Regional Nordeste se reuniram comigo para que eu apresentasse o projeto da pesquisa e eles me apresentassem os nomes e contatos dos psiquiatras, após discussão dos critérios de seleção e restrição a eles para a apresentação dos profissionais da rede e para minha escolha.

Apesar da pesquisa ter sido realizada na Regional Nordeste, os entrevistados tinham experiência em outras regionais do município.

Belo Horizonte apresenta uma população, estimada pelo IBGE em 2016, de 2.513.451 habitantes (40). O município apresenta, de acordo com dados de 2015 (41), uma rede de saúde mental composta por 8 Cersam's (Centros de Referência em Saúde Mental) – unidades com funcionamento semelhantes aos CAPS; 3 Cersam's AD (atendimento de usuários dependentes de álcool e outras drogas) com 8 leitos; 2 Cersam's especializados em atendimento de crianças e adolescentes (com 4 leitos para pernoite ou hospitalidade noturna). Há 148 centros de saúde com profissional de saúde mental inserido nas unidades de Atenção Primária à Saúde. Além disso, há uma estrutura de atendimento de urgência e suporte aos Cersam's com 6 leitos - conhecido como SUP (Serviço de Urgência Psiquiátrica); 9 centros de convivência e 31 serviços de residência terapêutica, sendo 22 habilitadas. A rede também oferece residência em saúde mental (8 psiquiatras e 8 vagas para residência multiprofissional), oficinas de arte, incubadora de empreendimentos e consultórios de rua. Há 2 hospitais psiquiátricos estaduais no município que participam da rede assistencial em saúde.

Nos trechos das narrativas em que os entrevistados de Belo Horizonte citavam o termo "Cersam", este foi substituído por CAPS porque ambas as denominações designam unidades com o mesmo funcionamento dentro da Rede de Atenção Psicossocial. Com isso, houve um cuidado a mais em preservar o anonimato ao evitar situações que proporcionem a identificação dos participantes.

Outros 3 psiquiatras foram selecionados no município de Campinas. Com isso, pretendi analisar um contexto da rede assistencial diferente de Belo Horizonte. Além disso, a participação no grupo de pesquisa *Interfaces*, na Unicamp, colocara-me em um prévio conhecimento da rede pública de saúde mental de Campinas, o que favorece a interação com um contexto e consequentemente a dinâmica da pesquisa. Os critérios de seleção se mantiveram, mas a indicação dos entrevistados, em Campinas, foi feita por profissionais que trabalham na rede. Também em Campinas os entrevistados tinham experiência em unidades diferentes da rede.

O município de Campinas tem uma população estimada pelo IBGE, em 2016, de 1.173.370 pessoas (40). Conta com uma estrutura de 6 CAPS III – com leitos para pernoite); 4 CAPS infantojuvenil (2 CAPS I e 2 CAPS II); 3 CAPS AD - atendimento a usuários dependentes de álcool e outras drogas - sendo 2 CAPS AD III (com leitos para pernoite); 27 Centros de Saúde com profissional da Saúde Mental nas unidades de Atenção Primária à Saúde; Núcleo de Retaguarda com leitos em estrutura hospitalar psiquiátrica (Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira) e suporte (leitos) em Hospital Geral (Complexo Hospitalar Ouro Verde); serviços de urgência e emergência psiquiátrica na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC); Psiquiatras em Serviços de Atendimento Médico Municipal de Urgência e na Central Reguladora de Vagas. A rede também apresenta Centros de Convivência, Serviços de Residência Terapêutica, Oficinas de trabalho e geração de renda e Consultórios na rua (42). Há também residência de saúde mental na rede (formação profissional). O município também divide a administração da assistência em regionais: Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste.

Ambas as cidades foram pioneiras e desenvolveram, por sua vez, experiências importantes no curso histórico da Reforma Psiquiátrica. Apresentam uma ampla estrutura implantada, com dispositivos preconizados para o projeto da Reforma Psiquiátrica. Isso faz com que as narrativas se refiram a contextos já em considerável progresso na desinstitucionalização e na proposta em vigor para a assistência pública em saúde mental. Dessa maneira, os dados da pesquisa evidenciam experiências em um sistema que podem ser analisados por municípios que ainda construirão tal estrutura.

Foi determinado o número de 6 participantes para que houvesse uma distribuição igualitária de 3 psiquiatras por cidade selecionada e porque havia a intenção de selecionar profissionais divididos por 3 locais de trabalho em cada cidade, a saber: hospitais, Atenção Primária à Saúde (apoio matricial) ou ambulatório de saúde mental e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Pretendi, assim, diversificar os contextos de exercício da clínica psiquiátrica e, portanto, das narrativas.

Essa diversidade foi atingida quando, após a seleção dos entrevistados pelos critérios que serão descritos a seguir, os mesmos tinham experiência profissional em mais de um dispositivo da rede de assistência à saúde.

Os psiquiatras selecionados apresentaram, entre si, variações na faixa etária, tempo de atividade profissional e local de trabalho na rede assistencial. Participaram da pesquisa psiquiatras do sexo masculino e feminino. A partir desses critérios, trabalhadores e gestores da rede indicaram os participantes para que eu os escolhesse e assim evitarmos a indicação e posterior seleção motivadas por um prévio conhecimento e congruência entre as ideias e vivências daquele que seria escolhido e quem o indicou.

Os entrevistados participam da dinâmica dos serviços e estão inseridos em trabalhos com a rede e equipes, além de atividades acadêmicas vinculadas às residências médicas de psiquiatria nos CAPS ou Hospitais da rede.

Há participantes com formação e experiência também em Psiquiatria da Infância e Adolescência e com experiência em clínica psiquiátrica com usuários de álcool e outras drogas. Apesar disso, tais particularidades e especificidades surgem nas narrativas como complementos, uma vez que os relatos tiveram uma abrangência geral da rede e da clínica.

O número de 6 participantes permite uma situação de análise de cunho qualitativo, com aprofundamento da narrativa, a qual assume ampla dimensão de material. Não se enquadra, portanto, em critérios quantitativos dos participantes ou de saturação nas entrevistas, como são aplicados em outras metodologias.

O perfil dos profissionais selecionados está descrito no quadro a seguir:

	Sexo	**Idade**	**Tempo de Exercício da Psiquiatria**	**Setores delimitados pela pesquisa em que trabalha ou trabalhou na RAPS ou local de formação em Psiquiatria**
P1	Feminino	40 anos	3,5 anos	CAPS, Hospital Psiquiátrico, Hospital Universitário, Centro de Saúde (UBS)

	Sexo	Idade	Tempo de Exercício da Psiquiatria	Setores delimitados pela pesquisa em que trabalha ou trabalhou na RAPS ou local de formação em Psiquiatria
P2	Feminino	55 anos	32 anos	CAPS, Hospital Psiquiátrico, Hospital Universitário
P3	Masculino	40 anos	16 anos	CAPS, Hospital Psiquiátrico, Hospital Geral e Universitário
P4	Feminino	36 anos	10 anos	CAPS, Hospital Geral
P5	Masculino	46 anos	21 anos	CAPS, Hospital Psiquiátrico, Centro de Saúde (UBS)
P6	Masculino	47 anos	20 anos	CAPS, Hospital Psiquiátrico, Centro de Saúde (UBS)

Foi apresentado e por eles assinado o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. Houve a autorização dos órgãos administrativos responsáveis pelas unidades em que entrevistei os psiquiatras, com aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Unicamp e da Prefeitura de Belo Horizonte.

As entrevistas ocorreram entre maio e julho de 2016, na residência ou no trabalho, a critério do entrevistado, com um encontro com cada profissional. Cada dado da tabela com o perfil dos entrevistados corresponde a informações até a data de sua coleta. A duração das entrevistas variou de 27 min a 2h e 3 min. Era apresentado aos participantes o tema da pesquisa e solicitado a eles que relatassem sua história na psiquiatria e no exercício da profissão na atenção à saúde mental e no processo da reforma psiquiátrica. Perguntas com a intenção de um aprofundamento ou esclarecimento de temas narrados foram feitas após os entrevistados finalizarem, de forma específica, sua narrativa.

Os núcleos argumentais (frases que além de se referirem a um tema, buscam explicá-lo em uma construção de significados) (43) pesquisados e extraídos das narrativas foram vivências e experiências do psiquiatra em relação a: tratamento, diagnóstico e práticas clínicas; trabalho em equipe; Rede de Atenção Psicossocial; modelo de assistência em saúde mental; desinstitucionalização, instituições; medicamentos; visão da Reforma Psiquiátrica.

Após a coleta dos dados, os núcleos argumentais estabelecidos pela pesquisa e acrescidos pelas entrevistas foram organizados e agrupados - com o suporte do software NVivo 11 – em temas principais a partir dos conteúdos das narrativas, caracterizados como eixos temáticos. Foram eles: a formação profissional e sua influência na dimensão clínica em seus aspectos biológicos e psicossociais; equipes; medicamentos e medicalização; dinâmica da rede e de seus dispositivos; sucateamento da rede assistencial e Reforma Psiquiátrica.

As entrevistas ocorreram sem prejuízo na dinâmica do trabalho ou na rotina dos participantes. Não houve constrangimentos, mas sim fluidez. Os temas tratados e as manifestações foram livres. Entrevistei todos os participantes e isso me favoreceu aprofundar em seus itinerários e história, construir uma intersubjetividade nessa conciliação de intencionalidades em um conceito fenomenológico de se tomar consciência de algo.

Em uma abordagem fenomenológica (44), a verdade se forma a partir do que a pessoa vivencia diante do que se busca conhecer. Sua interação com o mundo faz com ela o reflita, explique a dinâmica e o que compõe o contexto quando ele se insere na sua concepção.

Diante desse mundo que constitui uma interação do meio com aquele que nele se encontra, inclui-se o outro. Há um encontro de duas ou mais subjetividades que promovem descobertas, esclarecimentos, ações. Algo que se quer conhecer passa a não ter uma definição alheia ao que o cerca. A interação faz com que o conhecimento de si e consequentemente do que ele se relaciona se encontrem em um círculo hermenêutico (2), no qual há uma compreensão recíproca e uma retroalimentação. Em cada interpretação e conhecimento, retoma-se o que dele se discute e experimenta, gerando novos

conhecimentos que se nutrem. O tempo passa a não ser cronológico para que traga representações atuais de fatos e interferências passadas ou na expectativa do futuro, estando o corpo fenomenológico como o abrigo desse conjunto de vivências e significados próprios.

O que se estuda, a partir de então, não é uma verdade imutável, mas uma dinâmica de se tomar forma, definições, causas e consequências a partir de como a pessoa toma consciência do objeto estudado, ou seja, lança-se em seu íntimo o significado daquilo. Eis a intencionalidade. (44)

Cria-se uma construção constante do saber. Bauman (45) alerta para o fato da Ciência trazer a revelação de algo no momento em que expõe diversos outros pontos a serem descobertos. O conhecimento não se encerra, mas se expande em demandas:

> [...] o aumento do conhecimento expande o campo da ignorância, que a cada passo rumo ao horizonte novas terras desconhecidas aparecem e que, para colocar a coisa de maneira mais genérica, a aquisição do conhecimento não pode se exprimir de nenhuma outra forma que não a da consciência de mais ignorância. (45)

Narrar e contextualizar o histórico, trazer em relatos o itinerário e revivenciar memórias foram fatores motivacionais para alguns dos participantes. O critério de exclusão definido foi a não concordância do psiquiatra em participar da pesquisa. Não houve a necessidade de exclusão porque os psiquiatras convidados, já em um primeiro momento, aceitaram a participação. Alguns até se posicionaram favoráveis à metodologia pela oportunidade de serem ouvidos.

Evidencia-se aqui a compreensão adquirida em uma intersubjetividade, na qual o narrador formula e se reformula e afeta o ouvinte em uma interseção de fatos e vivências diante do componente histórico. Ambos se afetam e passam a melhor compreender o que se aborda a partir de si e do encontro diante de um cenário evidenciado no ato de narrar. Entrevistar profissionais que exercem a mesma profissão e contexto de trabalho que o pesquisador promoveu uma interação produtiva na compreensão hermenêutica.

Em uma escuta empática, compreende-se as vivências, experiências existenciais e emoções que se lançam nos relatos e que foram evidenciadas nas prosódias e expressões. Ao fazer cada transcrição, era como um novo processo de escuta com consequente aprofundamento da minha compreensão, com benefícios para análise e resultados. A cada contato com as narrativas, havia uma maior caracterização da dinâmica profissional e das instituições - componentes de um sistema que ganhava seus contornos a partir de como ele foi vivido por quem colaborara para sua constituição e tem, em si, elementos por ele constituídos.

Esse processo de construção do conhecimento não é estático e promove um acesso à informação do que se estuda por meio de um tecer dos fatos ao associá-los e compreendê-los. Seria como um processo construtivo no qual a matéria–prima caracterizada pelo tema passa a ser definido não por uma existência independente, mas sim associada à subjetividade de quem a vive.

Objetos, pessoas e suas relações trazem a definição não apenas de partes a serem descritas e mensuradas, mas em como são vividas. Nesse momento, a inserção histórica e o que ela representa em quem fornece os dados introjetados e analisados trazem novos significados e compreensão para quem os analisa. A sequência desse processo de compreensão nos permite não cessar os limites do conhecimento, mas colocá-los em uma crescente construção e reformulação ao "saber que a jornada não tem um destino claro e, ainda assim, persistir na viagem" (45). Há, portanto, uma ampliação da discussão dos dados colhidos em uma narrativa naquilo que eles despertarão no interlocutor. Portanto, para o conhecimento, na transição da modernidade para a pós-modernidade:

> Em vez de dois limites e duas dúvidas, há uma despreocupada consciência de que existem muitas histórias que precisam ser contadas e recontadas repetidamente, a cada vez perdendo algo e acrescentando algo às versões anteriores. (45)

A forma que psiquiatras vivem a rede de saúde mental traz dados sobre o processo da reforma e o que ela provoca na vivência clínica deles. Como um sistema de saúde afeta e é afetado por pessoas que se encontram como atores nele.

Em um contexto histórico, a construção do conhecimento por meio de narrativas em um círculo de compreensão que se retroalimenta, entre os interlocutores, tem nos filósofos Hans-Georg Gadamer (2) e Paul Ricoeur (46) e em suas obras “Verdade e Método” e “Tempo e Narrativa”, respectivamente, as bases teóricas empregadas nesta pesquisa e serão abordadas em sequência.

2.2 HANS-GEORG GADAMER E A HERMENÊUTICA FILOSÓFICA

> *Na realidade não é a história que nos pertence, mas somos nós que pertencemos a ela.*
>
> (Gadamer)

O filósofo alemão Hans-Georg Gadamer nasceu em 1900 na cidade de Marburg e faleceu na cidade de Heidelberg no ano de 2002. Em seu histórico, foi orientado por Heidegger em sua dissertação em Filosofia e foi reitor da Universidade de Leipzig. Além disso, teve passagem pela Universidade de Breslau, Frankfurt-Am-Main e Heidelberg. Em 1960 publicou *Verdade e Método* (2), uma das obras a que me referencio, no presente trabalho, em relação à metodologia. (47)

Gadamer, em sua obra, questiona o conhecimento condicionado ao método. Para isso, o autor nos traz a discussão a respeito da compreensão, a qual não se constrói por uma absoluta neutralidade de quem busca compreender em relação ao que se estuda. O encontro de dois horizontes entre pesquisador e o que se pesquisa permite uma reconstrução, reavaliação, redimensionamento dos fenômenos que se investiga e interpreta.

Se a compreensão exige uma concepção, uma consciência prévia do que se estuda, então nela há uma contradição com um absolutismo do método cartesiano na busca de toda verdade. Não há um ponto de partida neutro, imparcial e desprovido de interpretações prévias no ato de compreender. Mas isso não significa uma desconsideração ao método científico, mas sim uma "necessidade de elaboração de metodologias mais apropriadas aos diferentes objetos". (48)

Nesse ponto se encontra a inovação de Gadamer nas questões referentes ao método. Hermenêutica é a "arte da interpretação" (48), da compreensão, da comunicação e da linguagem. A concepção tradicional da hermenêutica técnica como método da interpretação dos textos bíblicos, jurídicos e na filologia se expande com Gadamer para um contexto que também não se resume a uma compreensão empática que se faz do autor, mas sim para uma hermenêutica a partir de uma integração entre o emissor e o receptor da informação (49), nesse encontro de subjetividades que aprimoram o conhecimento por meio da linguagem, do diálogo e da história. (48)

A inserção em um sistema de valores culturais, históricos e sociais são bases para o exercício de compreensão, mas, para Gadamer, elas oferecem ao pesquisador interpretações prévias que afetam o que se quer compreender, já que há um fator motivacional e vivencial que direciona o agente da investigação (são o presente e os seus interesses os que levantam uma pergunta, momento em que a história - efeitual- afeta o pesquisador).

O compreender, de quem investiga, parte de um pressuposto que será reformulado e reavaliado na interação com as respostas do outro. As nossas definições linguísticas no sistema contextualizam o que se compreende, o qual, ao ser analisado, oferece respostas e transformações de valores para quem busca compreender, retornando seus novos pressupostos naquela relação hermenêutica por meio de um círculo. Retorna-se aos temas pesquisados sempre com uma nova compreensão de fatores envolvidos em reformulações de significados e aquisição de novas respostas.

Compreender a pessoa em relação ao seu ofício de psiquiatra, ou seja, o profissional em relação à psiquiatria e o que ela estabelece em um sistema

intensamente relacionado com fatores históricos traz, na linguagem e itinerários, recursos para se entender e identificar componentes da dinâmica de inserção do profissional em uma transformação assistencial em saúde, com reformulação, negação ou fortalecimento de pressupostos em uma integração vivências reveladoras de partes de um contexto do outro e de si.

Para isso, utilizou-se de uma pesquisa qualitativa e de narrativas porque "abordagens metodológicas tradicionais não tem sido suficientes para compreender os dilemas e impasses dessas novas práticas de saúde". (36)

Se para analisar e compreender, em um processo hermenêutico, considera-se a interpretação inserida em um contexto histórico associado à temporalidade e ao compartilhamento de perspectivas e horizontes (48), Paul Ricoeur - em sua obra *Tempo e Narrativa* (46) - discute essas variáveis.

2.3 PAUL RICOEUR: TEMPO E NARRATIVA

E quando eu tiver saído
Para fora do teu círculo,
Tempo, tempo, tempo, tempo,
Não serei, nem terás sido,
Tempo, tempo, tempo, tempo...
Ainda assim acredito
Ser possível reunirmo-nos
Tempo, tempo, tempo, tempo,
Num outro nível de vínculo,
Tempo, tempo, tempo, tempo...
("Oração ao Tempo" – Caetano Veloso)

Paul Ricoeur, filósofo com graduação pela Universidade de Rennes, nasceu em Valence, França. Seguiu sua formação acadêmica em Sorbonne, onde realizou seu mestrado e doutorado e foi professor na Universidade de Chicago nos Estados Unidos da América. Tempo e Narrativa, sua obra utilizada

nesse trabalho, foi lançada em 1983. O filósofo morreu em 2005, em Châtenay-Malabry, França. (50)

Para Ricoeur, a estruturação do discurso exige uma conexão de palavras e frases que ganham sentido no conjunto de informações, as quais atingem uma independência do autor ao serem apropriadas com novos significados pelas interpretações do leitor (49). Mas essa independência cria uma nova dinâmica na integração de horizontes entre autor e leitor ou interlocutor, retirando desse conjunto um status de opiniões alheias quando se tem uma compreensão pela interseção entre eles. Esse arco hermenêutico Gadameriano é rediscutido por Ricoeur a partir da análise das obras de Aristóteles (*Poética)* e Santo Agostinho (*Confissões - Livro XI)* em *Tempo e Narrativa* (46), com contribuições na metodologia das narrativas.

Para a compreensão dessas contribuições, há a necessidade da transposição do conceito de *Mimesis* em Aristóteles para a Tríplice Mimese de Ricoeur (36,46,49,51), pois se a tragédia é a imitação (*mimesis*) das ações dos homens, Ricoeur destaca três componentes nesse ato que culminam com um tecer a intriga e agenciar os fatos na constituição do enredo.

O primeiro componente dessa Tríplice Mimese (Mimese I) revela os fatos e suas conexões no contexto. Significa o que se apresenta, qual objeto e as ações envolvidas em uma relação de causa e consequência (36). São os fatores que existem no cenário e que interagem; os pressupostos que se apresentam e se transformam como componentes de um enredo. É a compreensão prévia, concebida por valores, normas e expectativas já inseridas, previamente, no senso comum daquele que narra e em quem escuta.

Mimese II seria o *Muthos*, a transição do que é preconcebido, do objeto dado para a construção da ação e sua representação na tessitura da intriga. Os objetos, “o que” são transpostos para um enredo na composição da narrativa. Na tessitura da intriga há a comparação, confrontações e reavaliações do objeto quando ele é descrito em uma trama representativa da prática. Assim ele será refletido no enredo construído e validado por uma tradução da ação que “é simbólica, está na cultura e, portanto, compartilha de uma articulação com o público: uma inter-ação”. (36)

A Mimese III é o encontro da narrativa ou da produção textual com o leitor ou espectador. É o encontro de perspectivas em que o leitor concilia ou confronta seus pressupostos para a reformulação da ação. Nesse momento ocorrem as transformações e reavaliações referentes ao que se estuda e a como isso se relaciona com o contexto, naquilo que foi exposto no enredo. Nessa intersecção de mundos ocorre a aplicação. (36)

O processo hermenêutico, então, se concretiza na tríplice mimese, com a interpretação integrada à história, na inserção contextual e com pressupostos reavaliados e reinterpretados para mudanças ou compreensão das ações. As diferenças nas interpretações podem ser confrontadas sob a base argumentativa, em uma complementação de realidades. (49)

Ricoeur, portanto, não caracteriza o eu como quem existe a partir da dúvida, conforme Descartes, mas sim como aquele que busca se conhecer e questionar esse ser pensante. A dicotomia sujeito-objeto, quem busca conhecer e o que vem a ser conhecido no método cartesiano, é substituída pelo conhecimento em que não há distinção total de ambos, uma vez que o sujeito é histórico, inserido na tradição e na linguagem. Nessa interseção, nessa identidade narrativa, o eu se reconhece naquilo com o que se relaciona,em uma interação que promove o conhecimento e legitima uma metodologia qualitativa.

Portanto, o início da narrativa não é racional, pragmático e exato. O início não é a “ausência de antecedente, mas ausência de necessidade na sucessão; o fim vem depois de outra coisa, seja por necessidade ou por probabilidade e o meio é uma simples sucessão”. (36)

Ricoeur analisa e conecta a *Mimese* e o tempo, presentes nas obras de Aristóteles e Santo Agostinho, respectivamente. Dessa maneira, reafirma-se a narrativa em condições de revelar e validar uma verdade:

> Ricoeur examina as condições de validade e de verdade na narrativa. Para o autor, pensar um elo de causalidade já é universalizar. A conexão interna é condição para a universalização: buscar no enredo sua coerência. Com- por a intriga já é fazer surgir o inteligível do acidental, o necessário ou verossímil do episódico. A atividade mimética compõe a ação; não vê o universal, fá-lo surgir. Se

> entendermos que inventar é em realidade redescobrir, chegaríamos assim a um conceito prospectivo da verdade. (36)

Após a explanação das correntes filosóficas, justifico o uso de narrativas para analisar itinerários históricos de psiquiatras no sistema público de saúde que, em um trabalho hermenêutico, evidenciam componentes, relações e dinâmica dentro de uma rede de atenção psicossocial e seu cotidiano.

3. RESULTADOS:

Psiquiatras trouxeram suas vivências e experiências da rede de atenção psicossocial com relatos tanto de períodos de implantação da reforma quanto de momentos do processo já em andamento. Relataram suas histórias com propriedade de quem está inserido na dinâmica da rede e dela participa, com um exercício concomitante ou em períodos distintos dos dispositivos do sistema público de saúde mental, com consequentes condições de entenderem a estrutura da rede e compararem os recursos oferecidos à população.

As narrativas mostram o quê o processo de reforma gera em suas vivências na profissão e a quê lhes remete assumir a psiquiatria nesse contexto. Além disso, permitem compreender informações da rede que extrapolam os dados do projeto da desinstitucionalização para o contexto de sua real dinâmica e funcionamento, com possibilidade de analisá-los por meio de informações provenientes de quem os vive.

Os núcleos argumentais foram trabalhados em uma construção sequencial e interligada dos seus eixos. Nos resultados descritos, mantiveram-se os temas estruturados nos eixos descritos na metodologia.

A Reforma Psiquiátrica visa transformar um modelo de atenção segregador que tinha na psiquiatria uma legitimidade que passou a ser discutida. Os dados colhidos são evidências do que se experimenta em uma prática e nos levam a refletir: sobre o que pode ser questionado no sistema como um todo e o que disso tudo se reflete, afeta e é afetado pelo psiquiatra.

3.1 “ERA UMA RESIDÊNCIA QUE TINHA A VER COM A REFORMA PSIQUIÁTRICA” (P5)

A psiquiatria nasce com Pinel, quando se insere o patológico e a descrição e classificação de sintomas em um contexto político e social de exclusão. O componente psicossocial já reveste a situação antes da inclusão

do olhar médico. Se há uma necessidade da ampliação da clínica psiquiátrica, isso seria um resgate. Ela já tem, em sua origem, o aspecto social e psicológico envolvidos.

Dados das narrativas evidenciam isso por meio da busca pelo conhecimento interdisciplinar na formação em psiquiatria e seu amplo campo de ação. Há uma demanda pela escuta e pela subjetividade, como evidenciado nos trechos abaixo:

> *É o contato com o ser humano. E eu fui jogada nesse universo, né? De, de, de ter contato com o sofrimento das pessoas e tal. E isso foi me mudando bastante e aí eu comecei a me apaixonar por medicina.* (P1)

> *O que você tem que fazer é muito da... da sua condição de trabalhar com o lado humano mesmo: gente sofrida.* (P2)

> *...quando eu quis ser um médico psiquiatra, eu sempre me interessei pela escuta.* (P6)

As narrativas apresentam uma intenção, em algum momento no histórico dos entrevistados, de conhecimento e formação em outras áreas além da medicina:

> *Eu gostaria de ter me aprofundado na leitura do Jung que não passou; não tive nenhuma liberdade para poder, é..., ter conhecimento, dentro da residência, da psicologia analítica Junguiana, psicodrama, essas outras vertentes, é..., de situações psicoterápicas. Não me foram dadas e eu senti nisso muita falta e recorri depois, é..., por conta própria.* (P6)

> *Na verdade era medicina ou psicologia, né? Eram as opções.* (P4)

Essas buscas apresentam uma abertura para a interdisciplinaridade:

> *Tinha feito várias disciplinas na psicologia, na filosofia, na, na letras e... e tinha feito iniciação científica na psicologia, com uma psicanalista.* (P5)

> *Eu acho que eu nunca tive a ex... na verdade eu nunca tive a, a, a, o, a experiência de ser assim um "psiquiatrão", tipo assim, mais formal...* (P5)

Mas também são pontuados fatores externos que interferem na formação do psiquiatra:

> *Quem ia trabalhar lá, tipo assim, tinha que ser um cara mais assim... que tivesse a... disposta a abrir mão um pouco, inclusive da identidade de médico, entendeu? "Medicão", assim... "pá"! Pelo menos naquela época!* (P5)

E construídas também pela especialização:

> *E aí pegava essa outra conexão que era uma residência que tinha a ver com a reforma psiquiátrica. Uma residência que tinha uma tradição de empenho, assim, de inserção na rede. A gente já fazia estágio na rede de saúde.* (P5)

> *É... tem uma vivência diferente porque, assim, é uma vivência de rede, de SUS.* (P3)

Se o modelo biomédico precisa se expandir para o psicossocial, na retomada da psiquiatria como uma área médica que não se desvincula de outras áreas do conhecimento, na complexidade do que se caracteriza como saúde mental, a formação exige um contato com essa dimensão. Conhecer e viver a rede e considerar a real ampliação da clínica psiquiátrica são ações consideradas:

> *O SUS não funciona assim com ambulatório. A saúde mental da reforma não funciona com ambulatórios especializados! Vai ler lá qual que é a proposta da RAPS [...] também trabalho com isso, protocolos: como que você trata bipolar, pânico - mas os pacientes você atende junto na rede.* (P3)

> *Os meus settings de aprendizado foram CAPS, interconsulta, é... uma enfermaria psiquiátrica em hospital geral, já embasada na...na reforma, né?* (P1)

> *A prova que eu fiz, para entrar na residência de saúde mental, era uma prova que perguntava o que que pra você é saúde mental; o que que é loucura; o que que é alegria; o que que você escolheria em termos de lazer; o que que você pensa que é amor; o que que é ciúme; o que que é ódio; o que que é pobreza; o que que é riqueza; o que que é raiva; o que que é competitividade; o que que é ética; o que que é paixão; como é que você escolheria amizade; entendeu? Quer dizer, mais uma avaliação de características de personalidade do que uma avaliação de conhecimento técnico ou conhecimento erudito, né? [...] É... será que existe algum tipo de formação que ajuda na formação da personalidade de quem vai exercer a psiquiatria? [...] Porque o que você trabalha é muito do... do, vamos dizer assim, da condição humana de trabalho.* (P2)

Mas sem desconsiderar a conciliação com o conhecimento médico orgânico e biológico, pois estes constituem uma assistência ao usuário por meio de um recurso diagnóstico e de terapia medicamentosa. A clínica psiquiátrica necessita do psicossocial, mas esse, por poder ser reduzido inadequadamente em algum momento, não pode assumir uma posição semelhante em relação ao biológico:

> *"Não, quando ele fica bem, ele não dá trabalho, mas quando ele para de tomar os remédios...". Eu falei: "mas é claro que quando ele parar de tomar os remédios ele não vai ficar bem, assim como qualquer doença".* (P4)

> *As pessoas esquecem que isso tudo que está acontecendo e as pessoas tão se com... comportando dessa forma e adoecendo porque tem alguma coisa no cérebro delas que não tá legal [...] a gente precisa de remédio pra, pra... né, pra chegar lá.* (P4)

Nas narrativas, há a consideração das mudanças na clínica psiquiátrica:

> *a reforma psiquiátrica, tipo assim, libertou os... realmente foi um processo de libertação dos pacientes, dos usuários, mas foi um processo de libertação dos psiquiatras de uma clínica horrorosa, de uma clínica feia, de uma clínica ruim, de uma clínica que fazia mal pros usuários, mas fazia mal pros psi... pros psiquiatras também!* (P5)

E a clínica centrada em um poder médico e hegemônico passa a ser uma designação vivenciada com incômodo por quem se insere na rede com a proposta de construir a clínica psicossocial:

> *Ele quer manter, né, o domínio da Medicina; ele quer retroceder as coisas e isso me, isso... aí isso eu fico muito irritada, assim, aí eu fico irritada com... - não é com paciente, não é com família, não é com ninguém – é com o serviço, com o serviço, com a... com esse discurso. Isso me incomoda, né?* (P4)

Cabe ressaltar, diante da dimensão clínica em saúde mental, que o próprio funcionamento do sistema e das equipes podem supervalorizar ações que restringem o seu componente psicossocial e colocam as funções construtivas do diagnóstico e do medicamento distorcidas diante das adversidades da assistência em saúde. Consequentemente, os fatores psicossociais são reduzidos em demandas biomédicas que extrapolam a Psiquiatria, mas que nela recai:

> *Então é interessante porque alguém vira e fala assim: "ah, vai internar o fulano, é... que é o fulano tal, ele tem um problema tal". Não, eu falo: "não, não, não, não, não! O problema do fulano não é esse! Ele pode até ser psicótico, mas o problema é a mãe dele"!* (P3)

> *Às vezes a pessoa vira e fala assim: "Ah, ele não tá melhorando! Será que não é questão de aumentar o remédio"?*

> *[...] ele não tem comida, a família não ajuda o paciente, a gente não consegue aceitar ele e o problema agora é o... é o remédio só. É o diagnóstico e o remédio que vai dar?* (P3)

3.2 "SE A EQUIPE TODA NÃO VIVER ISSO DESSA MANEIRA E NÃO TIVER DISPOSTA A SE AJUDAR, VOCÊ NÃO CONSEGUE FAZER" (P1)

Percebemos que há um paradoxo em demandas da área de saúde por ações psiquiátricas que prejudicam a esfera psicossocial da clínica. Paradoxos que também se refletem nas equipes de saúde mental - situação a ser observada nas dinâmicas dos serviços substitutivos.

Evidencia-se claramente a importância do trabalho em equipe no olhar dos psiquiatras entrevistados:

> *Uma coisa que foi... que eu me sinto bastante privilegiada é que a minha formação inteira foi com equipe multidisciplinar, né?* (P1)

> *Eu acho que eu, eu, eu curto mesmo essa, esse trabalho que é mais... a psiquiatria clínica inserida dentro da equipe de saúde mental, porque é isso que eu vejo funcionar.* (P1)

> *E aí o CAPS tem uma, uma forma muito diferente de, né, de funcionamento, que é um funcionamento muito, mui... o que para mim também deu supercerto esse funcionamento horizontal, né? Que a gente trabalha junto. É... com os colegas, né, não tem essa questão, né: quem dá alta é o médico, quem interna é o médico, né? Os técnicos de referência podem fazer.* (P4)

> *É, a, a gente vive muita coisa junto! Se a gente não conseguir trocar experiências e não conseguir se ajudar nesse tipo de situação, o seu trabalho você não consegue. Por mais estrutura que você tenha, por mais que você faça sua própria terapia,*

> *você não consegue porque no dia a dia quem tá ali com você é a, a, a terapeuta ocupacional da sua equipe, a assistente social que você vai conversar. Se to..., se a equipe toda não viver isso dessa maneira e não tiver disposta a se ajudar, você não consegue fazer, né?* (P1)

Porém, dois tipos de vivências são apontadas, nas narrativas, sobre o prejuízo na relação do médico com a equipe. O primeiro seria o da equipe em relação ao psiquiatra:

> *É... o trabalho lá é supergratificante desse ponto de vista. O pessoal sabe trabalhar junto, a gente ouve dizer que tem muitos CAPS que não aceitam o médico, é..., como um integrante da equipe, né? Que... onde a reforma é vista de uma maneira diferente: não como se o médico viesse para contribuir com seu saber, mas como se o médico viesse pra mandar e tudo e eu não tenho essa pegada, né? De..., é..., dessa coisa do absolutismo médico. Então, a gente sabe disso e lá não tem isso. Lá a gente é visto como membro da equipe, né? Que tem o seu saber e tudo mais e, e pra integrar mesmo e pra compor. E isso foi muito bom!* (P1)

> *É... uma certa banalização do, do psiquiatra, sabe? Assim, um, um, um... colocando o psiquiatra como um... meio que em segundo plano, né? Aqui to... toda uma... ve... né... essa horizontalidade - que eu não vejo problema nenhum e tudo. Mas é colocando mesmo, né, que aqui não, né, o,o médico aqui é... assim, às vezes usando termos até, assim, que eu, eu não as... achei extremamente desagradáveis, né?* (P4)

> *[...] eu tenho uma ó-ótima relação com a equipe, assim... realmente, num, não tenho um, um atrito nem pra te dizer, assim, pra te contar - mas nessas horas, esses comentários genera... sabe? [...] Que generalizam: "não, porque vem... aí vem o médico e entope o... o remédio"! Eu falei, falei: "peraí, mas que que é isso nesse 'vem o médico e entope?...'" [...] E, e, e na hora que, né, se eu der um remédio pra uma pessoa e ela tiver um efeito colateral raríssimo e e-evoluir pra um óbito, é o meu carimbo! Não vai ser o carimbo de mais ninguém, né? Então assim, é uma responsabilidade muito grande!* (P4)

> *Então tem essas coisas meio do tipo assim, sabe? Às vezes achar meio que um bode expiatório! Aí a coisa quando um bode expiatório, sempre vai ser um médico, em geral, né? A figura do médico!* (P3)

E o segundo, a do psiquiatra em relação à equipe:

> *É, é, é... eu não sei, talvez a nossa formação seja assim... a gente tende... é, a gente é ensinado que quem vai dar a palavra final é você; que, que tem... vai ter toda a visão é você; que o seu saber é o mais importante e o seu saber é o mais bem remunerado, né? E, e assim, você tem, é... e o cara que entra com essa pompa dentro de uma equipe de saúde mental, que tá ali lidando, ele, ela é... ele vai ser excluído, né? É...eu entendo que tem também muito ran... tem ranço que não se justifica, né? Mas também tem da nossa parte um pouco disso. Como eu não consigo trabalhar sem equipe; como eu não acho que vai dar certo trabalhar sem equipe, eu tento sempre me inserir, né? Assim, e... eu... também existe um esforço, da minha parte, de me inserir e eu acho que eu posso sim contribuir, mas que eu não faço nada sozinha. (P1)*

3.3 "OLHA, ISSO NÃO EXISTE! OU É A FAVOR OU CONTRA A PSICOFARMACOLOGIA? TEM QUE SABER USAR, ENTENDEU?" (P5)

Para que a Psiquiatria possa se inserir no campo da reforma e nas equipes de saúde mental, com a construção de práticas que conciliem os fatores biológicos com as novas práticas, os temas sobre medicamentos, prescrição e medicalização precisam ser discutidos nas amplas dimensões que os envolvem:

> *Eu acho que a reforma psiquiátrica amadureceu. Tipo assim: "ah, fica... ah, você é a favor ou contra psicofarmacologia"? Tipo assim: "Olha, isso não existe! Ou é a favor ou contra a psicofarmacologia? Tem que saber usar, entendeu"? (P5)*

> *Porque usa psicofarmacologia, usa psicopatologia como uma ferramenta que em algum momento pode ajudar, em outro momento até atrapalha, então você não usa! (P5)*

O uso consciente dos psicofármacos como ferramentas, descrito por um dos entrevistados, pode ser ilustrado em trechos de narrativas que apontam os medicamentos como um recurso necessário e que favorece o tratamento do usuário dentro da proposta da Reforma Psiquiátrica, com consequente prejuízo da assistência se falta tal recurso. Mas nas entrevistas também há relatos da atenção necessária quanto aos riscos e benefícios das classes de medicamentos e os cuidados e critérios para a indicação e uso:

> *Mas eu vejo a Psiquiatria dessa forma, hoje, no que diz respeito a antes e depois da luta antimanicomial. Foi essencial, foi uma libertação, foi um... uma, uma... uma interrupção de um, de uma forma extremamente cruel e, e, e completamente é, é, é perversa de se tratar um ser humano, numa época que realmente não tinha muito recurso - hoje a gente tem recursos medicamentosos que, né, jamais imaginaria."* (P4)

> *[...] pensar que ele toma a mesma clozapina que o cara toma lá na França ou nos Estados Unidos. Isso, a... isso para mim é luta antimanicomial, sabe? Isso é fazer diferente. Isso é crescer! Isso é proporcionar uma coisa diferente.* (P4)

> *Então assim, vocês vão ter que pensar que às vezes você passa um remédio tipo haldol, que custa pro, pra saúde pública R$ 5,00 ao mês ou então você passa um remédio que seja a olanzapina, que custaria R$ 600,00 ao mês. Não estou dizendo que todo mundo vai ter que tomar haldol por conta disso, mas vocês tem que saber isso, né? Por que que você passa um e por que que você passa outro?* (P3 – Relato de uma abordagem do tema sobre psicofármacos com os residentes).

> *Por exemplo, nós estamos vendo uma invasão de medicações caras que tem efeitos colaterais seríssimos, seríssimos.* (P2)

Além disso, a indústria e questões mercadológicas e políticas em relação aos medicamentos são citados como fatores de interferência no exercício da clínica, com desconforto para o psiquiatra:

> *[...] tem medicações que o governo diz "nós vamos dar" e dali a pouco "não vamos dar mais". Então, nossa!... É uma coisa absurda, né? E, e o governo autoriza que determinadas medicações não sejam mais produzidas e deveriam continuar sendo produzidas porque, vamos dizer assim, há pacientes que só... que só se dão bem com determinadas medicações. E aí, mas às vezes o laboratório, os laboratórios não tem interesse em produzir aquelas medicações porque elas estão extremamente baratas. E aí eles têm interesse em produzir aquelas que são mais caras.* (P2)

> *O laboratório fica feliz porque ele é um usuário de várias substâncias caras. É ótimo para o laboratório e péssimo para nós que temos que cuidar dele.* (P2)

Os relatos mostram que o reconhecimento dos benefícios da ampliação de opções de medicamentos não descartam o rigor necessário na escolha terapêutica e no risco e benefício a serem ponderados nas prescrições, as quais também são afetadas pela disponibilidade de medicamentos na rede.

Um critério do satisfatório funcionamento da assistência em saúde mental - citado em trechos das entrevistas - é a disponibilidade dos medicamentos na rede, pois a escassez desse recurso é apontada como indício de um sucateamento do sistema e afeta diretamente a clínica no sistema público de saúde:

> *Mas ainda existe a... a precariedade nos serviços do ponto de vista de que existem, principalmente, essas falhas na distribuição da medicação e na carência de medicamentos. Mas eu acho que isso é uma coisa no nível nacional, porque ah... existe a, a precariedade nos tipos, na qualidade dos medicamentos. Porque eu acho que está existindo essa restrição no... no... nas espécies de medicamentos porque existe o modismo, né?* (P2)

> *Então assim, eu vejo que falta remédio na rede.* (P4)

> *Pra você ter uma ideia, nós ficamos quase três meses sem termos clozapina na Secretaria Estadual de Saúde. Então imagina o que que é... o que isso representa para os pacientes. De repente, a gente chega e fala: não temos mais clozapina pra te dar, fornecer. Você vai ter que tá comprando. A maioria não tinha condições de comprar. E aí, o trabalho que era você produzir um tipo de medicamento desse se perde porque você tem que começar do zero, depois de retomar as coletas de sangue semanal e isso dá uma complicação muito grande. Então, eu vejo que também por esse lado projeto, ele não está se sustentando. Porque, a cada dia, nós estamos tendo um limi... uma limitação pra gente trabalhar.* (P6)

> *Pra você ter uma ideia, hoje, julho de 2016, [...] toda rede principal [...] nós não temos: prometazina. Nós não temos clorpromazina, levomepromazina, tioridazina, trifluoperazina. Nós não temos... não temos! Como é que a gente faz? Né? Não temos lítio. Nós não temos lítio! Os pacientes têm que estar comprando. Muitos não têm condições de comprar. Então, olha como a gente tá limitado por estar trabalhando nessa vertente da medicação, por exemplo.* (P6)

Ainda em relação aos medicamentos, a demanda por eles foram mais retratadas dentro dos serviços de saúde mental do que pelos setores da rede, no processo de medicalização:

> *A melhora se dá porque a equipe toda fez um trabalho - e isso é verdade, a equipe toda investiu e ele melhorou - mas aí esse, essa questão é, é... o sucesso é dividido entre todos. Agora quando tem algum problema, aí todo mundo: "ah, será que não faltou remédio? Ah, será que não faltou atendimento médico"? [...] Quando as coisas vão bem é um mérito de todo mundo, quando a coisa vai mal aí é porque faltou neozine, faltou o haldol. Tipo, haldol e neozine é o menor dos problemas do paciente nesse momento, né?* (P3)

3.4 “MAS A REDE, NO GERAL, ACHA QUE O PACIENTE PSIQUIÁTRICO PERTENCE AO CAPS” (P4)

Os setores da rede assistencial fazem com que a Reforma Psiquiátrica se restrinja aos serviços de saúde mental. Diante dos dispositivos da rede, o CAPS, equivocadamente, ainda é colocado como o núcleo da RAPS, com uma dificuldade de inclusão do usuário nos dispositivos assistenciais e integralidade do cuidado:

> *Machucou o braço, vai para lá, tipo pedem interconsulta da gente. Mas tipo assim: “não gente! O CAPS encaminhou para ver o braço dele! É pra Ortopedia ver o braço! Não tem nada a ver com a Psiquiatria”!*

> *Mas passou a noite inteira pra no dia seguinte a gente ver na interconsulta o paciente. Que era uma coisa para ver o braço, medicar ou pôr uma tala e mandar embora.* (P3)

> *E a própria rede de saúde ainda entende assim. Muitas vezes pacientes que estão em tratamento ambulatorial conosco vão, sei lá, tem uma fratura ou uma pielonefrite, vão para UPA, na hora de ir embora a UPA encaminha pro CAPS.* (P4)

> *É como se eles ainda pertencessem ao CAPS e isso é uma marca de que a luta antimanicomial ainda é, é... ela, né, é... os manicômios acabaram, mas eu acho que a sensação e essa forma de pe... se pensar sobre o paciente psiquiátrico, isso ainda não acabou por completo.* (P4)

> *...eu acho que a luta antimanicomial ficou muito circunscrita a, ao meio, né, ao meio médico, meio é... dos profissionais em geral de saúde mental.* (P4)
>
> *Mas a rede, no geral, acha que o paciente psiquiátrico pertence ao CAPS. Porque eles dão alta, eles mandam pro CAPS, né?* (P4)

3.4.1 “A dinâmica no centro de saúde poderia ser muito diferente” (P1) “Construir junto” (P5)

Um dos setores que também promovem essa centralização da clínica psiquiátrica na saúde mental é a Atenção Primária à Saúde.

Apesar de haver a percepção de resultados importantes no Apoio Matricial:

> *E eles vão, aos pouquinhos, percebendo que podem dar conta de tá ali conversando com o paciente; de estar medicando e entendendo um pouco mais da medicação, entendendo um pouco mais da saúde mental e também sendo influenciados, justamente pelo compartilhamento de informações nessas reuniões. Porque essas reuniões, o psiquiatra tá presente, o psicólogo tá presente, o assistente social tá presente. O médico começa a perceber o quanto que é bacana trabalhar em equipe e quanto que isso também é reconfortante.* (P6)

Há entraves que exigem uma construção de novas posturas em equipe para que a Reforma Psiquiátrica possa se expandir para toda a rede:

> *Equipe se desresponsabiliza muito, quando tem um psiquiatra no centro de saúde. Então, eu... eu fico meio em dúvida se... a... a... gente tem que andar entre a linha da desassistência e da responsabilização da equipe, entendeu? Não... eu tenho dúvida se é necessário um psiquiatra no centro de saúde. Eu acho que, na verdade, o que precisaria é... uma equipe responsabilizada no cuidado com a saúde mental. Ou, uma equipe que soubesse trabalhar com especialista em Saúde Mental, dentro da equipe. O que acontecia muito é que, chorou na triagem, é consulta com psiquiatra, né?* (P1)
>
> *Eu queria que a equipe toda se responsabilizasse por aquele paciente pra que a gente desse conta dele no centro de saúde. E eu me sentia muito pressionada, às vezes: “Ah não! Então interna! Então manda pro CAPS"!* (P1)
>
> *A dinâmica no centro de saúde poderia ser muito diferente. Mas não é, né? É uma dinâmica muito ambulatorial.* (P1)

E novamente a prática psiquiátrica e em saúde mental tem que buscar recursos de trabalho em equipe, comunitário, clínico e psicossocial para buscar os resultados. Os psiquiatras que já trabalharam ou trabalham com o apoio matricial / matriciamento relataram as vantagens da proposta. Também foram expostas questões para sua implantação e a necessidade de um processo de trabalho que promova uma adesão da rede à proposta:

> *Não chego lá pra ensinar ninguém. Pelo contrário, a gente chega para construir juntos, chega para construir juntos e tem sido muito bom, saca? Tem sido um trabalho bem bacana, assim.* (P5)

> *A gente faz esse encontro e nesse encontro a gente inventa, entendeu? Nesse encontro a gente tá ali pra inventar, não tá ali pra dizer: "oh gente, oh, é assim tá, assim que faz! É assim que é pra vocês fazerem"!* (P5)

Porque há a possibilidade de uma clínica que possa atuar preventivamente:

> *Eu acho que esse é o papel da saúde mental e da Psiquiatria: prevenir adoecimentos mais graves, tá? Eu acho que isso, por exemplo, pode ser uma ferramenta de trabalho muito importante para nós como um todo, entendeu? Eu acho que isso é a psiquiatria do futuro, para não dizer do presente...* (P2)

3.4.2 "Porque a gente vê o quê que aquelas paredes produzem" (P1)

Os problemas de funcionamento da assistência também se apresentam nos dispositivos específicos da saúde mental. As narrativas apresentaram as vivências das particularidades clínicas em um hospital psiquiátrico com a confirmação dos benefícios do serviço substitutivo:

> *Mas a própria equipe, que tava lá, dizia que a institucionalização tava naquelas paredes e não tinha como tirar aquilo.* (P1 – a respeito do hospital psiquiátrico)

Em seis meses, eu consegui enxergar o que aquela equipe já enxergava: que não dá! (P1 – a respeito do hospital psiquiátrico)

Que essa que vai ser a proposta que vai ser levada. E isso me deixa feliz e é a única, o único motivo pelo qual não saio de lá, né? Porque a gente vê o quê que aquelas paredes produzem. Assim, é uma coisa impressionante. Você vê uma pessoa é... regredir na sua cara, né? De chegar lá porque ela teve uma questão com outra pessoa da moradia e de repente ela tá no chão, né..., pegando coisa do chão e comendo porque ela teve experiência de hospital psiquiátrico anterior, né? (P1 – a respeito do hospital psiquiátrico)

Não existe reabilitação psicossocial dentro de um hospital. É.. você não consegue providenciar isso. É... o... a... internação psiquiátrica é cuidar de uma crise e de uma crise muito específica que não consegue ser cuidada no território. Porque CAPS é um lugar de crise, né? (P1 – a respeito do hospital psiquiátrico)

A gente começou a perceber que esse tipo de trabalho, do território, que a gente pegava pra gente, a gente cui... criava um vínculo dos pacientes com o hospital psiquiátrico que não era um vínculo saudável, né? Porque ali não é o mundo! Ali é um recorte, é... muito... é... limitado, né? E muito limitante pra eles, do mundo. (P1)

Assim... uma coisa mu-muito sombria, os corredores - você ia andando o povo ia trancando atrás - e aí chega na ala dele, é... aí eu... foi a única vez que eu vi essas cenas tão... que todo, né, assim, esse estereótipo de gente ra-rastejando no chão, comendo cigarro, comendo lixo. Porque nunca mais eu vi isso na minha vida, né? Mas lá eu vi! (P4 – a respeito do hospital psiquiátrico)

Claro que por mais que eu tenha tido uma formação psicanalítica, eu estava dentro de um Hospital Psiquiátrico, onde a maneira de se trabalhar era muito departamentalizada. E quando eu entrei para o CAPS, é como se aquilo ali os ingredientes se misturassem e não quando eu estava dentro, fazendo a residência os ingrediente eram separados. (P6)

Mas a rede de saúde mental retroalimenta a instituição hospitalar psiquiátrica:

> *Porque a maneira mais fácil, né, assim de, da rede lidar com isso é colocar no hospital psiquiátrico porque as pessoas vão reproduzindo... porque é a maneira mais fácil, né? Assim, de, da rede lidar com isso é colocar no hospital psiquiátrico... ah, ela não tem mais como cuidar... ela e o filho tão lá, então coloca lá e ninguém faz nada, né? Então, por isso a equipe começou a falar que hospital tinha que fechar. "Esse hospital tem que fechar"!* (P1)

> *Pelo histórico da rede, toda vez que se falava no Hospital Psiquiátrico todo mundo torcia o nariz, falava que isso é absurdo. A partir do momento que a equipe da retaguarda falou: "É! É verdade! É um absurdo, vamos fechar"; a rede toda se arrepia, né, e fala: "isso é um absurdo porque pra onde a gente vai mandar os nossos pacientes? Isso vai provocar desassistência"!* (P1)

> *E, assim, a gente enfrentou muita resistência da rede, muita! Foram... a gente fez um planejamento, chamou as pessoas, é... chamou... convocou a rede toda, centros de convivência, CAPS, tudo pra tá junto com a gente pra falar sobre o fechamento, né? E toda a reunião, todo planejamento a gente tinha que falar a mesma coisa, então: "mas não vai abrir leito em hospital geral"? E a gente falava: "a gente não tem governabilidade sobre abertura de leito em hospital geral. A gente vai fazer essas indicações".* (P1)

> *Em vez de elas investirem no PTS, chamar supervisão, chamar o... né? Fazer rede! Elas simplesmente mandam para lá e esquecem que o paciente tá lá, né? Então assim, não... não dá pra manter aberto e... e a gente tentou explicar isso pra rede.* (P1)

> *Agora, o paciente já é do CAPS, por que ele precisa ficar fazendo reinserção no CAPS, se ele já conhece? "Ah, vai ter que ficar"! Então fica mais duas semanas fazendo reinserção. "Gente, ele já conhece o caminho de olho fechado, entendeu"? Só que as pessoas entendem isso como clínica, né?* (P3)

A perspectiva de discussão do caso e articulação com a rede já geram fatores de prolongamento da internação psiquiátrica. Além disso, há a angústia em equipes de serviços substitutivos diante do fechamento de leitos no hospital psiquiátrico. A justificativa de reabilitação e entraves na comunicação entre equipes prejudicam a rotatividade de leitos, o que se evidencia nos relatos de psiquiatras que se mostram assumindo uma posição congruente com a Reforma Psiquiátrica, apesar de demandas desviantes da proposta provenientes da própria rede.

3.4.3 "Aproveite para tratar o paciente num lugar que tenha mais recurso porque a hora que você vai na rede, esse recurso não é tão disponível" (P3)

Dentre os entraves da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) está o prejuízo da alta hospitalar do usuário devido a problemas de sua articulação com os hospitais gerais:

> *Às vezes de precisar marcar é... reunião: "Olha, o paciente internou! Tá em crise! Tá aqui na enfermaria! Vamos marcar uma reunião"? "Vamos"! Ah, então, mas... oh, uma... a referência tá de férias, o outro é da, o outro da equipe tá descontando horas, o outro tá fazendo não sei... tá no congresso" ... eu falei: "tá, então quem que vê"?... "Ah, essa semana não dá"! E aí assim, então paciente vai ficar uma semana sem a gente discutir o caso e a gente é uma internação breve, que é o preconizado pela reforma, né?* (P3)

> *"A gente pode mandar pra vocês"? "Não manda para cá. A gente já vai avaliar" - esteja a referência lá ou não, vai ter o plantão que vai avaliar. Tem outros que, tipo assim: "olha, o paciente tá aqui, ele foi visto, mas ele, né, agora tá indo melhor e a gente gostaria que ele fosse pro CAPS". "Ah, mas eu não posso porque eu não tô com psiquiatra aqui, não tô com o médico aqui". Eu falei: "não, mas ele não precisa de médico. Ele já passou aqui. Inclusive ele já, né, eu já fiz até a receita, já até aumentei um pouquinho o remédio dele". "Ah, mas a referência dele tá aí, não tá aqui"! "Tá, mas você não tem plantão para recepcionar ele"? "Ah, aí não pode"! Então, tipo assim, "pô", então pra quê que serve um CAPS III que em tese é 24 horas? Pra receber os pacientes, né? Como tipo "ah, a referência dele não tá"? Quer dizer, ele é só paciente da*

referência ou ele é um paciente do serviço, né? (P3)

E em uma comparação com os demais dispositivos em saúde, há dados nas narrativas que mostram o diferencial do hospital geral em oferecer o suporte propedêutico, principalmente para comorbidades clínicas, de forma mais dinâmica que o restante da rede, além de apresentar internações mais breves:

> *Aí eles veem: "tem que levar no centro de saúde, tem que fazer papel, tem que voltar, não fica pronto no mesmo dia. Se você pede exame, demora uma semana pra vir". Aí eles: "nossa, mas é difícil"! Eu falei: "tá vendo? Por isso que eu falo para vocês: aproveite para tratar o paciente num lugar que tenha mais recurso porque a hora que você vai na rede, esse recurso não é tão disponível, né"?* (P3)

> *E aí é isso, por exemplo: "nossa, que difícil! Pedi o exame e falaram que perdeu. Vou ter que colher ele de novo" ... "nossa, mas já faz duas semanas"! Eu falei: "então, tá vendo? Quando a gente tá lá na internação, a gente pede, duas horas depois sai. Por isso que eu falo para vocês fazerem, né"?* (P3)

> *Porque lá, os pacientes eram vistos como um todo. A Neurologia acompanhava, a Endocrinologia acompanhava vários casos com a gente, né? A Neuro acompanhava também! A gente tinha muita parceria com a Geriatria, também. Era muito bacana, era uma parceria muito legal. Eles tinham uma equipe muito preparada pra isso e é... então, eu acho que, nesse ponto, todo mundo saiu ganhando - principalmente os pacientes. Eu acho que eles tinham acesso a, a, u-u-uma, uma medicina co-completa, né?* (P4)

Outro ponto destacado por profissionais que trabalharam ou trabalham em hospital geral é o tratamento com o enfoque em aliviar sintomas e reencaminhamento para outro dispositivo assistencial, uma vez que o hospital geral é um ambiente fechado e sem um recurso psicossocial como ocorre em outros setores da rede:

> *[...] tá na mesma com a, o, o ruim de ser um lugar fechado!* (P4)

> *No geral! É! Eles ficam separados, aí abre, eles se encon... de manhã, eles ganham uma... mais um retângulo pra andar. E aí na... às 3:00, né, a-abre de novo, mas aí tem as visitas. E também não tinha muito de final... também não tinha as oficinas, essas coisas não.* (P4)

> *Na verdade a pessoa deveria ficar internada o menor tempo possível porque é ambiente hospitalar, é infectado, é ruim ficar usando uniforme em... longe da família, comendo comida sem sal e sem açúcar, né? Né? Porque no CAPS eles podem, na medida do possível, circular [...] mas pode sair, pode fazer atividades externas. No, no hospital ele não pode, né? Ele fica literalmente fechado. Tem mais motivo para isso, tem uma indicação? Tem! Tá num momento de crise! É... uma crise que precisa de um ambiente hospitalar. Mas, mas é ruim, né? É, é, é insano você falar assim que é gostoso ficar em hospital, né?* (P3)

3.4.4 "O CAPS III, eu acho que ainda também é... tem umas certas complicações pro assistente" (P3)

Os entrevistados reconhecem a mudança que foi necessária para o modelo de atenção em andamento. Suas vivências apontam os problemas no sistema, mas com a confirmação de avanços. Apresentam em suas histórias a experiência de quem está na rede e a vive na rotina. Os problemas são variados e entre eles a sobrecarga de trabalho que dificulta o exercício da clínica:

> *Porque o CAPS III eu acho que ainda também é... tem umas certas complicações pro assistente, também. É muito... é, é muita sobrecarga pro médico assistente: o clínico ou o psiquiatra também, né?* (P3)

> *E eu acho que a gente não faz muita coisa por falta de recurso humano, né – é... muito paciente pra poucos médicos, pra poucos técnicos,* (P4)

> *Então de manhã hoje era meu ambulatório, mas só tinha eu de, de psiquiatra. Então acaba que eu viro retaguarda.* (P4)

3.5 "O QUE EU TENHO DISPONÍVEL NA REDE PÚBLICA PARA TRATAR OS PACIENTES, AO EXCESSO DE PACIENTES, À FALTA DE ESTRUTURA FÍSICA, ÀS DEMANDAS?" (P4)

Mas as questões a serem observadas e discutidas quanto ao funcionamento dos CAPS e sua desconfiguração também estão nos recursos a eles destinados e na estrutura para se trabalhar:

> *Eu vejo um sucateamento desses serviços substitutivos hospital, né? Como médico, eu também preciso ter minhas ferramentas de trabalho completas. Por exemplo, medicamentos. Então, cada momento nós somos surpreendidos, dizendo: olha, não tem mais este ou aquele medicamento. Isso também empobrece.* (P6)

> *E o que a gente vê é uma falta de investimento completa nos, nos recursos, né?* (P4)

> *O lanche dos pacientes foram cortados. Nós não temos mais café da tarde dos pacientes. Profissionais estão sendo demitidos, aqui no Caps. Nós não temos condições de agregar mais profissionais porque os pacientes, eles estão aumentando o número de pacientes nos serviços de saúde mental e no entanto os profissionais, eles estão limitados. Não temos mais como contratar. O concurso que teve o ano passado não se chamou ninguém pra trabalhar. Então, é um serviço que está ficando estrangulado. Estão sentindo um profundo desrespeito.* (P6)

> *Mas é uma informatização que toda semana nós não temos condições de registrar os atendimentos porque o sistema fica bloqueado. O sistema fica inoperante, às vezes uma manhã inteira, às vezes uma tarde, às vezes dias. Então as informações ficam perdidas para serem compartilhadas.* (P6)

> *Mas, é... do, no que diz respeito a condições de trabalho, né, a... a... o que eu tenho disponível na rede pública para tratar os pacientes, ao excesso de pacientes, à falta de estrutura física, às demandas? É... eu, eu realmente estou muito cansada.* (P4)

3.6 "O COTIDIANO DO SERVIÇO É QUE É ONDE ACONTECE OU NÃO A REFORMA" (P5)

A frustração e desgaste causam uma dificuldade de se exercer a proposta de uma ampliação da clínica psiquiátrica e se associa à descaracterização das propostas iniciais da reforma. E isso vivenciado por profissionais que participaram da implantação do modelo e também por aqueles que iniciaram suas atividades com o processo já implantado. Os relatos a respeito do CAPS têm variações nos períodos em que foram vividos, mas as queixas e frustrações são semelhantes:

> *Tava ali... quando nasceu, eu tava ali! E era lindo! Depois, o negócio foi... eu vi o negócio indo... descaracterizando e falei: "'pô', aqui perdeu um pouco o rumo, assim, dessa coisa do cuidado, do, da pluralidade de ações, de ter mil o-ofertas de ter um leque". O cara podia fazer isso ou aquilo, aquilo outro. Aí virou uma coisa que quase não tem oferta, os pacientes têm muito pouco alternativa, a coisa do, do, de ficar trancado começou a pegar dentro do CAPS também - ficar ali, não pode sair e tal [...] Não dá! Tipo assim, é... o CAPS que eu conheci não existe mais, entendeu? O CAPS que eu conheci, apaixonei de trabalhar aqui, acabou! Agora é outra coisa e não tá ficando bonito esse negócio.* (P5)

> *As equipes ficarem sem apoio, faltar... as equipes, o excesso de trabalho, sem espaço pra discussão clínica – "ah, não! Não*

> *pode fazer essas, essas oficinas porque não tem quem atende, então não pode te... você não pode s... parar de atender pra ir fazer oficina; porque tá sumindo os trabalhadores; cada vez tem menos gente".* (P5)

> *Em 7 anos, eu nunca consegui fazer uma oficina.* (P4)

E a descaracterização dos serviços não abandona a proposta, mas a coloca diante do que a própria reforma combate:

> *Tem práticas manicomiais, entendeu? [...] Tem essa coisa de... ai, é - imaginar uma coisa que é manicomial, por exemplo – aqui, ahn... ai o paciente, por exemplo, não tá com risco iminente, tem que perguntar para alguém da referência se ele pode sair para fumar ou ir lá "não sei o quê". Eu falei assim: "gente, abre o portão e deixa sair"! "Ah, mas da outra vez ele saiu e fugiu". Eu falei: "tá, mas assim, ele tá num risco iminente aqui ou ele tá ficando só por uma questão de... não tá... porque assim, ele vai começar a ficar nervoso".* (P3)

Os critérios para internação e observação próxima se perdem quando se tem três dispositivos para a mesma função: CAPS III, hospital psiquiátrico e hospital geral. As propostas ficam entremeadas e exigem uma rediscussão do papel de cada um ou do fortalecimento da rede substitutiva, este abafado pela presença hospitalar:

> *Só que é meio difícil saber: bom, então quando é que essa crise vira justificativa para você internar, né? São coisas que a gente tem discutido bastante, né? Então, por exemplo: ah, o paciente tá fugindo do CAPS, está pulando o muro e caindo! Vai ficar mais quanto tempo no leito noite pulando o muro e caindo? Será que é a questão de internar num outro lugar um pouco mais protegido? Será que é questão de rever o PTI dele, né?* (P3)

> *A gente vê assim que é uma minoria e nem todos estão aqui porque estão agressivos. Às vezes eles estão aqui por mil outras*

> *razões porque é, é tem pouco suporte familiar e aí eles saem errantes, porque é... não aderem ao tratamento, a família não consegue medicar de jeito nenhum. E aí ele tem que ficar aqui até... porque aqui a gente tem mais facilidade para medicar até estabilizar.* (P4)

Diante de todos os fatos abordados, as consequências são desgastes e frustrações que culminam com o risco de prejuízo da estabilidade do psiquiatra no sistema. E os fatores e motivos associados são vinculados ao funcionamento da rede e não a particularidades dos entrevistados. Por outro lado, há aqueles que ainda têm sua motivação respaldada pelo que a reforma proporciona, mas não deixam de levantar a necessidade de que ela seja retomada.

Os sentimentos e vivências referentes ao que a classe sofre são evidenciados por relatos como:

> *Mas eu vejo as coisas dessa forma e eu acho que, que nesse contexto de, né, da, da questão, do, desse, desse... dessa coisa do CAPS, às vezes eu vejo o médico s... é, é... muito como um algoz, sabe? Meio como uma sombra do, do, do sistema anterior.* (P4)

A sensação de carregar o peso de uma história política, social e de saúde, que toma forma em um representante de um sistema, vela os benefícios do psiquiatra na reforma. Mas isso no poder do discurso, uma vez que na prática, psiquiatras que estão envolvidos com a rede são atores presentes e participativos.

As vivências de participantes da pesquisa trazem conteúdos que extrapolam sua classe profissional e nos remetem a refletir alguns pontos para fortalecer aquilo que reconhecemos como necessário para o cuidado.

Quando se diz:

> *E eu estou me vendo a mesma situação, assim, eu já percebi que o meu tempo de CAPS chegou ao final, né?* (P4)

ou

> *Eu tô fechando esse ciclo, assim... foi muito importante, aprendi, foi maravilhoso pra minha vida profissional* (P5),

Surge a preocupação com os profissionais. São manifestações de pessoas que se envolvem com um modelo de assistência e que, por isso, tem base de argumentação. O cuidado do sistema com os profissionais e atores da RAPS não tem acontecido e isso afeta a reforma psiquiátrica porque atinge quem a implanta na assistência e quem dela se beneficia, conforme os relatos seguintes:

> *o cotidiano do serviço é que é onde acontece ou não a reforma, né? Ali no dia a dia. Tá ali no serviço, tá ali com aqueles pacientes, aqueles usuários, sofrimento mental intenso.* (P5)

> *mas eu acho que, na luta antimanicomial, eles esqueceram de uma coisa muito importante: que os médicos e todas as pessoas que estão ali, para poder bancar essa luta, né, e, e, e, que é a linha de frente - nós estamos aqui na linha de frente [...] eles esqueceram que nós também somos pessoas e nós estamos adoecendo.* (P4)

> *a luta, a luta antimanicomial, ela não é uma entidade por si só. Ela é um nome de uma coisa que é feita por gente e a saúde dessas pessoas foi completamente esquecida. Então é... isso é, é muito triste.* (P4)

São palavras que revelam um desgaste e se associam a narrativas sobre a necessidade de avanços:

> *Isso é muito pouco, né? A gente se propôs a uma coisa muito grande. O sonho foi muito grande. E foi feito muita coisa! Pra parar por aqui? Aí nã... aí ainda nem che... não é nem nadar e morrer na praia porque nem na praia nós não chegamos, assim, né?* (P4)

> *a luta antimanicomial, ela agora... ela, ela tem que seguir outros caminhos que eu não estou vendo. Porque se eu, eu, eu me propus a criar um serviço substitutivo ao manicômio, graças a Deus, eu tenho que oferecer pros pacientes algo realmente diferente do que eles faziam lá.* (P4)

> *e aí que eu te falo assim que eu acho que a luta antimanicomial, ela deu uma parada porque assim, tem o CAPS, mas o quê que a gente tá fazendo aqui no CAPS - a gente faz muita coisa, mas muita coisa mesmo, né? [...] Assim, pra devolver esse paciente pra a sociedade, pra ir a... né, contra o, o... esse sistem... esse sistema assis... né, essa forma assistencialista que abraça o paciente tanto que ele não quer mais sair desse* lugar. (P4)

Mas está presente a esperança em um processo que não acabou e que exige uma continuidade para se fortalecer e se reformular, para que siga na construção a que se propõe. Há, portanto, o reconhecimento dos progressos da Reforma Psiquiátrica:

> *a gente descobriu uma maneira muito rica de poder oferecer algo a mais pra aquele sujeito que está em sofrimento mental.* (P4)

> *Embora o corpo, ele sofra as marcas inexoráveis do tempo, mas o olhar da criança, ele permanece. E a gente precisa ter esse olhar da criança, da curiosidade, de aprender situações novas. Eu acho que isso na clínica da saúde mental é importantíssimo, valioso pra gente como profissional e também para o paciente.* (P6)

4. DISCUSSÃO:

Em um processo de análise das entrevistas, a vivência dos psiquiatras participantes nos demonstra que a formação psiquiátrica é de significativa importância para o tipo de prática clínica a ser exercida. O trabalho psicossocial, fundamental na prática psiquiátrica na rede de saúde mental (7), pode ser conciliada com a prática biológica na formação acadêmica por meio da aquisição de conhecimento de outras áreas que ampliam a clínica.A consideração dos componentes subjetivos do usuário, o que promove recursos para decisões na prática médica biológica (10), é possível se oferecidas institucionalmente ao profissional as condições necessárias para o exercício da dimensão da clínica. Um projeto terapêutico que acompanhe a doença que é vivida pelo doente (22) deve se apresentar como um todo na rotina dos serviços de saúde mental e de quem os integra, pois a clínica além do biomédico também é prejudicada pela própria RAPS que se descaracteriza em demandas por medicamentos e sobrecarga de trabalho que impedem o psiquiatra de exercer ações extraconsultório.

A valorização do modelo biomédico e da centralização na prescrição e diagnóstico (28) podem se apresentar na formação profissional, mas o próprio funcionamento das equipes mantém na prática o que se combate no discurso.

Além disso, os fatores econômicos e do funcionamento da rede de saúde no processo de medicalização (25) são evidenciados nas entrevistas. O benefício terapêutico, o cuidado com os critérios da prescrição, a interferências da indústria farmacêutica e das políticas referentes aos medicamentos, além da falta de psicofármacos na rede, foram relatados por psiquiatras entrevistados de uma forma consciente e crítica em relação ao tema.

Dados da pesquisa revelam que a indústria farmacêutica prejudica o sistema quando a disponibilidade de medicamentos no mercado não tem nos critérios clínicos a sua prioridade, mas sim nas questões econômicas e comerciais.

Quanto à medicalização (15) e em como os problemas na dinâmica assistencial afetam tal processo (25), os resultados revelam uma demanda da própria rede por medicamentos como condutas para contextos que extrapolam a saúde. Eis que colocam o psiquiatra em um papel central de prescritor na clínica em contraposição ao que se propõem as mudanças na assistência pública em saúde mental.

Fica evidente que quando as respostas terapêuticas não atingem níveis satisfatórios, as equipes e instituições recorrem aos medicamentos e a eles se vinculam, no projeto terapêutico, de forma a superdimensionar tal recurso de tratamento, conforme relatos de psiquiatras entrevistados.

Essa demanda do sistema de saúde alimenta o biopoder descrito por Foucault (27), além das dificuldades com os demais serviços de saúde na construção da rede assistencial que descaracterizam a proposta da Reforma Psiquiátrica e causam desmotivação dos profissionais, o que corresponde ao que Maciel (28) pontuou como problemas no funcionamento dos CAPS, os quais ainda estão em um papel centralizador na RAPS.

Há, portanto, na Rede de Atenção Psicossocial, motivos para descontentamento, sobrecarga de trabalho e desvalorização do profissional, os quais promovem alta rotatividade nos serviços de saúde. (35)

Outro ponto a se destacar é a de que a qualidade de um serviço está condicionada ao relacionamento satisfatório entre as pessoas (35). Assim, o trabalho em equipe deve ser construído, integrado e produtivo e sua necessidade foi reconhecida em trechos das entrevistas.

A relação entre os dispositivos da RAPS, descritas em trechos das narrativas, promovem ações hospitalocêntricas que se retroalimentam. Os entraves da rede (29) vem se solidificando nos problemas no processo de trabalho, nos recursos destinados à saúde e na estrutura assistencial. O fato é que dessa forma não se fortalecem as diretrizes da Reforma Psiquiátrica no sistema de saúde em geral.

As histórias narradas mostram o valor da reforma e a necessidade de se retomar a real proposta, a qual está se desfigurando e afetando todos os atores

do processo e de uma rede que precisa reforçar suas causas e as ações a que se propõe. A quebra dos limites dos muros hospitalares significa não haver limites externos para o restabelecimento do usuário e, para isso, o sistema já têm condições de expansão das ações intersetoriais e assistenciais.

A Reforma Psiquiátrica precisa se fortalecer nos próprios dispositivos criados para sustentá-la. Ter seus princípios retomados na rotina clínica das próprias unidades de saúde é necessário para seu progresso e posterior sequência de sua expansão, a qual significa uma resposta social à dita loucura que esteja além dos dispositivos de saúde. A amplitude social da exclusão delegada à Psiquiatria (8) não mais se disfarça em uma área médica, mas se expõe em todos os contextos que precisam de transformação. Há a necessidade da rede promover seus dispositivos, além de reaver e fortalecer, respectivamente, seus princípios e ações intersetoriais e na sociedade.

A partir disso, o que virá a ser a Reforma Psiquiátrica não dependerá apenas do sucesso dos novos modelos de cuidado, mas em como a sociedade vai lidar com os sujeitos em condições de diferenças e desvantagem social. (31)

5. CONCLUSÃO

Relatos, narrativas, experiências. Construtos pessoais que trazem em si fragmentos de análise de um contexto histórico. Não visa quantificar, mas compreender como que aquilo que foi implantado afeta quem nele se insere. Isso traz informações do profissional, do sistema, de como é vivido um modelo de atenção que sai de um planejamento para a prática.

Na análise de como psiquiatras vivenciam sua inserção na rede, fica claro que há particularidades que nos trazem dados de como elas se relacionam e ilustram componentes de um modelo público de assistência.

A mescla entre a vivência do profissional e o contexto em que ele se encontra se fez tão presente que as experiências que o sistema proporciona aos profissionais entrevistados foram descritas em condições de serem um reflexo de componentes do processo da Reforma Psiquiátrica atualmente.

Os participantes evidenciaram, em suas narrativas, as seguintes áreas temáticas: influências de sua formação profissional - com pontos positivos naquela que promove um desenvolvimento não apenas técnico-científico, mas que traga as propostas do SUS e da Reforma Psiquiátrica; o trabalho em equipe com sua importância, mas com as dificuldades pelo estigma que recai no psiquiatra; medicamentos e as interferências positivas e negativas na clínica uma vez que são recursos terapêuticos úteis, mas afetados por uma demanda enviesada na dinâmica das equipes ou por fatores socioeconômicos; problemas e sucateamento dos dispositivos da rede de saúde mental que prejudicam o funcionamento do modelo de atenção e causam desgaste e angústia.

A Reforma Psiquiátrica precisa expandir o enfoque intenso que se mantém nos quesitos vinculados à Psiquiatria para disseminar - socialmente e na rede intersetorial - a proposta.

Deve-se, portanto, dinamizar e aperfeiçoar o processo em nome dos usuários e dos profissionais. Há uma necessidade de reavaliação dos dispositivos, de estimular o recurso humano, fortalecer a rede de maneira a

corrigir algum viés que prejudique a saúde mental de completar sua função de reinserção, de permitir ao usuário se restabelecer.

Com isso, expandir-se-ão as transformações nos dispositivos de saúde mental não apenas na substituição à reclusão do hospital psiquiátrico, mas também na promoção de saúde.

Para tal finalidade, deve haver um planejamento de um modelo de assistência com atenção ao processo de trabalho, o qual implanta na prática o projeto. Corrigir aquilo que abala a motivação dos profissionais é o ponto de partida para a atualização dele, evitando o seu desgaste, rotatividade e retrocesso. Dos 6 profissionais entrevistados, um pretende sair da rede e outro se encontra desgastado e com intenção de não mais trabalhar no serviço substitutivo, apesar do seu vínculo com a Reforma Psiquiátrica. Além disso, um participante apontou que não iria para determinados serviços substitutivos por causa da dinâmica de trabalho em alguns locais.

Deve-se estar atento ao fato de que os problemas na rede, descritos na pesquisa, não estiveram associados a não adesão dos entrevistados à proposta do modelo de atenção vigente, mas sim a problemas que culminam em ações contrárias a ele. Dessa forma, pontos em que a prática dos psiquiatras é criticada são alimentados pela RAPS e desmotivam profissionais. Eles estão atentos às questões clínicas na Reforma Psiquiátrica, mas nem sempre tem condições oferecidas pela própria Rede de Atenção Psicossocial para exercê-la como preconizado.

Esses pontos evidenciam que há a possibilidade de inclusão do psiquiatra na rede por sua adesão à proposta, mesmo com as adversidades na dinâmica dos dispositivos e das equipes em relação a seu trabalho.

As entrevistas terem sido feitas por mim, também psiquiatra, promoveram uma escuta e fala entre pessoas que estão inseridas na rede e vivenciam a sua dinâmica em uma mesma profissão. Talvez por esse motivo, e um fator positivo, as narrativas tenham apresentado tempo e conteúdo que contemplaram os objetivos em uma interação que promoveu compreensões mútuas.

Foram escolhidos três dispositivos da rede para a pesquisa (CAPS, Atenção Primária à Saúde e Hospitais), mas outros de seus componentes não entraram na pesquisa e isso poderia ampliar os dados.

Como a pesquisa foi realizada por meio de narrativas de psiquiatras inseridos na rede do SUS, não há dados conclusivos a respeito da prática psiquiátrica em outros serviços de assistência à saúde que não sejam públicos. Além disso, há a ressalva de que houve a impossibilidade de melhora da amostra participante em relação a maior variação de idade, mas houve variação no tempo de exercício da psiquiatria.

Este trabalho será disponibilizado para que continue um círculo hermenêutico de compreensão, reformulação ou reforço de ideias, sentimentos, entendimentos e propostas. A compreensão e discussão dos temas abordados promovem a construção progressiva de dados e consequente possibilidade de ações favoráveis ao fortalecimento da rede.

6. REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Educa [Internet]. 2005;24(85):1–56. [acesso em 10 ago. 2016]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf
2. Gadamer H-G. Verdade e Método: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Meurer FP, tradutor. Giachini EP, revisor da tradução. Petrópolis: Vozes; 1999. 731 p.
3. Devera D, Costa-Rosa A da. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. Rev Psicol da UNESP [Internet]. 2007;6(1):60–79. [acesso em 10 ago. 2016]. Disponível em: http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewArticle/46/87
4. Barros S, Salles M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. Rev da Esc Enferm USP. 2011;45(2):1780–5.
5. Ferreira Neto JL, Kind L, Pereira AB, Rezende MCC, Fernandes ML. Usos da noção de subjetividade no campo da Saúde Coletiva. Cad Saude Publica [Internet]. 2011 Maio;27(5):831–42. [acesso em 10 ago. 2016]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000500002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
6. Serpa Junior OD, Campos RO, Malajovich N, Pitta AM, Diaz AG, Dahl C, et al. Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário. Physis Rev Saúde Coletiva [Internet]. 2014 Dez.;24(4):1053–77. [acesso em 16 set. 2016] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000401053&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
7. Menezes M, Yasui S. O psiquiatra na atenção psicossocial: entre o luto e a liberdade. Ciência & Saúde Coletiva. 2009.
8. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. 2002;9(1):25–59.
9. Caetano D, Cahill J, Guimarães LAM. Associations, causation and model in psychiatry. J Bras Psiquiatr [Internet]. 2009;58(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852009000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=en
10. Junior OD de S. O papel da psiquiatria na reforma psiquiátrica. Cien Saude Colet. 2011;16(12):4675–83.
11. Rogers CR. Tornar-se pessoa. 6th ed. Ferreira, MJC; Lamparelli A, tradutores. São Paulo: Martins Fontes; 2009. 490 p.
12. Heidegger M. O fim da filosofia e a tarefa do pensamento. In: Conferências e escritos filosóficos. Coleção Os pensadores. 4. ed. Stein E, tradutor. São Paulo: Nova Cultural; 1991. 241 p.
13. Jaspers K. Psicopatologia geral. Vol 1. Reis SPA, tradutor. São Paulo: Atheneu; 1973. 670 p.
14. Jaspers K. Psicopatologia geral: Psicologia compreensiva, explicaiva e fenomenologia. Vol 2. Reis SPA, tradutor. São Paulo: Atheneu; 1979. 1028 p.
15. Conrad P. Medicalization and Social Control. Annu Rev Sociol [Internet]. 1992 Ago;18(1):209–32. [acesso em 30 set. 2016]. Disponível em: http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.so.18.080192.001233

16. Amarante P (org.) . Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP; 1995.

17. Roberto De Almeida Gama J. A constituição do campo psiquiátrico: duas perspectivas antagônicas. 2012;19(1):139–55.

18. Swain G, Gauchet M. Madness and Democracy: The Modern Psychiatric Universe. Princeton: Princeton University Press; 2012. 323 p.

19. Foucault M. História da loucura na idade clássica. 6th ed. Netto JTC, tradutor. São Paulo: Perspectiva S.A.; 2002.

20. Miranda-Sá Júnior LS. O diagnóstico psiquiátrico ontem e hoje. E amanhã? Rio de Janeiro: ABP Editora; 2010. 624 p.

21. Laurenti R. Pesquisas na área de classificação de doenças. Saúde e Soc. 1994;3(2):112–26.

22. Tesser CD. A biomedicina e a crise da atenção a saude: um ensaio sobre a desmedicalização [Internet]. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva]. Universidade Estadual de Campinas . Faculdade de Ciencias Medicas; 1999. [acesso em 10 agot. 2016]. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000199171

23. Ministério da Educação (Brasil). Programa implantação de salas de recursos multifuncionais [Internet]. Mec. 2016 [acesso em 20 out. 2016]. Disponível em: www.portal.mec.gov.br

24. Gaudenzi P, Ortega F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. Interface - Comun Saúde, Educ [Internet]. 2012 Mar;16(40):21–34. [acesso em 15 set. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

25. Hernáez ÁM. A medicalização dos estados de ânimo. O consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições. In: Caponi S, Verdi M, Brzozowski FS, Hellmann F, editors. Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. 21. ed. Palhoça: Ed. Unisul; 2010. p. 111 a 134.

26. Deleuze G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: Conversações: 1972-1990. Pelbart PP, tradutor. Rio de Janeiro: 34; 1992. 219-226 p.

27. Foucault M. Foucault M. Microfísica do poder. 4st ed. Machado R, tradutor. Rio de Janeiro: Graal; 1984.

28. Maciel SC. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. Cad Bras Saúde Ment. 2012;4(8):73–82.

29. Sampaio JJC, Guimarães JMX, Carneiro C, Garcia Filho C. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. Cien Saude Colet. 2011;16(12):4685–94.

30. Stockinger RC. Reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas humanistas e existenciais. São Paulo: Vozes; 2007. 128 p.

31. Amarante P. Novos Sujeitos , Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. Cad Saúde Pública. 1995;11(3):491–4.

32. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010 [Internet]. janeiro. 2011 [aceso em 19 jan. 2017]. p. 106. Disponível em: http//:www.bvsms.saude.gov.br

33. CFM, CREMESP. Demografia médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição, V. 2. Scheffer M, Cassenote AJF, Biancarelli A, coord. São Paulo:

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina; 2013. 256 p.

34. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.377, de 13 de junho de 2011 [Internet]. 2011 [acesso em 19 jan. 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1377_13_06_2011.html

35. Stancato K, Zilli PT. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de saúde: uma revisão de literatura. Rev Adm em Saúde. 2010;12(47):87–99.

36. Onocko Campos RT, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. Rev Saude Publica [Internet]. 2008 Dez.;42(6):1090–6. [acesso em 30 set. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600016&lng=pt&nrm=iso&tlng=em

37. Minayo MCDS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Cien Saude Colet [Internet]. 2012 Mar;17(3):621–6. [acesso em 10 set. 2016]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

38. Duarte R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. Educ em Rev. 2004;(24):213–25.

39. Muylaert CJ, Sarubbi Jr V, Gallo PR, Neto MLR. Narrative interviews: an important resource in qualitative research. Rev da Esc Enferm da USP [Internet]. 2014 Dez.;48(spe2):184–9. [acesso em 30 set. 2016] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000800184&lng=en&nrm=iso&tlng=en

40. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. No Titl [Internet]. 2016 [acesso em 19 jan. 2017]. Disponível em: http//: www.cidades.ibge.gov.br

41. Coordenação de Saúde Mental, GEAS/SMSA. A rede de saúde mental de Belo Horizonte 2009/2015. Por uma sociedade sem manicômios [slides]. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte; 2015.

42. Magalhães RO da S. Dos indicadores às narrativas de vidas: a internação em hospital psiquiátrico no contexto de uma rede substitutiva [Internet]. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] - Unicamp; 2016. [acesso em 20 set. 2016]. Disponível em: www.bibliotecadigital.unicamp.br

43. Campos RO. Fale com eles! o trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. Physis Rev Saúde Coletiva. 2011 Dez.; 21(4):1269–86.

44. Dartigues A. O que é a Fenomenologia? 3. ed. Almeida MJJG, tradutora. São Paulo: Centauro; 1992. 174 p.

45. Bauman Z. Modernidade e ambivalência. Penchel M, Tradutor. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1999. 334 p.

46. Ricoeur P. Tempo e narrativa: Tomo I. Cesar CA, tradutor. Campinas: Papirus; 1994.

47. Casanova MA. Hans-Georg Gadamer: A compreensão em jogo ou o jogo da compreensão. Mente, Cérebro Filos - o século XX. São Paulo; (11):58–65.

48. Araújo JL de, Paz EPA, Moreira TMM. Hermenêutica e saúde: reflexões sobre o pensamento de Hans-Georg Gadamer. Rev da Esc Enferm da USP [Internet]. 2012 Fev.;46(1):200–7. [acesso em 10 set. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100027&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

49. Gentil HS. O que é interpretar? O mundo da ação e o mundo do texto. Mente,

Cérebro Filos - o século XX. São Paulo; (11):16–25.

50. Gentil HS. Paul Ricoeur: A presença do outro. Mente, Cérebro Filos - o século XX. São Paulo; (11): 7–15.

51. Levy D. A identidade narrativa: Conhecer o si-mesmo é narrar sua história. Mente, Cérebro Filos - o século XX. São Paulo; (11):50–7.

7. ANEXOS

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: PSIQUIATRIA EM ANÁLISE: RELATOS E EXPERIÊNCIAS DA
PRÁTICA PSIQUIÁTRICA.
Pesquisador: Rodrigo Mendes D'Angelis
Orientadora: Dra. Rosana T. Onocko Campos

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa que
será realizada com fins acadêmicos como subsídio para dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Unicamp. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pretende assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

A pesquisa tem como objetivo analisar as experiências, percepções e vivências de psiquiatras no exercício da sua atividade na rede de atenção psicossocial (RAPS) / serviços públicos de atenção em saúde mental.

Sua participação se dará através de entrevista individual/narrativa, que será áudio-gravada e transcrita pelo pesquisador. Haverá abordagem de temas como tratamento, diagnóstico, práticas clínicas em um modelo biopsicossocial, trabalho em equipe, rede de atenção psicossocial, modelos de assistência em saúde mental, desospitalização e temas que o entrevistado queira abordar dentro de sua narrativa sobre o conteúdo da pesquisa. A transcrição das gravações respeitará a veracidade e originalidade dos discursos e a preservação da identidade dos autores das falas.

A participação na pesquisa não oferecerá nenhum tipo de prejuízo ou risco direto para os participantes, em nenhuma fase do estudo e não haverá valor econômico a receber ou a pagar pela sua participação na pesquisa. O entrevistado não terá custos com transporte para as entrevistas porque o deslocamento será feito pelo pesquisador até o local estipulado pelo participante. Poderá, eventualmente, haver algum constrangimento decorrente da exposição de opiniões. Você tem a liberdade de se recusar a participar em qualquer fase da pesquisa. A pesquisa poderá ser divulgada em revistas, congressos, meios eletrônicos ou ser apresentada em eventos científicos e instituições, adequada ao cumprimento de seus objetivos e resultados esperados, além de sua apresentação como dissertação de mestrado (proposta inicial da pesquisa).

Não haverá benefício direto aos participantes além de sua manifestação e expressão de suas vivências na entrevista, mas se espera que este estudo traga contribuições importantes para o desenvolvimento de debates e propostas sobre os temas e seus desdobramentos, apresentados na dinâmica e trajetória narrada pelos profissionais entrevistados e com possibilidade de ainda não terem sido total ou parcialmente expressos ou explorados no sistema de saúde, visando seu melhor funcionamento.

Os procedimentos adotados obedecem aos critérios de Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Dúvidas relacionadas à pesquisa serão esclarecidas pelo pesquisador pessoalmente ou pelo telefone: (31) 98878-5687. Em caso de denúncias e/ou reclamações referente às questões éticas do estudo, você pode entrar em contato o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unicamp: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP: 13083-887 –Campinas/SP; telefones (19) 3521-8936 e fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa e de ter recebido cópia deste termo de consentimento, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa:

Nome do (a) participante:
_____,

Data: ____/_____/_____.

(Assinatura do participante)
_____

Data: ____/_____/_____.

_____
(Assinatura do pesquisador)

Data: ____/_____/_____.

ANEXO 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: PSIQUIATRIA EM ANÁLISE: RELATOS E EXPERIÊNCIAS DA PRÁTICA PSIQUIÁTRICA.

CAAE: 51771215.5.3001.5140

Pesquisador: Rodrigo Mendes D'Angelis / **Orientadora:** Dra. Rosana T. Onocko Campos

Você está sendo convidado a participar como voluntário (a) de uma pesquisa que será realizada com fins acadêmicos como subsídio para dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Unicamp. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pretende assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

A pesquisa tem como objetivo analisar as experiências, percepções e vivências de psiquiatras no exercício da sua atividade na rede de atenção psicossocial (RAPS) / serviços públicos de atenção em saúde mental. Sua participação se dará através de entrevista individual / narrativa, que será áudio-gravada e transcrita (a ser usado para as propostas da pesquisa) e, assim como os demais documentos recomendados pelo CEP, ficará sob a guarda do pesquisador em arquivo e meio eletrônico de acesso restrito para uso dentro do que se estabelece neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por um prazo inicial de 5 anos. Haverá abordagem de temas como tratamento, diagnóstico, práticas clínicas em um modelo biopsicossocial, trabalho em equipe, rede de atenção psicossocial, modelos de assistência em saúde mental, desospitalização e temas que o entrevistado queira abordar dentro de sua narrativa sobre o conteúdo da pesquisa. A transcrição das gravações respeitará a veracidade e originalidade dos discursos e a preservação da identidade dos autores das falas.

Poderá, eventualmente, haver algum desconforto por meio de constrangimento decorrente da exposição de opiniões, mas você tem a liberdade de se recusar a participar em qualquer fase da pesquisa. Se a escolha do local de entrevista for o seu trabalho, você poderá se retirar a qualquer momento, interrompendo a narrativa, caso necessário. Não haverá benefício ou vantagem de ordem pecuniária pela sua participação na pesquisa. O entrevistado não terá prejuízos de ordem pecuniária com as entrevistas porque o deslocamento será feito pelo pesquisador até o local estipulado pelo participante. A pesquisa poderá ser divulgada em revistas, congressos, meios eletrônicos ou ser apresentada em eventos científicos e instituições, adequada ao cumprimento de seus objetivos e resultados esperados, além de sua apresentação como dissertação de mestrado (proposta inicial da pesquisa).

Não haverá benefício direto aos participantes além de sua manifestação e expressão de suas vivências na entrevista, mas se espera que este estudo traga contribuições importantes para o desenvolvimento de debates e propostas sobre os temas e seus desdobramentos, apresentados na dinâmica e trajetória narrada pelos profissionais entrevistados e com possibilidade de ainda não terem sido total ou parcialmente expressos ou explorados no sistema de saúde, visando seu melhor funcionamento.

Os procedimentos adotados obedecem aos critérios de Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Dúvidas relacionadas à pesquisa serão esclarecidas pelo pesquisador pessoalmente ou pelo telefone: (31) 98878-5687. Em caso de denúncias e/ou reclamações referente às questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/sala 302 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000, Telefone: 3277-5309 e com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unicamp: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP: 13083-887 – Campinas/SP; telefones (19) 3521-8936 e fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa descrita nesse documento e de ter recebido cópia deste termo de consentimento, manifesto meu consentimento em participar dessa pesquisa:

_____	_____
Nome do (a) participante	**Nome do pesquisador**
_____	_____
Assinatura do (a) participante	**Assinatura do pesquisador**
_____	_____
Rubrica do (a) participante:	**Rubrica do pesquisador**
Data: ____/_____/_____	**Data:** ____/_____/_____

ANEXO 3

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PSIQUIATRIA EM ANÁLISE: relatos e experiências da prática psiquiátrica
Pesquisador: Rodrigo Mendes D Angelis
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 51771215.5.0000.5404
Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Medicas - UNICAMP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.480.599

Apresentação do Projeto:
Segundo informa a equipe de pesquisa:
"O atual modelo de assistência pública à saúde mental no Brasil exige uma prática psiquiátrica apoiada por uma ampliação da clínica para contextos sociais e de reabilitação, conciliadas com o corrente desenvolvimento de recursos terapêuticos e diagnósticos da especialidade médica a ser estudada pela pesquisa deste projeto. Dessa forma, há vivências e experiências do psiquiatra que necessitam de atenção no desenvolvimento deum processo que o coloca como representante de fatores históricos combatidos pela reforma psiquiátrica em contraposição a suas contribuições na rede pública de saúde mental."
O projeto propõe a entrevista de psiquiatras da rede de Belo Horizonte tendo em vista a seguinte hipótese: "O debate sobre a medicalização e as relações de poder na clínica em contraposição aos benefícios do tratamento psiquiátrico com os psicofármacos e à estruturação diagnóstica colocam o psiquiatra como o representante e responsável pela sustentação de um amplo contexto histórico, político, social e clínico, combatidos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, que fragiliza o vínculo e a dinâmica, do profissional em questão, na rede de atenção psicossocial."

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

Objetivo da Pesquisa:

Segundo informa a equipe de pesquisa:

"Objetivo Primário: Analisar as experiências, percepções, significados e vivências de psiquiatras no exercício de suas atividades na rede de atenção psicossocial(RAPS) / serviços públicos de atenção em saúde mental.

Objetivo Secundário:

• Identificar quais os componentes dentro do sistema público de atenção em Saúde Mental serão abordados nas narrativas dos psiquiatras entrevistados, através da transição das questões exmanentes para imanentes: tópicos na narrativa do psiquiatra sobre sua inserção na rede de atenção psicossocial (RAPS) e no processo da Reforma Psiquiátrica; entraves, retrocessos e progressos, para ele, no seu processo; suas contribuições para a RAPS; suas ações diante da Reforma Psiquiátrica Brasileira; outros componentes trazidos pelo entrevistado;

• Analisar, compreender e entender as vivências, sentimentos e experiências na trajetória dos psiquiatras entrevistados em relação a tais componentes identificados;

• Pesquisar, identificar e analisar possíveis os facilitadores, dificultadores e causa destes para os psiquiatras entrevistados, no exercício de suas funções e suas trajetórias, na rede de atenção psicossocial."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo informa a equipe de pesquisa:

"Riscos:A participação na pesquisa não oferecerá nenhum tipo de prejuízo ou risco direto para os participantes, em nenhuma fase do estudo. Poderá, eventualmente, haver algum constrangimento decorrente da exposição de opiniões. O participante terá a liberdade de se recusar a participar em qualquer fase da pesquisa.

Benefícios: Diante das mudanças no processo de reforma psiquiátrica, os dilemas refletidos na psiquiatria conduzem o médico especialista a vivências e experiências que, ao serem analisadas, fornecem dados para o campo da saúde coletiva para a construção de serviços que possam incorporar tais conclusões na sua dinâmica e gestão de equipe. Não haverá benefícios diretos / valores pagos aos participantes. Os benefícios serão indiretos através dos resultados esperados e

no desenvolvimento de debates e propostas sobre os temas e seus desdobramentos, apresentados na dinâmica e trajetória narrada pelos profissionais entrevistados, com possibilidade de ainda não terem sido total ou parcialmente expressos ou explorados no sistema de saúde."

A análise de riscos e benefícios está adequada, tendo sido atendida a pendência indicada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme informa a equipe de pesquisa:

"Estudo exploratório de metodologia qualitativa, com a utilização do seguinte instrumento: Entrevistas abertas/Narrativas livres (entrevista individual), conduzidas pelo pesquisador, de 06 psiquiatras em atividade, na rede pública de saúde, nas cidades de Belo Horizonte – MG."

O desenho se aplica aos objetivos propostos e há cuidados éticos satisfatórios.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta folha de rosto, autorizações institucionais dos serviços envolvidos, projeto detalhado, modelo de TCLE, orçamento e cronograma.

As pendências no TCLE apontadas na relatoria anterior foram corrigidas de forma satisfatória.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve

aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

-Lembramos que segundo a Resolução 466/2012 , item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_620284.pdf	26/03/2016 10:48:42		Aceito
Outros	Resposta_Ao_Parecer_CEP.pdf	26/03/2016 10:41:01	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.pdf	26/03/2016 10:16:58	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_2.pdf	26/03/2016 10:14:41	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

Investigador	Projeto_2.pdf	26/03/2016 10:14:41	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito
Cronograma	Cronograma_2.pdf	26/03/2016 10:11:17	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacoes.pdf	05/12/2015 12:12:51	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	05/12/2015 12:05:41	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CAMPINAS, 06 de Abril de 2016

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

ANEXO 4

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PSIQUIATRIA EM ANÁLISE: relatos e experiências da prática psiquiátrica
Pesquisador: Rodrigo Mendes D Angelis
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 51771215.5.0000.5404
Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Medicas - UNICAMP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros
Detalhe: Dados do Parecer Consubstanciado do CEP e da Instituição citada no encaminhamento
Justificativa: No parecer de número 1.480.599 (AQUI ANEXADO), emitido em 06 de abril de 2016
Data do Envio: 19/04/2016
Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.524.707

Apresentação da Notificação:
Solicitação da correção do parecer CEP Nº1.480.599, pois o mesmo deveria citar como campo de pesquisa, além da cidade de Belo Horizonte/ MG, a cidade de Campinas/SP (3 a 4 a serem selecionados no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, no Centro de Atenção Psicossocial (a definir qual unidade) e na rede de atenção primária à saúde do município (apoio matricial)).

Objetivo da Notificação:
Correção do parecer CEP Nº1.480.599 com a inclusão como campo de pesquisa a cidade de Campinas/SP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Mantidos em relação ao projeto original.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Correção do parecer CEP Nº1.480.599, pois o mesmo deveria citar como campo de pesquisa, além da cidade de Belo Horizonte/ MG, a cidade de Campinas/SP (3 a 4 a serem selecionados no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, no Centro de Atenção Psicossocial (a definir qual unidade) e na rede de atenção primária à saúde do município (apoio matricial)).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Para avaliação desta notificação foi analisado o documento intitulado "PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_1480599.pdf 19/04/2016 18:16:56".

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Notificação aprovada

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_1480599.pdf	19/04/2016 18:16:56	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 02 de Maio de 2016

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

ANEXO 5

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PSIQUIATRIA EM ANÁLISE: narrativas da prática psiquiátrica no SUS
Pesquisador: Rodrigo Mendes D Angelis
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 51771215.5.0000.5404
Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Medicas - UNICAMP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.822.146

Apresentação do Projeto:
Justificativa da Emenda:

1-Os campos Título Público da Pesquisa e Título Principal da Pesquisa foram alterados de "PSIQUIATRIA EM ANÁLISE: RELATOS E EXPERIÊNCIAS DA PRÁTICA PSIQUIÁTRICA" para "PSIQUIATRIA EM ANÁLISE: NARRATIVAS DA PRÁTICA PSIQUIÁTRICA NO SUS". O motivo, após discussão do tema, foi o de constar no título, assim como descrito no projeto, a metodologia e a contextualização (trabalho dos psiquiatras entrevistados no SUS).
2-O campo Palavra-Chave teve alteração nos descritores sem um distanciamento do que propõe o projeto ou os termos anteriores e não houve necessidade de alterar documentos anexados nessa emenda em função disso. O motivo da substituição foi para que os novos termos estivessem na lista de Descritores em Ciência da Saúde.
3-Assinalado "não se aplica" em "Data do primeiro recrutamento" porque apenas dessa forma o sistema aceita a sequência de preenchimento da emenda. Mas não houve alteração de tais dados em relação ao protocolo/projeto anterior a essa emenda.

Objetivo da Pesquisa:
Nada é alterado em relação ao projeto original.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Nada é alterado em relação ao projeto original.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Há alteração no título e palavra chave, sem alteração em método ou conteúdo da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_817054_E1.pdf de 27/10/2016 relatando as alterações em local adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Emenda aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:
- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro).

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

- Relatórios parciais e final, em formulário próprio do CEP, devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_817054_E1.pdf	27/10/2016 21:38:44		Aceito
Folha de Rosto	image2016.pdf	27/10/2016 20:42:23	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito
Outros	Resposta_Ao_Parecer_CEP.pdf	26/03/2016 10:41:01	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.pdf	26/03/2016 10:16:58	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_2.pdf	26/03/2016 10:14:41	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito
Cronograma	Cronograma_2.pdf	26/03/2016 10:11:17	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacoes.pdf	05/12/2015 12:12:51	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CAMPINAS, 16 de Novembro de 2016

Assinado por:
Maria Fernanda Ribeiro Bittar
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

ANEXO 6

PREFEITURA BELO HORIZONTE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE/ SMSA-BH Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PSIQUIATRIA EM ANÁLISE: relatos e experiências da prática psiquiátrica
Pesquisador: Rodrigo Mendes D Angelis
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 51771215.5.3001.5140
Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Medicas - UNICAMP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.576.563

Apresentação do Projeto:
Projeto apresentado de forma clara, com introdução, embasamento teórico, especificação do desenho do estudo, justificativa, objetivos, metodologia, cronograma, orçamento e resumo.

Trata-se de estudo exploratório de metodologia qualitativa, com a utilização do seguinte instrumento: Entrevistas abertas/Narrativas livres (entrevista individual) (MINAYO, 2012; DUARTE, 2004; MUYLAERT; SARUBBI; GALLO; NETO; REIS, 2014; ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2008), conduzidas pelo pesquisador, de 06 psiquiatras em atividade, na rede pública de saúde, nas cidades de Belo Horizonte - MG (2 a 3 a serem selecionados no Centro de Referência em Saúde Mental (Cersam) Nordeste e na rede de atenção primária à saúde (matriciamento) ou ambulatório de psiquiatria na regional nordeste de Belo Horizonte) e Campinas – SP (3 a 4 a serem selecionados no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, no Centro de Atenção
Psicossocial (a definir qual unidade) e na rede de atenção primária à saúde do município (apoio matricial)).Os psiquiatras selecionados apresentarão variações entre si em faixa etária e tempo de atividade profissional. Haverá seleção de psiquiatras do sexo masculino e feminino.Questões exmanentes para imanentes e núcleos argumentais nas entrevistas: Vivências e experiências do psiquiatra em relação a tratamento, diagnóstico e práticas clínicas, trabalho em equipe, Rede de Atenção Psicossocial, modelos de assistência em saúde mental, desospitalização. Outra questões

poderão surgir e serão abordadas de forma a não influenciar o entrevistado para que sua narrativa se mantenha livre e para que haja condições de se cumprir os objetivos da pesquisa.Posteriormente será feita análise do conteúdo das narrativas a partir dos núcleos argumentais (Minayo, 2009).O critério de exclusão será a não concordância do psiquiatra em participar.A participação na pesquisa não oferecerá nenhum tipo de prejuízo ou risco direto para os participantes, em nenhuma fase do estudo. Poderá, eventualmente, haver algum constrangimento decorrente da exposição de
opiniões. O participante terá a liberdade de se recusar a participar em qualquer fase da pesquisa.Não haverá entrevista de pacientes na pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as experiências, percepções e vivências de psiquiatras no exercício da sua atividade na rede de atenção psicossocial (RAPS) e serviços públicos de atenção em saúde mental.

Identificar quais os componentes dentro do sistema público de atenção em Saúde Mental serão abordados nas narrativas dos psiquiatras entrevistados, através da transição das questões exmanentes para imanentes: tópicos na narrativa do psiquiatra sobre sua inserção na rede de atenção psicossocial (RAPS) e no processo da Reforma Psiquiátrica; entraves, retrocessos e progressos, para ele, no seu processo; suas contribuições para a RAPS; suas ações diante da Reforma Psiquiátrica Brasileira; outros componentes trazidos pelo entrevistado;

Analisar e compreender as vivências, sentimentos e experiências profissionais na trajetória dos psiquiatras entrevistados;

Pesquisar, identificar e analisar possíveis facilitadores, dificultadores do trabalho e suas causas para os psiquiatras entrevistados, no exercício de suas funções e suas trajetórias na rede de atenção psicossocial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Poderá, eventualmente, haver algum constrangimento decorrente da exposição de opiniões.

Não haverá benefício direto aos participantes além de sua manifestação e expressão de suas vivências na entrevista, mas espera-se que este estudo traga contribuições importantes para o desenvolvimento de debates e propostas sobre os temas abordados visando seu melhor funcionamento da assistência.

Os riscos são baixos e superados pelos benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é de grande relevância diante das mudanças no processo de reforma psiquiátrica e

dilemas refletidos na psiquiatria clínica, propiciando a construção e organização dos serviços de atenção à saúde psicossocial no âmbito do SUS e da Saúde Coletiva, com implementação de políticas públicas na área em questão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Foram apresentados: carta de anuência, resumo do projeto, TCLE e cronograma.

Recomendações:
1) adotar modelo de TCLE do qual conste os dados atualizados de contato do CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/sala 302 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 Telefone: 3277-5309;

2) adotar modelo de TCLE do qual seja excluido o seguinte trecho: A participação na pesquisa não oferecerá nenhum tipo de prejuízo ou risco direto para os participantes, em nenhuma fase do estudo ...". Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. Segundo a literatura, risco é a probabilidade de ocorrência de um evento desfavorável. Por definição, risco de pesquisa é a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa ou dela decorrente. Risco em saúde pode ser definido como o perigo potencial de ocorrer uma reação adversa à saúde das pessoas expostas ao procedimento;

3) adotar modelo de TCLE do qual conste informações relativas aos possíveis riscos e desconfortos que a pesquisa poderá trazer ao participante (descrever todos os riscos e desconfortos possíveis pois, segundo a Resolução 466/12 "... toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados.
Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes. Quanto a este tema, a mesma Resolução preconiza: "...IV.3 - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente: ... b) explicitação dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados dessa participação e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano, considerando características e contexto do participante da pesquisa ...";

4) adotar modelo de TCLEs dos quais constem informações relativas à garantia de reparação dos danos causados na execução da pesquisa e do reembolso no caso de gastos em decorrência de sua participação na pesquisa, segundo a Resolução 466/12:IV.3 - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente: ... g) explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes; e h) explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa;

5) incluir, na última página do TCLE, recomendação em destaque para assinatura do pesquisador e do pesquisado e rubrica de ambos, nas demais páginas, se for o caso;

6) adotar modelo de TCLE do qual conste informações sobre o destino do instrumentos de coleta de dados a serem adotados na pesquisa. Se há o planejamento de se armazenar os dados após o término do prazo prescrito na Resolução CNS 466/12, explicar durante quanto tempo, e quem será o responsável pela guarda do material e local da guarda. Segundo a resolução CNS 466/12, cabe ao pesquisador "manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12,considera aprovado o projeto PSIQUIATRIA EM ANÁLISE: relatos e experiências da prática psiquiátrica.

Considerações Finais a critério do CEP:

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_620284.pdf	26/03/2016 10:48:42		Aceito
Outros	Resposta_Ao_Parecer_CEP.pdf	26/03/2016 10:41:01	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.pdf	26/03/2016 10:16:58	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_2.pdf	26/03/2016 10:14:41	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito
Cronograma	Cronograma_2.pdf	26/03/2016 10:11:17	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_620284.pdf	05/12/2015 14:47:04		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	05/12/2015 13:36:47	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	05/12/2015 13:33:11	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/12/2015 12:18:59	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacoes.pdf	05/12/2015 12:12:51	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	05/12/2015 12:05:41	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Continuação do Parecer: 1.576.563

BELO HORIZONTE, 06 de Junho de 2016

Assinado por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador)

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br

ANEXO 7

PREFEITURA BELO HORIZONTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE/ SMSA-BH
Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PSIQUIATRIA EM ANÁLISE: narrativas da prática psiquiátrica no SUS
Pesquisador: Rodrigo Mendes D Angelis
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 51771215.5.3001.5140
Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Medicas - UNICAMP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.865.907

Apresentação do Projeto:
Trata o presente protocolo de solicitação de emenda cujo objetivo é a alteração do Público da Pesquisa que se pretende alterar de "PSIQUIATRIA EM ANÁLISE: RELATOS E EXPERIÊNCIAS DA PRÁTICA PSIQUIÁTRICA" para "PSIQUIATRIA EM ANÁLISE: NARRATIVAS DA PRÁTICA PSIQUIÁTRICA NO SUS". O motivo, após discussão do tema, foi o de constar no título, assim como descrito no projeto, a metodologia e a contextualização (trabalho dos psiquiatras entrevistados no SUS). 2-O campo Palavra-Chave teve alteração nos descritores sem um distanciamento do que propõe o projeto ou os termos anteriores e não houve necessidade de alterar documentos anexados nessa emenda em função disso. O motivo da substituição foi para que os novos termos estivessem na lista de Descritores em Ciência da Saúde. 3-Assinalado "não se aplica" em "Data do
primeiro recrutamento" porque apenas dessa forma o sistema aceita a sequência de preenchimento da emenda. Mas não houve alteração de tais dados em relação ao protocolo/projeto anterior a essa emenda.

Objetivo da Pesquisa:
Nos termos do Parecer Consubstanciado Número do 1.576.563, emitido em 06/06/16.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3° andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nos termos do Parecer Consubstanciado Número 1.576.563, emitido em 06/06/16.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nos termos do Parecer Consubstanciado Número 1.576.563, emitido em 06/06/16.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os mesmos apresentados quando da aprovação do projeto original, nos termos do Parecer Consubstanciado Número 1.576.563, emitido em 06/06/16.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que a emenda ao presente projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12,considera aprovado a emenda aoo projeto PSIQUIATRIA EM ANÁLISE: narrativas da prática psiquiátrica no SUS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado nos termos do Parecer Consubstanciado Número 1.576.563, emitido em 06/06/16.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_817054_E1.pdf	27/10/2016 21:38:44		Aceito
Folha de Rosto	image2016.pdf	27/10/2016 20:42:23	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito
Outros	Resposta_Ao_Parecer_CEP.pdf	26/03/2016 10:41:01	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.pdf	26/03/2016 10:16:58	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_2.pdf	26/03/2016 10:14:41	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito
Cronograma	Cronograma_2.pdf	26/03/2016 10:11:17	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacoes.pdf	05/12/2015 12:12:51	Rodrigo Mendes D Angelis	Aceito

Situação do Parecer:

Continuação do Parecer: 1.865.907

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

BELO HORIZONTE, 29 de Novembro de 2016

Assinado por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador)

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3° andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br