

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**SUJEITOS EM CRISE: ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO
DE PROFISSIONAIS EM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL – CAPS II**

ALÉSSIA SILVA FONTENELLE

**VITÓRIA
2010**

ALÉSSIA SILVA FONTENELLE

**SUJEITOS EM CRISE: ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO
DE PROFISSIONAIS EM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL – CAPS II**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, Projeto Minter-Dinter com a Universidade Federal do Vale do São Francisco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, sob orientação da Professora Doutora Luziane Zacché Avellar.

Vitória, ES
Novembro, 2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

Vitória, Novembro de 2010

Fontenelle, Aléssia Silva. 1966.

Sujeitos em crise: estratégias de intervenção de profissionais em Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – II. [Vitória] 2010.

xii, 120 p., 29,7 cm (UFES, M. Sc., Psicologia, 2010)

Dissertação, Universidade Federal do Espírito Santo, PPGP.

I. Psicologia Social e Saúde

I. Prof^ª. Dr^ª. Luziane Zacché Avellar. PPGEE/UFES II. Sujeitos em crise: estratégias de intervenção dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – II.

**SUJEITOS EM CRISE: ESTRATÉGIAS DE
INTERVENÇÃO DE PROFISSIONAIS EM CENTRO
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS II**

ALÉSSIA SILVA FONTENELLE

Aprovada em 07/12/2010 por:

Prof^ª. Dr^ª. Luziane Zacché Avellar, Orientadora, UFES

Prof^ª. Dr^ª Maria Inês Badaró Moreira, UNIFESP

Prof^º. Dr. Sávio Silveira de Queiroz, UFES

A Fred, pela cumplicidade,

A Raian e Igor, por me possibilitarem sempre
reconstruir.

Agradecimentos

A Mariana e Luzânia que apresentaram discussões e caminhos em cada etapa dessa construção;

A Alice que forneceu a *libra de carne*, que permitiu o investimento na escrita;

A Luciana Duccini por apontar a via da análise;

Aos meus pais por me ensinarem a *teimosamente* insistir frente às impossibilidades;

A Moli por sua incansável presença nos momentos críticos;

A Afonso e Barbara que se dispuseram a revisar pontos importantes dessa discussão;

Aos meus colegas de Colegiado que disponibilizaram o tempo necessário para esse projeto e, especialmente, Leo, Guga e Christian pela presença;

Aos profissionais que se dispuseram, gentilmente, a fornecerem o material necessário a essa dissertação;

Aos professores do PPGP/UFES por compreenderem a complexidade de fatores implicados no processo de elaboração;

À UNIVASF que através da parceria com a UFES possibilitou o desenvolvimento deste Programa de Pós-Graduação em Psicologia Minter/Dinter.

*Estou outra vez preso de todas as crises
imagináveis, mas agora o assalto é total.
Numa coincidência trágica desabaram sobre
mim crises de várias ordens. Estou
psiquicamente cercado. – Fernando Pessoa*

Resumo

A presente dissertação teve como objetivo identificar as concepções sobre crise e as estratégias de intervenção utilizadas pelos profissionais que atuam ou atuaram em CAPS II frente a sujeitos em crise, no interior de Pernambuco. Utilizou-se um roteiro semi-estruturado para entrevistar sete profissionais e, na análise dos dados, foi usada a metodologia qualitativa do tipo análise de discurso. Os resultados foram organizados em quatro categorias principais: a primeira trata dos significados e sentidos atribuídos às situações de crise pela equipe multiprofissional, detalhadas em três subcategorias: concepção, antecedentes e motivação para a crise; a segunda diz respeito às estratégias para o cuidado da crise analisadas em quatro subcategorias: Projeto Terapêutico Singular (PTS), inserção da família, insumos e psicofarmacologia e abordagem à família; a terceira trata dos desafios para lidar com a crise decomposta em: equipe, mobilização do profissional, rede e gestão; e, como última categoria, a alta e sua relação com a crise, detalhada em duas subcategorias: alta clínica e alta por abandono e administrativa. Com os resultados desta pesquisa, pretendemos trazer dados para propiciar a reflexão das propostas de intervenção desenvolvidas pelos profissionais de CAPS II, frente a sujeitos em crise e contribuir com o campo de discussão sobre a formação e prática profissional na área de Saúde Mental na região.

Palavras-chave

Crise, Estratégias de Intervenção, CAPS, Atuação Profissional, Saúde Mental

Abstract

This thesis aimed to identify the conceptions of crisis and intervention strategies used by professionals who work or have worked in CAPS II, with individuals in crisis, in the interior of (the state of) Pernambuco. We used a semi-structured itinerary to interview seven professionals, and to analyze the data the qualitative methodological approach to discourse analysis. The results were organized into four main categories: the first deals with the significance and meanings attributed to crisis situations by professional staff, detailed in three subcategories: design, background and motivation for the crisis. The second relates to strategies for the care of the crisis analyzed in four subcategories: Singular Therapeutic Project (TSP), insertion of the family, inputs and psychopharmacology and approach the family; and the third category deals with the challenges to deal with the crisis broken down into: team, professional mobilization, and network management. And, finally, the medical discharge and its relation to the crisis, detailed in two subcategories: medical discharge and discharge for abandon and administrative reasons. With this survey, we intend to bring data to provide a reflection of the proposed intervention developed by CAPS II professionals, for individuals in crisis and contributing to the discussion on the training and professional practice in mental health in the region.

Keywords

Crisis Intervention Strategies, CAPS, Professional Practice, Mental Health

Sumário

I – Introdução	12
I.1. Saúde Mental e os Serviços Substitutivos	12
I.2. O conceito da Crise e suas implicações nas Estratégias de Cuidado em Saúde Mental..	18
II – Aspectos Metodológicos	29
II.1. Procedimentos de Coleta de Dados	30
II.2. CAPS e Articulação da Rede.....	31
II.3. Participantes da Pesquisa	31
II.4. Aspectos Éticos	32
II.5. Procedimentos de Análise dos Dados	32
III – Apresentação dos Resultados	35
III.1 Crise – Significados e Sentidos da Crise	35
III.1.1. Concepção de Crise/Sinais de Crise	35
III.1.2. Antecedentes da Crise	40
III.1.3. Motivações de Crise	41
III.2 Estratégias para o Cuidado	43
III.2.1. Projeto Terapêutico Singular (PTS)	48
III.2.2. Inserção da Família	51
III.2.3. Insumos	54
III.2.4. Psicofarmacologia	55
III.3 Desafios para lidar com a Crise	59
III.3.1. Equipe	59
III.3.2. Mobilização do Profissional	62
III.3.3. Rede	64
III.3.4. Gestão	68
III.4 Alta e sua Relação com a Crise	71
III.4.1. Alta Clínica	71
III.4.2. Alta por Abandono e Alta Administrativa	73
IV – Discussão dos Resultados	77
IV.1 As Concepções de Crise	78

IV.2 Estratégias de Intervenção em Situação de Crise	86
V – Considerações Finais	105
VI – Referências	111
VII – Anexos	118
VII.1 Anexo 01: Roteiro de entrevista (semiestruturada)	119
VII.2 Anexo 02: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	120

I. INTRODUÇÃO

I.1. Saúde Mental e os Serviços Substitutivos

A partir do movimento de Reforma Psiquiátrica, que vem ocorrendo nos últimos 30 anos no Brasil¹, a rede de atenção à saúde mental tem sido redefinida, instituindo-se novas modalidades de serviços que substituiriam, gradativamente, o modelo psiquiátrico vigente. Nesse contexto foram promulgadas as Portarias Ministeriais 189/91 e 224/92, que instituíram e regulamentaram as estruturas dos novos serviços em Saúde Mental.

Por meio dessas portarias estariam garantidas a assistência integral e a humanização do atendimento aos doentes mentais, a afirmação dos direitos de Cidadania, a viabilização das transformações do modelo assistencial e a criação de novos serviços de atenção em saúde mental. Esses novos serviços foram: Hospitais-dia, Serviço de Urgência Psiquiátrica e Leitos ou Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral, novos parâmetros para o atendimento em Hospital Especializado em Psiquiatria, atendimento em nível ambulatorial em unidade básica, centro de saúde e ambulatório, além dos Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS) (BRASIL/MS, 2004).

As referidas Portarias Ministeriais, em alguma medida, são resultados do projeto de Lei Paulo Delgado, originalmente proposto em 1989, doze anos antes da sua aprovação como Lei Nacional de Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216) em 2001. Desde então, as transformações das condições de assistência ao paciente psiquiátrico no Brasil se dirigem para a substituição gradativa do modelo psiquiátrico asilar, por modalidades assistenciais e tecnologias de cuidados, e a criação de outros dispositivos assistenciais da rede (TENÓRIO, 2002).

Entre os dispositivos e instituições de cuidado à saúde mental, as experiências dos serviços NAPS/CAPS destacam-se como referência “para se pensar o contexto atual da problemática existente no campo da saúde mental” (AMARANTE; TORRE, 2001, p.27). No presente

¹ Para compreender o atual panorama da saúde mental no Brasil consultar: AMARANTE, P.D.; TORRE, E.H. (2001); LANCETTI, A.; AMARANTE, P. (2009); TENÓRIO, F. (2002).

estudo foram investigadas as estratégias dos profissionais, que atuam em um serviço CAPS, para lidar com sujeitos em crise e os significados construídos a partir do enfrentamento de tais situações no seu cotidiano de trabalho.

Os dispositivos NAPS/CAPS são um serviço substitutivo ao modelo manicomial, atualmente regulamentado pela Portaria Ministerial GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, e foram definidos, desde a Portaria Ministerial 224/92, como

[...] unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (BRASIL/MS, 2004, p.244).

Nestes dispositivos, os serviços de atenção à saúde mental preconizam a oferta de cuidado integral à saúde numa perspectiva multidisciplinar. Nesta, é priorizada a posição de respeito à subjetividade dos portadores de transtorno mental e a promoção de sua re-inserção psicossocial através, inclusive, da participação dos familiares como agentes do processo terapêutico (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Com isso, há uma busca do rompimento com o modelo médico-psicológico, indo além do privilégio destes saberes, possibilitando uma ampliação das práticas em Saúde Mental. Neste novo modelo, outros profissionais (enfermeiros, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, etc.) com outras referências, que não das áreas tradicionalmente do campo *psi*, contribuíram com um olhar mais abrangente sobre esses sujeitos (TENÓRIO, 2002; AMARANTE; TORRE, 2001; LANCETTI; AMARANTE, 2009).

Além do CAPS proporcionar uma intervenção multidisciplinar, respeitando a singularidade de cada caso, uma segunda ação, juntamente com as Equipes de Saúde da Família, seria promover a articulação e a construção permanente de uma rede de atenção à Saúde Mental, visando a promoção da autonomia dos usuários e sua inserção psicossocial, além de mobilizar os recursos existentes em outras redes institucionais e comunitárias – sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, etc. (BRASIL/MS, 2004b). Nesta direção, cabe ao CAPS, segundo o Ministério da Saúde, assumir

[...] um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, (...) o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em

residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar (BRASIL, 2004b, p.12).

O Ministério da Saúde, na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (2004), definiu, no relatório *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*, algumas diretrizes acerca das políticas públicas em saúde mental, aprovando *a inclusão da Saúde Mental como prioridade no Pacto pela Vida*. Em decorrência disso, a Saúde Mental deixou de ser prioridade exclusiva do gestor federal e passou *a ser pactuada como prioridade dos gestores estaduais e municipais de saúde*, o que produziu implicações significativas para a Política Nacional de Saúde Mental e para a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004b).

Uma das implicações destas novas diretrizes diz respeito à territorialização do atendimento em saúde mental e, nesta direção, o CAPS, enquanto dispositivo inserido nesta rede, é implantado em diferentes modalidades, em vários municípios do país, buscando se consolidar como dispositivo eficaz na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial (BRASIL, 2004b).

Na Portaria Ministerial GM nº 336/02, de 19 de fevereiro de 2002, os serviços NAPS/CAPS foram recadastrados nas modalidades CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi II e CAPSad II – os dois últimos designados para atenção psicossocial infanto-juvenil e para usuários de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, respectivamente.

Tanto a localização desses centros quanto a formação de suas equipes devem estar inseridas numa perspectiva de territorialização, isto é, voltadas para as necessidades e demandas regionais. Para tanto, os profissionais que compõem as equipes, por meio da articulação de diversos saberes multidisciplinares, buscariam atingir as particularidades locais (ALVES; GULJOR, 2008).

A Portaria GM nº 336² estabelece algumas diretrizes e normas para a equipe mínima em cada modalidade de CAPS. Com a determinação da oferta de um serviço multiprofissional, a proposta de Atenção Psicossocial busca a ampliação do cuidado aos portadores de sofrimento psíquico, promovendo um atendimento diversificado e efetivo através do rompimento com modelo hospitalocêntrico, no qual o saber e a prática médica são hegemônicos. No entanto, esta Portaria determina que a equipe mínima para todas as modalidades de CAPS,

² (BRASIL, 2004a, p. 126-35)

obrigatoriamente e indistintamente, deve ser composta pelo profissional de medicina e de enfermagem, modificando, conforme sua classificação, a obrigatoriedade do profissional médico ser psiquiatra, a quantidade desses profissionais e a necessidade da formação especializada em saúde mental. Outros profissionais de nível superior que podem fazer parte da equipe são: Assistente Social, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Pedagogo ou outro profissional que venha a ser necessário ao Projeto Terapêutico. A equipe deve ser composta também por profissionais de nível médio.

Essas diretrizes políticas são relativamente recentes, sobretudo sua inserção nos municípios, o que problematiza ainda mais os impactos destas novas estratégias de intervenção para pessoas com transtornos mentais. Numa recente análise quantitativa do desenvolvimento da política de saúde mental no Brasil, Couto *et al.* (2008) apresentam a distribuição de serviços na Rede Pública de Atenção à Saúde Mental por estado, apresentando um quadro comparativo entre as regiões. O Brasil, neste período, contava com um total de 2.013 serviços de Saúde Mental – Ambulatório e CAPS (todas as tipologias), em sua maioria, concentrados nas regiões Nordeste e Sudeste. Entretanto, a região Sul apresentava uma proporção de serviços por habitantes igual a 1,90 para cada 100.000, representando a maior porcentagem no Brasil.

Couto *et al.* (2001) chamam a atenção para o fato de que, no início na década de 90, o Estado de Pernambuco, depara-se com os primeiros frutos da reforma em prol do resgate da cidadania dos portadores de sofrimento psíquico. Segundo estes,

Um conjunto de propostas e dispositivos sanitários foram criados para a implantação de uma política de desospitalização progressiva, paralelamente ao desenvolvimento de recursos assistenciais extra-hospitalares e da integração da atenção em saúde mental ao Sistema Único de Saúde – SUS (COUTO *et al.*, 2001, p.113-114).

Entretanto, estes autores destacam que, em decorrência de questões peculiares da história da região, em 2001, a assistência em saúde mental ainda permanecia centralizada no modelo hospitalar. Atualmente, Pernambuco conta com 185 municípios e apenas 96 serviços, entre Ambulatórios de Saúde Mental e CAPS³ (todas as modalidades: CAPS I, II, III, i e Ad), para uma população de 8.502.603⁴ (1,13 por 100.000 habitantes). Este estado representa, na região

³ Fonte: MS/DAPES/CSM. Saúde Mental em dados, n.4, agosto 2007 e Informativo de Saúde Mental, ano VI, n. 26, dezembro 2007 – <http://www.saude.gov.br> apud Couto *et al.* (2008).

⁴ Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estimativa das populações residentes em julho de 2006 – <http://www.ibge.gov.br> apud Couto *et al.* (2008).

nordeste, o segundo em número de serviços, depois da Bahia, com 144 serviços entre Ambulatórios e CAPS. Este número vem sendo continuamente incrementado, mas ainda está longe de atender ao que o próprio Ministério da Saúde – MS propõe como ideal de substituição do modelo anterior.

Com uma nova perspectiva de transtorno e de seu tratamento, o movimento em prol da desinstitucionalização visa não mais à cura ou à amenização da doença, mas a busca da transformação do “doente” em sujeito de direito, viabilizando possibilidades de socialização e construção de subjetividades. Essa modificação do paradigma psiquiátrico implica em uma ruptura com a perspectiva de exclusão social e tutela, visando garantir os direitos civis aos portadores de transtornos mentais, inseridos na ética de respeito à singularidade e de inclusão social desses sujeitos (AMARANTE, 1996).

Para sustentar essa proposta, diversos saberes estariam implicados, propondo-se uma *prática feita por vários*, cuja estratégia é a pluralização dos operadores (FIGUEIREDO *et al.*, 2006). Deste modo, os trabalhadores dos serviços substitutivos de saúde mental se deparam com o desafio de lidar com as novas demandas desses dispositivos sem recorrer às antigas práticas, sendo uma via importante implicada nesse trabalho de pesquisa.

Alverga e Dimenstein (2006) acreditam que a simples construção de novos serviços substitutivos da rede não seria suficiente para que possamos atingir o ideal de desinstitucionalização, o qual visa novos paradigmas de atenção para os portadores de transtorno mental. Nesta perspectiva, os autores ressaltam a necessidade de se ultrapassar

[...] os limites impostos a perspectivas como a reinserção social, reabilitação, dentre outras, uma vez que partimos do entendimento de que a desinstitucionalização necessita da desconstrução das relações sociais calcadas no paradigma racionalista problema-solução, processo que atribui nexos causais entre o diagnóstico e prognóstico, entre doença e cura, exclusão e reinserção. Portanto, desconstruir práticas e discursos que naturalizam e reduzem a loucura à doença mental. Trata-se de indagar que forças operam no campo da saúde mental e problematizar os modos de subjetivação presentes na contemporaneidade, destacando a relevância das intervenções no plano micropolítico (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006, p.304-05).

Para romper com a lógica da hegemonia médica, essa *prática* exige que os profissionais do serviço estejam abertos à escuta de cada caso em particular, a partir do qual, idealmente, devem emergir estratégias para o sujeito em questão. Trata-se de uma proposta, segundo a qual nenhuma especialidade, seja a psiquiátrica, a psicológica, a terapia ocupacional ou

qualquer outra, deteria “*a verdade*” sobre esse sujeito. Contudo, trata-se de algo que solicita, ao mesmo tempo, uma abertura dos profissionais para a singularidade do usuário e para o conjunto de saberes agregados sem, com isso, o fragmentar através de conhecimentos altamente especializados (FIGUEIREDO *et al.*, 2006).

A saúde mental insere-se como uma área de conhecimento e de ações que se caracterizariam por seu viés inter e transdisciplinar, além de sua perspectiva intersetorial (LANCETTI; AMARANTE, 2009). Em um estudo sobre as razões das dificuldades enfrentadas para a articulação das ações e percepções dos profissionais num serviço de Saúde Mental, R. P. Costa (2007) relata que as equipes trabalham com justaposição das ações e não na perspectiva da integração, apontando que

[...] ficou visível a percepção dos profissionais de que o objeto da saúde só pode ser abordado em um trabalho coletivo, mas ainda existem vários fatores que dificultam sua efetivação. É unanimidade, entre os trabalhadores, a importância da interdisciplinaridade para o trabalho em saúde, mas existe dificuldade em defini-la. Ela é vista como encaminhamento de pacientes de um profissional para outro, como trabalho em equipe e como integração entre os profissionais. Essa dificuldade em conceituá-la gera distorções na prática das atividades e nos levam a perceber que a ocorrência da interdisciplinaridade, nas instituições estudadas, é praticamente inexistente, exceto nos projetos específicos (R. P. COSTA, 2007, p.120).

Ao considerar que o ato de cada membro da equipe deve tornar-se ato terapêutico e que deve haver a pertinência dos diversos campos de conhecimento aí implicados, os lugares devem perder sua fixação, possibilitando que cada técnico, dentro do seu recorte teórico, contribua na elaboração das estratégias de intervenção (FIGUEIREDO, 2005). Mais especificamente, no que se refere aos CAPSs, com a Reforma Psiquiátrica, os serviços deveriam buscar a integralidade das ações e, para tanto, utilizar, em sua composição, equipes multiprofissionais.

Para as equipes dos CAPSs, além da necessidade de articular práticas e discursos de diferentes campos de saber, surge também o desafio de lidar com sujeitos em crise. Destaca-se que este aspecto é mesmo uma condição fundamental à atuação dos profissionais de saúde mental.

Na presente pesquisa a aproximação com este objeto, qual seja: o desafio de lidar com sujeitos em crise em um serviço de saúde mental, requereu a identificação das concepções sobre crise e das práticas desenvolvidas pelos profissionais para o enfrentamento de tais situações no CAPS II.

I.2. O conceito de Crise e suas implicações nas Estratégias de Cuidado em Saúde Mental

Frente à complexidade e diversidade de discursos acerca da concepção de crise, não poderíamos estabelecer uma única definição sem, primeiramente, especificar a organização do saber médico em um dado contexto e localizar em que momento histórico encontra-se inserido. Estes aspectos estabelecerão um recorte para delimitar um “*valor-limite*” em que as questões psicológicas, emocionais, contingenciais da vida e das relações sociais serão consideradas como características de uma situação de crise e passarão a demandar uma intervenção específica (DELL’ACQUA; MEZZINA, 2005).

A origem da palavra crise vem do grego *krisis, eós* no sentido de ação ou faculdade de distinguir, juízo ou ação de julgar, decidir, escolher no final de um processo. Nesse sentido, a crise denotaria algo que estaria no fechamento de algo ou alguma coisa. O verbo grego *krínó* é utilizado, dentre seus vários sentidos, no de separar, decidir, discernir, distinguir e, a partir do século XIX, aparece em alguns termos científicos: *crise, crítico, epícrise, epicrisia, epicrítico, síncrise, síncria, síntrico* (HOUAISS, 2009).

Ainda que não necessariamente ligada ao sentido de sua origem, o termo crise, ao longo do tempo, passou a designar “uma fase perigosa da qual pode resultar algo benéfico ou algo pernicioso para a entidade que a experimenta” (MORA, 2001, p.613). Essa definição, além de se aproximar de um conceito mais conhecido do termo crise, se relaciona com a noção de limite e posterior transição dela. Ou seja, todo fator de crise traz em seu bojo uma possibilidade de transformação ou mudança, seja em que área for. O autor acima citado complementa

Uma característica comum a toda crise é seu caráter súbito e, de modo geral, acelerado. A crise nunca oferece um aspecto “gradual” e “normal”; além disso, parece ser sempre o contrário de toda permanência e estabilidade (MORA, 2001, p.613).

Tal enfoque é fundamental para pensarmos a concepção de crise no campo da saúde mental. Nesse campo, segundo M. S. Costa (2007), o termo crise é geralmente utilizado para designar “um momento individual específico, no qual efervescem questões, afetos, gestos e comportamentos variáveis e singulares, que afetam em graus variáveis a vida cotidiana da própria pessoa e daqueles do seu convívio” (M. S. COSTA, 2007, p.96).

Esse argumento nos obriga a uma breve incursão sobre a noção médica de crise, que permaneceu até o final do século XVIII, como

[...] o momento em que a natureza profunda da doença sobe à superfície e se deixa ver. É o momento em que o processo doentio, por sua própria energia, se desfaz de seus entraves, se liberta de tudo aquilo que o impedia de completar-se e, de alguma forma, se decide a ser isto e não aquilo, decide o seu futuro – favorável ou desfavorável (FOUCAULT, 1979a, p.114).

Foucault (1979a) ressalta que, frente à concepção de crise como *momento da verdade* – a “verdade da doença” se deixa ver na crise – o médico deveria participar desta situação por considerar essa a ocasião mais favorável para estabelecer uma ação terapêutica para combatê-la. Em tal direção, a prática médica considerava a crise como um momento estratégico para a intervenção (FOUCAULT, 1979a).

A loucura ou mesmo a crise, ao serem percebidas como algo relativo à instabilidade, contradição e imprevisibilidade, insere-se nesta sociedade como algo que tem que ser normatizado, ou melhor, tratado por especialistas. Desse modo, na perspectiva da *conduta regular e normal*, instituiu-se a prática do internamento, por concebê-la “como desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre” (FOUCAULT, 1979a, p.121). Segundo Foucault, o médico do asilo se posicionaria como detentor da verdade sobre a doença, buscando submetê-la através da determinação de *tratamentos-punições*, cabendo ao médico a “*produção da verdade*”. O hospital psiquiátrico, portanto, inseriu-se como um espaço de diagnóstico e de classificação.

Jervis (1985) ilustra essa questão ao afirmar que, frente à impossibilidade de “*fazer da psiquiatria uma ciência*”, esta se limitou a estabelecer um sistema empírico constituído a partir da descrição fenomênica dos comportamentos e na reconstrução das disfunções inadmissíveis que não conseguiam definir sua causalidade. Nesta direção, a psiquiatria vai diferenciar, segundo Dalgarrondo (2008), fenômenos agudos ou subagudos, classificando-os em crises (ou ataques), episódios, reações vivenciais, fases e surtos.

“*Crise*” ou “*ataque*” se caracterizaria por surgimento e término abruptos, com curta duração de segundos ou minutos e, muito raramente, horas. Ataques epiléticos, crises de pânico, de agitação psicomotora e crises histéricas seriam exemplos de fenômenos dessa ordem. Já o “*episódio*” geralmente teria duração mais longa, podendo perdurar por dias e até semanas. De fato, a diferenciação entre crise e episódio refere-se apenas a sua dimensão temporal, pois a

utilização dos termos é, segundo o próprio autor, inespecífica por não haver condições de se precisar a natureza mórbida do fenômeno (DALGALARRONDO, 2008).

Por sua vez, para Dalgarrondo (2008) a “reação vivencial anormal” seria um fenômeno psicologicamente compreensível, desencadeado por situações de vida altamente significativas para os sujeitos que o vivencia, tais como situações de morte, perda de emprego, divórcio etc. O que a caracterizaria como *anormal* seria a intensidade e a longa duração dos sintomas. É importante ressaltar que, cessando a situação, o sujeito retoma sua personalidade anterior, sem apresentar ruptura, ou seja, modificação radical.

Em se tratando da “fase”, esta se refere aos períodos de depressão e mania dos transtornos afetivos, tendo caráter endógeno, não sendo compreensível psicologicamente. Apesar de poder ter duração de semanas e até meses (mas raramente anos), não há alterações duradouras na personalidade, podendo haver períodos interfásicos assintomáticos.

Ainda segundo o autor, o “surto”, enquanto noção da patologia geral, seria uma ocorrência aguda, abrupta, que representaria a eclosão de uma doença endógena, que não seria compreensível psicologicamente e produziria danos e sequelas irreversíveis à personalidade ou à esfera cognitiva desses sujeitos, tais como surtos de esclerose múltipla e surtos esquizofrênicos (DALGALARRONDO, 2008).

Antes dos movimentos de Reforma Psiquiátrica, a estratégia de cuidado à situação de crise era, tradicionalmente, o modelo asilar e o termo crise, segundo Fiaschè (2005, p.104), era utilizado classicamente, para enfatizar “os aspectos sintomatológicos do colapso psicótico (violência, agitação, etc.)”. Este autor salienta que sua resolutividade, ao estar vinculada ao Hospital Psiquiátrico, implicava em cronificação. Assim, o próprio modelo asilar, ao invés de possibilitar tratamento, era um fator de adoecimento dos sujeitos, transformando a crise em situação permanente, e não em ponto de partida para uma perspectiva terapêutica.

Evidenciam-se, a partir das mudanças e “avanços” da psiquiatria, a complexidade e os limites do saber médico frente a questões relativas à “cura” ou mesmo à “saída do estado de crise”. Esta dificuldade não se restringe à prática psiquiátrica, sendo inerente a própria compreensão e abordagem à crise, tornando-se um desafio no campo da saúde mental (JUCÁ, 2003). Como já comentamos, a cronificação pode ser compreendida como uma das consequências do modelo asilar, impedindo a cura ou mesmo uma intervenção efetiva em situações de crise.

Apesar de todas as transformações nos tratamentos psiquiátricos ao longo do século XX, a mesma autora destaca que esta concepção relaciona-se com um limite próprio do saber médico. Na impossibilidade de estabelecer a “cura” para a situação de crise, este modelo limita-se ao uso da farmacologia para conter os sintomas.

Priorizar a internação em hospitais psiquiátricos, como dispositivo de cuidado à crise, parece apontar para um modo de olhar o sujeito com transtornos mentais como aquele que rompe com uma adequação social. Segundo Dell’Acqua e Mezzina (2005), a internação no hospital psiquiátrico se daria a partir de critérios definidos por essa fronteira entre adequação e inadequação social.

O valor-limite do ingresso neste circuito [das instituições psiquiátricas] será definido toda vez, de acordo com os sistemas de reconhecimento como limite do sofrimento, do distúrbio, da periculosidade social, da miséria individual, do peso das relações familiares ou de trabalho, da diversidade de comportamentos, da intolerância e da violência daquele particular tecido social (DELL’ACQUA; MEZZINA, 2005, p.61-2).

Considerando que o critério da inadequação determina a internação psiquiátrica, Silva (2007b) pondera que existe uma relação entre a noção de crise e o significado atribuído de uma adequação social, no qual o sujeito que apresenta transtornos mentais seria o *inadequado social*, o que rompe com a ‘doutrina dos costumes’. A crise, nesse sentido, seria uma questão fundamentalmente social, configurando-se a partir de “aspectos que causam alguma ordem de estranheza e uma perturbação social importante” (SILVA, 2007b, p.52). Para esse autor, a crise, ao gerar alguma ressonância social, transforma-se em emergência psiquiátrica e seu fator psíquico torna-se irrelevante.

M. S. Costa (2007) adverte que, no decorrer da história da psiquiatria e da Reforma Psiquiátrica, as diversas tentativas de resposta a situações de crise (ou “*emergências psiquiátricas*”), além de não demonstrarem resolutividade, transformaram-se em instrumento de normalização e violência, o que, mais uma vez, possibilitou o fortalecimento da dependência ao hospital psiquiátrico. A autora destaca como características dessas respostas às situações de crise:

1. Intensificação da associação entre periculosidade e sujeito em crise;
2. Redução da situação de crise a sintomas e a comportamentos “bizarros”, além da tendência a considerá-los como patológicos e anormais;
3. Intervenções que priorizam a redução dos sintomas a curto prazo;

4. Tentativa de imposição de normas e hábitos morais;
5. Ênfase na concepção de loucura e de crise como déficit, desrazão, impossibilidade e incapacidade;
6. Descontextualização da crise em relação ao momento de vida do sujeito;
7. Utilização frequente de contenções físicas e de eletrochoques, além da priorização e generalização da terapêutica medicamentosa;
8. Ênfase na tutela e no controle como estratégia de contenção da crise;
9. Predomínio da internação psiquiátrica.

Nesta perspectiva, o modelo médico parece se apoiar, prioritariamente, sobre uma noção de cuidado restrita à sintomatologia da crise. Apesar do esforço em estabelecer o conceito de crise a partir de “*parâmetros definidos e controláveis*”, nos séculos XIX e XX, a aproximação com a realidade institucional levou ao questionamento deste campo de ação e do *poder-saber* médico. Evidenciou-se, a partir daí, que estas teorias científicas, as instituições e suas ações terapêuticas estavam inseridas e determinadas por um dado sistema social-político-econômico (BASAGLIA, 1985).

Frente à crise das instituições psiquiátricas, novas e importantes propostas foram continuamente sendo elaboradas, buscando alternativas de cuidado à crise que não fossem centralizadas no modelo asilar. Estas propostas pretendiam reduzir o surgimento de transtornos mentais e de internações hospitalares, e para tanto, redirecionavam seu foco para a comunidade. Embora relevantes, buscamos privilegiar, dentre esses movimentos, aquelas propostas que apresentaram um recorte mais delimitado sobre o objeto de interesse desta dissertação, ou seja, as estratégias que se preocuparam com o enfrentamento a situações de crise.

Nesta direção, podemos destacar os Centros para a Crise, criados na década de 50 nos países anglo-saxões. Esses centros pretendiam reduzir as internações a partir de intervenções rápidas e fora do âmbito hospitalar. Segundo Dell’Acqua e Mezzina (2005), estas intervenções terapêuticas não dispunham de condições para estabelecer uma *tutela global* aos indivíduos em crise, nem conseguiam lidar com as questões de forma ampla, o que levou à retomada dos encaminhamentos a outras instituições mais adequadas às suas necessidades ou mesmo para o hospital psiquiátrico (DELL’ACQUA; MEZZINA, 2005; M. S. COSTA, 2007).

Sobre os Centros para a Crise, os autores acima citados ressaltaram que os serviços na comunidade funcionavam ao redor do hospital psiquiátrico e tinham como objetivo a reabilitação e socialização através de ações específicas, tais como: centros sociais para o tempo livre, laboratórios protegidos, programas para a inserção no trabalho, auxílio econômico, apartamento de grupo, escola de formação profissional, etc. Esses autores apontaram que, embora tenham representado inovações, esses centros encontraram dificuldade no enfrentamento das situações de crise por apresentarem propostas terapêuticas fragmentadas e padronizadas, ainda inseridas na lógica psiquiátrica em que a referência é a internação hospitalar para aqueles que não apresentavam as respostas esperadas ao tratamento, ou seja, para os “fracassos” dessa proposta.

Nos anos 60, importantes estudos acerca da *Teoria da Crise* foram desenvolvidos por Gerald Caplan, que foi considerado um dos fundadores e principal expoente da Psiquiatria Preventiva ou, como também ficou conhecida, a Saúde Mental Comunitária. Este autor considerava que a crise, usualmente, ocorreria frente a “situações novas que o indivíduo não foi capaz de enfrentar rapidamente com seus mecanismos existentes de defesa e interação” (CAPLAN, 1980, p.49). Nesse sentido, Caplan (1980) as classificou em:

- “Crises de desenvolvimento”, que seriam descritas como períodos transitórios em que ocorreriam transtornos cognitivos e afetivos no intervalo entre as diversas fases do desenvolvimento da personalidade, e;
- “Crises acidentais”, que seriam aqueles períodos de perturbação psicológica e comportamental decorrentes da associação de situações de acontecimentos inesperados de vida (ameaça de perdas, falta de suprimentos básicos, mudança de emprego, doenças, etc.) com o aumento de exigências ao sujeito. As crises frequentemente teriam duração de alguns dias, podendo chegar a algumas semanas.

O fator que interferiria significativamente para a ocorrência de uma situação de crise, segundo Caplan (1980), seria o desequilíbrio entre a dificuldade e/ou importância do problema e os recursos que este sujeito teria para resolvê-los. Neste sentido, estímulos tornam-se um problema quando apresentam perigo para a satisfação de uma necessidade fundamental ou provocam a vontade de uma importante necessidade, sem que os métodos habituais possam solucionar esse problema, num determinado espaço de tempo. A frustração da necessidade provoca o aumento da tensão e isso “envolve problemas de manutenção da integridade do

organismo ou grupo, e pode estar associado a sentimentos subjetivos de desconsolo ou tensão” (CAPLAN, 1980, p.54).

Para Amarante (2007) a relevância da Teoria da Crise deve-se justamente à sua compreensão de crise como um momento estratégico para a intervenção preventiva, podendo transformar-se numa situação de crescimento e de promoção à saúde. Assim, enfrentar novos conflitos pode ser proveitoso desde que o sujeito receba algum tipo de intervenção, neste momento.

Entretanto, severas críticas foram feitas a Caplan e, entre elas, a de que defendia uma evolução ‘a-histórica’ das doenças e uma linearidade no processo saúde/enfermidade, que possibilitaria a prevenção das doenças psiquiátricas desde que detectadas precocemente. Inserido na perspectiva da doença mental como algo da ordem da “desordem”, a Psiquiatria Preventiva preocupou-se, segundo o autor acima, em detectar sujeitos que poderiam desenvolver patologias de ordem mental (AMARANTE, 2007).

Sobre essa questão, Jardim e Dimenstein (2007), defendem que a idéia de prevenção à crise estaria sustentada pela concepção de que toda doença tem uma causa (na perspectiva da História Natural das Doenças, para existir a doença teria que haver um agente patogênico ou características favoráveis no meio ambiente ou o hospedeiro em situação vulnerável) e, neste sentido, a causa da doença mental estaria sustentada na idéia de crise. Essa noção de crise seria a mesma do início da psiquiatria: crise como momento de “verdade” da doença mental e que, ao provocar o desequilíbrio, deixava o sujeito passível do adoecimento, tornando-se seu agente patogênico. Surgem com isso os serviços de urgência psiquiátrica, que pretendiam, a partir do pronto atendimento à crise, restituir o estado normalizado, sem os gastos financeiros provenientes de internações desnecessárias (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007).

Neste contexto de críticas à Psiquiatria Preventiva, inicia-se a experiência da Reforma Italiana (no começo da década de 60), enquanto movimento de repúdio às contradições das instituições psiquiátricas e aos “processos de mortificação e des-historicização” produzidos por estas (NICÁCIO; CAMPOS, 2004; BASAGLIA, 2005; AMARANTE, 2007).

Entre as estratégias de enfrentamento da crise que rompem com o modelo asilar, Dell’Acqua e Mezzina (2005) ressaltam os Centros de Saúde Mental da Rede Organizativa dos Serviços Psiquiátricos de Trieste – Itália, que trazem uma nova noção de crise ao instituírem

parâmetros para caracterizá-la. A ‘situação de crise’, portanto, seria evidenciada quando três dos cinco parâmetros arbitrariamente especificados eram observados, a saber:

1. Grave e aguda sintomatologia psiquiátrica;
2. Grave ruptura de relacionamento no âmbito familiar e/ou social;
3. Recusa aos tratamentos psiquiátricos (remédios, programas terapêuticos, internação) ou mesmo, à necessidade do tratamento, embora permaneça a aceitação do contato;
4. Recusa veemente do contato psiquiátrico;
5. Situações de confusão no contexto familiar e/ou social e incapacidade pessoal de lidar com estas.

Os autores acima consideram que a denominação de crise aplicar-se-ia apenas com relação aos dispositivos de intervenção do serviço e sua gestão frente a ela, o que tornaria fundamental uma permanente reflexão sobre as práticas desenvolvidas no serviço como resposta à situação de crise. Neste sentido, a depender do impacto desta intervenção, a situação de crise transformar-se-ia em “evento histórico” desencadeador de uma ruptura ou de uma busca de resposta. Destarte, ressaltam que

A crise enquanto evento “no curso do tempo” pode ser adequadamente superada se o serviço conseguir abrir ou deixar aberto ao sujeito um espaço social de manobra, contrastando a limitação do contexto em torno dele, a progressão dos mecanismos de controle, o estabelecimento dos círculos viciosos de reprodução da “doença (DELL’ACQUA; MEZZINA, 2005, p.191-2).

Portanto, segundo esses autores, a resposta à crise deveria possibilitar que os indivíduos, ao atravessá-la, retomassem os laços afetivos, recompondo e redefinindo os mesmos, estabelecendo e construindo vínculos sociais, além de estabelecerem nexos entre a situação de crise e sua história pessoal.

Dell’Acqua e Mezzina (2005) consideram que, ao propor terapêutica separada de intervenção, os serviços psiquiátricos tendem a desenvolver uma prática reducionista, fragmentada e rígida. Estas estratégias terapêuticas, ao desconsiderarem a complexidade dos sujeitos, comprometem sua ‘eficácia’ e em muitas situações, paradoxalmente, determinam o desencadeamento da crise. Este próprio sistema de serviço não consegue “colocar-se em crise”. Ou seja, não há como “trabalhar com o sujeito” sem colocar em questão o trabalho da equipe, refletir suas práticas e a efetividade delas, apresentando a flexibilidade necessária para

contribuir para a formação da autonomia e maior poder de contratualidade dos usuários, considerando a singularidade do caso a caso.

A prática psiquiátrica, historicamente, viveu uma oposição entre dois princípios: o do controle e a cura, repressão e emancipação (AMARANTE, 1996; DELL'ACQUA; MEZZINA, 2005). Tal modelo nos leva a refletir acerca da aparente discordância entre a concepção mais ampla de sujeito e a realidade desta prática no campo da saúde mental. Sendo necessário um olhar para além da dicotomia normal/ patológico, estabelecendo as conexões entre doença e saúde, crise e normalidade.

A atual proposta do modelo CAPS busca ultrapassar este limite dicotômico ao apresentar como prerrogativa a transformação dos sujeitos envolvidos, possibilitando a retomada da vida cotidiana e do direito à cidadania através da reinserção psicossocial. Entretanto, operar a modificação do modelo asilar requer transformações éticas, teóricas e políticas quanto à concepção de loucura e nas relações que são estabelecidas num determinado território.

Os autores Nicácio e Campos (2004, p.73) defendem que “não se trata de desvincular a atenção à crise da multidimensionalidade e complexidade da prática terapêutica territorial ou, ainda, de operar com uma entidade abstrata, um objeto específico ‘a crise’”, mas evidenciam que

[...] as redes e serviços substitutivos no território teriam a responsabilidade de elaborar novos projetos que possibilitassem prescindir “do hospital psiquiátrico, ou melhor, que decodifiquem e transformem a “*demandas de hospital psiquiátrico*”, produzindo novas formas de cuidado e de interação com as pessoas com experiência do sofrimento psíquico [...] (NICÁCIO; CAMPOS, 2004, p.73).

Nesse sentido, os autores acima sinalizam o desafio em romper com uma determinada forma de funcionamento, ou seja, romper com a “*demandas de hospital psiquiátrico*”, aqui compreendida, como movimento de reprodução da lógica da exclusão, controle e tutela, mesmo inserido em novo modelo de cuidado. As redes e serviços substitutivos territoriais tornar-se-iam a força motriz na elaboração de novas estratégias de cuidado à crise que levem em consideração a complexidade desta práxis e sua inserção no território (NICÁCIO; CAMPOS, 2004).

A compreensão de crise vem sofrendo modificações *paripassu* a mudanças do próprio sistema de cuidado em saúde mental. Com as novas concepções de saúde, todos os profissionais

tornam-se profissionais de saúde, ou seja, psicólogos, fonoaudiólogos, pedagogos, terapeutas ocupacionais, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários. Essa perspectiva incide sobre as diretrizes em saúde mental, que passa a inserir os profissionais de saúde, principalmente aqueles da Atenção Básica ou Primária, no processo de reabilitação de sujeitos em sofrimento psíquico (LANCETTI; AMARANTE, 2009).

Essa questão foi tratada na experiência triestina como “*tomada de responsabilidade*”, ou seja, a tomada pelos serviços da responsabilidade sobre a saúde mental de todo o território de referência e o compromisso destes em intervir ativamente na sua promoção, possibilitando segundo Dell’Acqua e Mezzina (2005), que os Centros de Saúde Mental transformem-se em referencial ativo para as demandas decorrentes de qualquer estado de sofrimento/crise, sejam elas relativas à miséria, conflito ou distúrbio. Assim, a resposta à crise no serviço territorial possibilitaria garantir

A manutenção dos vínculos com o seu ambiente, à individuação dos nexos entre a crise e sua história, à reconstrução e redefinição das relações com as pessoas significativas, à construção de novas redes de relação (DELL’ACQUA; MEZZINA, 2005, p.191).

As situações de crise se manifestam de diversas formas e em diferentes contextos, cabendo aos dispositivos da rede substitutiva de saúde mental, a elaboração de estratégias que considerem sua complexidade. Nicácio e Campos (2004) consideram necessário que se estabeleçam, a partir do contexto sociocultural, novas composições e conexões entre as diversas ações, programas e serviços da rede, e a articulação dos diversos atores e recursos do território, na construção de uma resposta à crise para além da internação psiquiátrica. Nesta perspectiva de cuidado, os CAPS-III teriam um papel estratégico.

Somando-se a isto, ainda há uma ausência de experiências dos componentes das equipes de saúde mental e a necessidade de um maior aprofundamento teórico delas para lidar com a abrangência, os desafios e impasses desta práxis. Sob tal cenário, torna-se imperativo um reconhecimento e investigação desses impasses a fim de se criarem novas estratégias interventivas, as quais se coadunem com a realidade da região e atendam às demandas trazidas pelos sujeitos com transtornos ou em crise.

Neste cenário, uma questão surge para ser investigada: quais estratégias os profissionais que atuam em CAPS utilizam para lidar com sujeitos em crise e que significados constroem sobre tais situações enfrentadas no cotidiano do trabalho?

A realização desta pesquisa torna-se relevante, principalmente, pela possibilidade de maior compreensão do campo da saúde mental a partir da aproximação com o modo com que esses profissionais lidam com a crise e definem as estratégias de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico. Através desta investigação, foi possível analisar esta problemática e a efetividade dessas estratégias nos Centros de Atenção Psicossocial, a partir da percepção dos profissionais.

Para alcançar nossa proposta, partimos da redefinição da rede de atenção à saúde mental e as modificações na compreensão de crise, no capítulo II caracterizaremos a metodologia da pesquisa, no III apresentaremos os resultados da pesquisa e no seguinte discutiremos os resultados encontrados para em seguida, fazermos as considerações finais.

Essa dissertação buscou contribuir fundamentalmente com um processo de implantação, ainda em curso, de dispositivos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Sendo assim, a partir da análise dos relatos dos profissionais sobre possibilidades encontradas na formulação de estratégias de intervenção de sujeitos em crise no serviço CAPS, contribuir com a reflexão sobre o processo de intervenção dos Serviços de Atenção Psicossocial.

II. ASPECTOS METODOLÓGICOS

O objeto de estudo dessa pesquisa foi definir quais estratégias os profissionais que atuam em um CAPS utilizam para lidar com sujeitos em crise e que significados estes constroem sobre tais situações de crise enfrentadas no cotidiano de trabalho. Por um lado, a aproximação com este objeto requereu a identificação das concepções sobre crise e das práticas desenvolvidas para o enfrentamento de tais situações, do ponto de vista dos profissionais. Por outro, teve como referência as concepções e procedimentos protocolares preconizadas pelo Programa Nacional de Saúde Mental e pelo Ministério da Saúde para a organização do trabalho em serviço substitutivo na modalidade CAPS II.

Neste trabalho utilizamos a perspectiva da pesquisa qualitativa definida por Minayo (2007) como “um nível da realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (MINAYO, 2007, p.21). Esses significados seriam, portanto, de um “nível da realidade não visível” que precisaria ser interpretado pelos sujeitos pesquisados (MINAYO, 2007).

A partir da proposta de realizar uma pesquisa qualitativa, utilizamos como instrumento de coleta de dados entrevistas semi-estruturadas, cujo roteiro encontra-se no Anexo 01 que foi construído para contemplar os objetivos da presente pesquisa.

Optamos por entrevistas por considerarmos uma estratégia que possibilita a exposição de um determinado tema, trazendo informações que poderiam ampliar o objeto estudado. Além disso, tal instrumento daria mais possibilidades de se investigar e observar as reflexões do sujeito quanto à realidade que vivencia (MINAYO, 2007). Nesta pesquisa, as entrevistas realizadas possibilitaram à pesquisadora aceder à fala de profissionais que atuam ou atuaram em CAPS II frente a sujeitos em crise. Como assinala Minayo (2007), a fala pode

[...] ser reveladora de condições de vida, da expressão dos sistemas de valores e crenças e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, por meio de um porta-voz, o que pensa o grupo dentro das mesmas condições históricas, socioeconômicas e culturais do interlocutor (MINAYO, 2007, p.63-64).

Para analisar as entrevistas procedemos à *análise do discurso*, buscando sua organização manifesta nas entrevistas. Esta perspectiva leva em conta que os discursos são elaborados a partir das posições ocupadas pelos sujeitos da enunciação, envolvendo, portanto, saberes e posições de poder específicos, pois como diz Guirado (2006)

[...] o discurso guarda uma relação de interioridade com suas condições de produção e, estas, por sua vez, não se traduzem por um sujeito-pessoa-falante (ao gosto das tendências psicológicas), ou por uma estrutura de classes sociais e uma infra-estrutura econômica, imediatamente, deixando-se monopolizar numa totalizante formação ideológica (ao gosto das tendências marxianas) (GUIRADO, 2006, p.28).

Podemos considerar, nesta direção, que o sujeito-falante, ao mesmo tempo em que ocupa um determinado lugar na enunciação, também efetua um reconhecimento de sua posição nessa ordem de lugares. Isto significa que “as condições de produção não são exteriores ao discurso, ou que este não é resultado ou produto de algo que está fora dele” (GUIRADO, 2006, p.29). Ou seja, o sujeito da fala nem seria inteiramente livre para construir suas noções e representações subjetivamente, tampouco seria totalmente determinado pelas condições exteriores a esta subjetividade. Assim, o desafio da análise que nos propusemos foi o de evidenciar a emergência dos sentidos, em meio a este jogo de forças.

II.1. Procedimentos de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada com profissionais que atuam ou atuaram em CAPS II, situado numa cidade de médio porte no polígono de seca em Pernambuco, que atende à demanda de Saúde Mental local e dos municípios vizinhos. O prédio onde funcionava o serviço, na época da pesquisa, situa-se fora da região central da cidade, numa área de difícil acesso, em especial para pessoas de baixa renda, que necessitam da rede pública municipal de transporte¹.

A pesquisa ocorreu no período de 02.12.2009 a 04.06.2010.

¹ Para preservar o sigilo optamos por não fornecer dados que permitissem a identificação do serviço e dos participantes da pesquisa.

II.2. CAPS e Articulação da Rede

Em decorrência da redução da equipe do serviço CAPS, no período da coleta dos dados não estavam ocorrendo as atividades de visitas domiciliares nem a articulação com outros serviços assistenciais, tais como as Unidades de Saúde da Família (USF) e os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), Pronto Atendimento em Saúde (PAS), Hospital de Traumas, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os usuários que, segundo avaliação dos profissionais, necessitariam de internação psiquiátrica eram frequentemente encaminhados para duas cidades vizinhas que se localizavam a uma distância de 330 km e 340 km, respectivamente.

O que ainda favorecia, em alguma medida, a estruturação da rede de atendimento em Saúde Mental, era o fato da psicóloga e da enfermeira estarem participando do Projeto PET- Saúde Mental².

II.3. Participantes da Pesquisa

Participaram da pesquisa sete (07) profissionais que atuam ou atuaram em CAPS II. Destes, quatro (04) atuavam em um mesmo serviço no momento da coleta de dados, a saber: 01 enfermeira, 01 médico psiquiatra, 01 psicóloga e a 01 coordenadora de um serviço que tinha formação em enfermagem.

Os outros três (03) participantes não atuavam no serviço CAPS II no momento da coleta de dados, a saber: 01 enfermeira, 01 psicóloga e 01 médico psiquiatra.

Como critérios de inclusão de participantes, considerou-se: que o profissional não estivesse afastado do serviço há mais de dois anos e meio, terem atendido pelo menos um paciente em crise e o interesse de participar da pesquisa.

² A Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do município onde se localiza o CAPS estudado, foi contemplada com o PET-SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Trata-se de um projeto do Ministério da Saúde que visa a Integração de Ensino, Pesquisa e Extensão, e vinculado a linha de pesquisa: Saúde Mental na Atenção Básica: educação permanente e articulação da rede de cuidados.

Realizou-se uma entrevista com cada um dos participantes, em local previamente indicado pelo participante. As entrevistas tiveram duração média de trinta minutos, foram gravadas e posteriormente transcritas para efeito da análise dos dados.

Como a implantação do CAPS na região ocorreu há poucos anos, os profissionais mais antigos, formados há mais tempo, atuaram em outras modalidades de intervenção em saúde mental. Um elemento comum aos sujeitos com formação em enfermagem e medicina psiquiátrica foi o fato de que, em sua maioria, eles já estiveram inseridos ou ainda mantêm vínculo profissional com hospitais psiquiátricos, que representam uma proposta antagônica àquela do modelo substitutivo.

II.4. Aspectos Éticos

Antes de iniciarmos a coleta de dados, alguns procedimentos foram utilizados, a saber: para a realização da pesquisa primeiramente solicitamos a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Humanos da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF.

Ao iniciarmos as entrevistas apresentávamos de modo conciso, nossos objetivos de pesquisa. Em seguida entregávamos, em consonância com Comitê de Ética em Pesquisa com Humanos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 02).

II.5. Procedimentos de Análise dos Dados

As entrevistas foram transcritas em sua íntegra para posterior classificação e análise. Com as transcrições, criamos um banco de dados textuais e, após leitura cuidadosa foram levantadas quatro categorias classificatórias. Utilizamos para sistematização e organização dos dados o Software QSR Nvivo³, um programa para Análise de Dados Qualitativos desenvolvido na Austrália, no qual são inseridos os textos completos das entrevistas transcritas para classificação. O pesquisador deve distribuir os dados coletados nas categorias de análise

³ QSR Nvivo – QSR NUD*IST Vivo (QSR International Pty, Doncaster, Austrália), versão 1.1.127 de 1999.

previamente estabelecidas e organizá-las em pastas e subpastas. A partir disso, o programa é capaz de agrupar todos os trechos que se referem à mesma categoria, nas falas dos diversos sujeitos participantes, permitindo que o pesquisador os identifique com facilidade e inicie o processo de análise.

Sobre a utilização do auxílio do computador nas técnicas de análise qualitativa, Kelle (2002) defende que este seria um recurso que facilitaria na armazenagem dos dados, na definição de ligações entre palavras-índice, na filtragem de determinados conteúdos e na representação de segmentos do texto que tenham relações específicas entre si, além de possibilitar o levantamento dos atributos quantitativos do banco de dados. Embora reconhecendo a variedade de recursos, o autor ressalta que

Esses pacotes de software são instrumento para mecanizar tarefas de organização e arquivamento de textos, e se constituem em um software para “tratamento e arquivamento de dados”, mas não são instrumentos para “análise de dados” (KELLE, 2002, p.397).

Nesta direção, a utilização do programa QSR Nvivo tornou-se um instrumento que possibilitou o cruzamento das referências eletrônicas, “levantando” passagens das diversas entrevistas que abordavam as categorias e subcategorias que estabelecemos no transcorrer da análise dos dados. Após uma análise inicial dos dados, nosso entendimento sobre as categorias foram sofrendo alterações, à medida que aprofundávamos nossa análise.

Ao término da organização dos dados, optamos pela definição de 04 (quatro) categorias e 13 (treze) subcategorias discriminadas da seguinte forma:

1. Crise – significados e sentidos da crise
 - 1.1. Concepção de Crise/Sinais de Crise;
 - 1.2. Antecedentes da Crise;
 - 1.3. Motivação para a Crise;

2. Estratégias para o Cuidado
 - 2.1. Projeto Terapêutico Singular (PTS);
 - 2.2. Inserção da família;
 - 2.3. Insumos;
 - 2.4. Psicofarmacologia;

3. Desafios para lidar com a Crise
 - 3.1. Equipe;
 - 3.2. Mobilização do Profissional;
 - 3.3. Rede;
 - 3.4. Gestão;

4. Alta e sua Relação com a Crise
 - 4.1. Alta clínica;
 - 4.2. Alta por Abandono e Alta Administrativa;

Partindo do pressuposto de que as categorias de análise, como tais, seriam abstrações que nos permitiriam perceber nexos de sentido nas falas dos entrevistados, e não conceitos rigidamente delimitados, não podemos desconsiderar que há certa fluidez entre elas (BRANDÃO, s/d). Assim, muitas vezes, um mesmo elemento pode aparecer como um sinal (comportamento que deve ser interpretado) ou como fator desencadeador da crise (de acordo com a interpretação do profissional). Ao mesmo tempo, algumas subcategorias referem-se a mais de uma categoria, por exemplo: a inserção da família no processo terapêutico é tanto parte das diretrizes quanto uma estratégia para lidar com o sujeito em crise (embora, na realidade, esteja sendo limitada à primeira). Isto não diminui, porém, sua relevância para a análise. Ao contrário, como poderemos perceber adiante, isso permitiu identificar relações que os entrevistados estabelecem entre as possíveis “causas” e os “efeitos” das situações por eles narradas.

III. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresentaremos os resultados organizados em quatro categorias principais. A primeira trata dos significados e sentidos atribuídos às situações de crise pela equipe multiprofissional, detalhadas em três subcategorias: concepção, antecedentes e motivação para a crise. A segunda diz respeito às estratégias para o cuidado da crise analisadas em quatro subcategorias: Projeto Terapêutico Singular (PTS), inserção da família, insumos e psicofarmacologia e abordagem à família. A terceira categoria trata dos desafios para lidar com a crise decomposta em: equipe, mobilização do profissional, rede e gestão. Por último, a alta e sua relação com a crise, detalhada em duas subcategorias: alta clínica e, alta por abandono e administrativa.

III.1. Crise – Significados e Sentidos da Crise

III.1.1. Concepção de Crise/Sinais de Crise

As menções às situações de crise pelos participantes entrevistados apresentam muitas variações, não formando um conjunto conceitual bem preciso, aproximando-se do uso coloquial do termo. Parece haver grande dificuldade até mesmo em descrever uma situação de “crise”, embora tal situação permaneça associada à idéia de urgência ou a necessidade de cuidado imediato. Todas as vezes que os participantes relatavam situações de crise, percebemos um grande esforço para identificar comportamentos (sinais) não usuais com os possíveis fatores desencadeadores dela, como mostra o relato abaixo

Situação de crise para mim é uma coisa subjetiva, né? Bem subjetiva, eu acho que não dá para gente dar um nome assim específico e nem colocar uma sintomatologia, né? Eu acho que depende da demanda do usuário, aquilo que incomoda ele naquele momento. Às vezes, para mim, uma situação de crise, ela pode ser: o paciente está bem hoje, mas ele chega aqui incomodado com alguma coisa que aconteceu com ele em casa e mexeu. E

ele não consegue dar conta naquele momento e ele fica aflito. Não, ele fica assim, digamos, muito alegre. Não é uma coisa do sintoma em si, mas é o que ele traz de demanda como necessidade urgente dele, entendeu? *(Enfermeira)*

Podemos notar que a descrição da crise propriamente dita ocorre de forma sucinta, frequentemente apontando mudanças abruptas de comportamento e/ou hostilidade, sem que os profissionais possam elaborar de forma mais ampla o que seria o conceito de crise:

Situação de crise, né? A situação de crise é... é o surgimento de uma situação de descontrole, né? De um sintoma ou... de uma patologia como um todo... no qual os mecanismos internos ou externos, né? Não conseguem conter... levando a uma descompensação, né? É criação de situação de riscos, né?! Talvez seja mais ou menos por aí. *(Psiquiatra)*

A partir da análise do conjunto de entrevistas realizadas, pudemos observar que alguns profissionais apresentam uma tendência a identificar a crise com comportamentos inusitados dos usuários do serviço e a procurar estabelecer seus fatores desencadeantes. Entretanto, este aspecto torna-se secundário frente a seu caráter de urgência:

Primeiro lugar... Você tem que, é... Intervir para acessar a crise né!? Isso às vezes até atropela a necessidade de uma compreensão previa do que está acontecendo, né!? O indivíduo chega agitado quebrando tudo, você não vai querer “tenha calma que eu vou conversar com você”, né!? Então você em primeiro lugar, você tem que fazer a intervenção para... A contenção da crise, né!? A contenção da crise. Num outro momento, você vai tentar entender os mecanismos daquela crise, né?! *(Psiquiatra)*

A crise caracterizar-se-ia por um intenso sofrimento psíquico, apresentando risco para si e para outros e, recusa ao tratamento.

Primeiro eles [colegas de trabalho] chegaram com a possibilidade de trazer essa pessoa [sujeito em crise] para trabalhar aqui, de forma que ela não soubesse que ela estava vindo para cá, mas para fazer um tratamento porque que ela não aceita, e que segundo eles, ela está ouvindo vozes, que essas vozes perseguem ela, que todos estão contra ele, assim, um quadro realmente de sofrimento psíquico agudo, né?! Sem dormir direito mais, se alimenta, mas, está sempre colocando a vida dela e de outras pessoas em risco e sempre desconfiada de tudo. *(Enfermeira)*

Podemos perceber a distância entre a interpretação de crise relatada acima e a expressa por um dos psiquiatras:

Crise! Tem várias formas na minha visão, né? Tem aquele que o paciente que já está em tratamento e, por algum motivo, ele deixa de tomar a medicação, ou toma de forma errada e ele volta a entrar em surto psicótico.

Vamos dizer assim, vamos falar mais dos psicóticos, os depressivos são menos, mas acontece. E existe o paciente que nunca teve nenhum problema psiquiátrico e de alguma forma, em algum momento da vida, ele exacerba um quadro delirante que, dependendo da situação, com agitações psicomotoras, com alucinação, esses espasmos mais produtivos, na verdade, eles demonstram claramente o que é a crise psicótica, né? Com todas as suas características de agressividade, de morbidade, de ideação de homicídio, de alucinações, né? Essas são verdadeiras crises psicóticas que a gente fala. *(Psiquiatra)*

Podemos ver acima que o conceito de crise, subjacente à prática dos profissionais, está identificado com as mudanças psíquicas e de comportamento, e sua utilização depende do contexto de relação com o usuário. Ou seja, o conceito não opera como mera categoria abstrata, mas sim diante de exigências concretas para a ação, quando se deve decidir por uma estratégia de intervenção, o que discutiremos mais adiante.

Entre os profissionais de medicina entrevistados, o conceito de crise encontra-se preso a categorias psiquiátricas enquanto classificação de patologia, de morbidade. Para os profissionais de enfermagem, a crise aparece como consequência de situações não passíveis de elaboração pelos usuários, enquanto que as psicólogas interpretam a situação de crise como uma denúncia (sinal) de um sofrimento psíquico, como uma tentativa de dar conta de tais situações:

O sujeito que tá querendo dizer alguma coisa. Alguma coisa tá falhando, ou alguma coisa tá faltando ali para ele desenvolver aqui. É uma forma dele se comunicar. Então ele está se comunicando com aquela crise. E, aí eu acho que é entender o que é que tá faltando aí. O que é que não está conseguindo sustentar esse sujeito, não sei... *(Psicóloga)*

Os participantes, por vezes, percebem modificações nos padrões de comportamento dos usuários e as interpretam como sinais indicativos de sua condição psíquica. Evidentemente, eles só poderiam fazer essa interpretação a partir de seus repertórios que, por sua vez, estariam vinculados a sua formação acadêmica específica. Isto causa dificuldades, que serão expostas na discussão, diante das exigências de uma perspectiva de intervenção multidisciplinar dentro da proposta do serviço CAPS. Nesse sentido, retomamos a fala de um dos entrevistados que ressalta a dificuldade de se delimitar o que seria uma situação de crise:

Não, é muito difícil de perceber, não tenho a menor dúvida de que é difícil, mas eu me lembro de um professor, do professor Y que dizia assim: “você só pode diagnosticar um paciente que está envenenado, se você pensar na possibilidade do envenenamento”. A mesma coisa eu digo hoje com as

peças que lidam com doentes mentais, você só pode desconfiar de um transtorno se você pensar em transtorno. (*Psiquiatra*)

Nesta fala fica explícito como o repertório de conhecimento acumulado pelo profissional direciona sua leitura dos sinais identificados no comportamento dos sujeitos. Portanto, percebe-se a necessidade de se ter um conceito formalizado do que seria a crise, para que esta possa ser identificada e categorizada para, somente então, se pensar numa estratégia de intervenção.

Como relatamos acima, a concepção de crise estaria relacionada à interpretação de sinais identificados nos comportamentos dos usuários, em especial aqueles tidos como não habituais. Neste sentido, em muitos casos, esses sinais podem ser percebidos mais pela quebra de um padrão de comportamento do sujeito do que propriamente pelo comportamento em si, onde a frequência ou constância do comportamento entram no jogo das interpretações do profissional sobre a crise. Podemos citar uma fala que evidencia de forma significativa essa percepção, caracterizada mais pela ruptura com a “normalidade” estabelecida na vida cotidiana do sujeito, do que pela urgência da situação:

A gente tem uma paciente... ela está numa crise... ela tem um diagnóstico de esquizofrenia e depressão também. E ela ultimamente vem tentando suicídio com uma frequência maior do que o normal, assim, para o caso dela. (*Enfermeira*)

Podemos perceber que os sinais indicativos da crise podem ser também associados à modificação do cuidado pessoal, como se evidencia no relato abaixo:

[...] começou a esquecer a dentadura, chegava aqui sem a sombra, sem o batom, aí foi quando a gente ligou o sinalzinho de alerta. [...] A alteração do comportamento dela. Ela é uma pessoa doce, assim, ela conversa com você, ela é carinhosa quando está bem, né? Ela tem uma conversa assim mais coerente e, de repente, ela começou essa hostilidade. Essa hostilidade foi o que fez a gente ligar as anteninhas de alerta. E depois outros comportamentos. Ela é uma pessoa bem vaidosa, ela só vem pra cá toda maquiada, com brinco, com colar. Ela começou a vir aqui sem estar maquiada, até a peça, não sei como é que chama, a chapa [dentadura], sei lá, os dentes dela. Ela chegou sem eles, coisa que nunca aconteceu. (*Enfermeira*)

Apesar da identificação dos indícios de crise, por outro lado, os profissionais ressaltam também como dificultador de uma intervenção precoce nas situações de crise o fato de que, em muitas situações, não são facilmente percebidos os sinais indicativos do início da crise pelos familiares, embora o usuário dê sinais sutis:

E às vezes também acontece aquela situação na qual o paciente se apercebe doente e não avisa a família. Acontece que o paciente está delirante, mas não... A inteligência dele consegue sair mantida, e ele sabe que está doente, sabe que tem alucinações e não avisa a ninguém, até que ele não consegue mais manter as aparências, vamos dizer assim. Quer dizer, a família pensa que foi do nada, mas o paciente já estava em delírio. *(Psiquiatra)*

Em algumas falas dos profissionais, percebemos a importância de um diagnóstico anterior à situação de crise, para que os sinais sejam interpretados como tal:

Ou “eu sonhei que ia me matar”, partindo de alguém que tem transtorno, eu acho que já é um sinal e tem que ser averiguado. Aqui também a gente tem essas possibilidades, eu sei, embora seja pouco, mas a gente tem, né? Então a gente faz nossas anotações nos prontuários, e no outro mês, ou na outra semana, o paciente chega com o discurso diferente, né? E aí a gente tem como perceber, chamar a família “oh, está acontecendo alguma coisa, o paciente está aí sinalizando que algo não está bem, o que houve?” *(Psiquiatra)*

Essa fala torna-se significativa por apresentar vários dos elementos mencionados acima sobre a crise, presentes no discurso desses profissionais. Por exemplo, podemos perceber o estabelecimento de uma correlação entre os sinais e os desencadeadores das situações de crise, além da referência à quebra da normalidade estabelecida no cotidiano do usuário. Por outro lado, chama atenção o fato do registro no prontuário sobre os sinais de crise como estratégia de cuidado. Mas uma questão se impõe: este prontuário tem sido utilizado pela equipe de modo eficiente para a comunicação?

A partir disso, torna-se importante destacar que, na fala desses participantes, fica evidenciada uma concepção de “normalidade” que se ajusta a uma forma diferenciada de funcionamento dos indivíduos portadores de sofrimento psíquico. Podemos notar na entrevista de uma das psicólogas uma posição um tanto crítica com relação à tendência dos profissionais em interpretar pelo viés patológico situações cotidianas na vida de qualquer indivíduo:

Porque, às vezes, eu vejo pessoas da equipe falando: “fulaninho não está bem, não. Está em crise!” E não é uma crise, ele não tá bem naquele dia, ele não dormiu bem, ele tá com raiva de alguma coisa que aconteceu. Não necessariamente é uma crise. É como se os usuários, os pacientes, eles não pudessem ter aborrecimentos, não pudessem dizer que não querem aquilo naquela hora. “Ele está em crise, fulaninho não está bem, está em crise!” *(Psicóloga)*

Um aspecto que se destaca nos relatos foi a concepção de crise ligada a uma ruptura no padrão de comportamento individual (singular) do sujeito, que necessariamente não remete ao patológico e sim a normalidade, como algo que faz parte da vida.

Em detrimento de uma concepção circunscrita de crise, o mais frequente nas entrevistas foram as referências a indicadores ou sinais de alterações psíquicas e de comportamento, a saber: agitação psicomotora, discurso desconexo, insônia, quadro delirante, alucinações, agressividade, morbidade, ideação homicida, apresentando risco para si e para os outros, recusa ao tratamento, urgência, destrutividade em relação aos objetos, desejo de morte (própria ou de outros), construção delirante, pensamentos persecutórios. Partindo desses significados e sentidos atribuídos a crise, a seguir, ressaltaremos mais dois aspectos que auxiliam no aprofundamento da compreensão da crise. São eles: os antecedentes e as motivações para a crise.

III.1.2. Antecedentes da Crise

Em muitas ocasiões, surgiram nas entrevistas relato de fatores que poderiam provocar perda e/ou alguma alteração no cotidiano dos usuários como elementos desencadeadores de situações de crise. Contudo, a complexidade e diversidade dos fatores que poderiam levar a situações de crise não passam despercebidas pelos profissionais do serviço, como foi evidenciado na fala abaixo:

Às vezes a família diz que foi do nada, mas no decorrer de uma internação, ou de uma continuidade do trabalho no CAPS, a gente consegue se aperceber do que na verdade aconteceu, não é? Às vezes foi a frustração de algum problema social, de algum namoro, de algum problema com o casamento, algum problema econômico, um prejuízo que a família não sabia que o paciente tinha, né? (*Psiquiatra*)

Alguns entrevistados consideram que haveria como interpretar indícios do desencadeamento da crise.

Novas crises, é? É... A leitura dos sinais premonitórios, né!? Então, em geral, o paciente avisa, é como o suicida, o suicida antes de suicidar-se pede ajuda, então é você saber identificar esses sinais premonitórios e se antecipar nessa crise. (*Psiquiatra*)

Entretanto, surge na fala dos participantes situações onde os profissionais não conseguem perceber os indícios de uma situação de crise.

[...] porque ele esteve no CAPS na semana e ninguém percebeu nenhuma alteração, pelo contrário, a gente tinha achado até que tinha melhorado e ele tava cometendo, né?! O delíto. (*Enfermeira*)

Ressaltou-se, ainda, em suas falas a importância de que o próprio sujeito seja co-responsável por seu tratamento, podendo interpretar os sinais que apontariam para o surgimento da crise:

Ele inclusive é um paciente que ele mesmo pedia, “pode aumentar [medicação], eu sei que vou ficar impregnado, mas aumenta porque se não eu vou fazer alguma coisa!”. Então, isso que a gente sempre construiu com o paciente, que eu acho que só é possível em CAPS, né?! Pela questão da própria... Do convívio diário que é possível através dos intensivos e semi-intensivos, né?! (*Enfermeira*)

Contudo, a interrupção, substituição e/ou mau uso da medicação, além do consumo de álcool e outras drogas foram frequentemente citados no relato dos participantes dessa pesquisa como fatores desencadeantes da crise.

[...] esses dias o que me chamou a atenção uma paciente que estava chorando, aí eu me aproximei e perguntei por que ela estava chorando: “por que hoje é o dia da minha injeção e eu sei que aqui não tem e eu não tenho dinheiro para comprar, ou seja, eu sei que eu vou entrar em crise”. (*Enfermeira*)

É importante destacar que, a partir do discurso dos participantes, muitas vezes, o desencadeamento da crise vem de fatores diversos, tais como: frustração, luto, fatores sazonais, problemas econômicos, alta por abandono, a interrupção, substituição e/ou mau uso da medicação, além do consumo de álcool e outras drogas.

III.1.3. Motivações de Crise

À medida que os sujeitos entrevistados iam tentando definir e descrever o que seria uma situação de crise, destacavam a dificuldade de encontrar um consenso quanto ao que caracterizaria tais situações. Em alguns momentos, estes profissionais expressam receio em considerar determinados comportamentos como sintomas de crise, por considerarem que, em alguma medida, ela poderia passar a ser uma estratégia do usuário, já que possibilita algum ganho secundário da doença.

Dentre essas questões citam situações de frustração, o receio da família e/ou usuário perder o benefício financeiro (assistência continuada aos indivíduos portadores de transtornos mentais)

caso apresentem melhoras e, conseqüentemente, tenham alta do serviço CAPS. Esse receio fica evidenciado na fala abaixo:

Ao acompanhar os pacientes você vai entendendo o nego... a dinâmica deles, né? Então eles tinham aqueles pacientes, por exemplo, que não são clientela específica de transtorno, mas eles estavam lá, como por exemplos os deprimidos, né? E a gente sabe, que, por exemplo, fazer uma perícia previdenciária estando melhor, provavelmente recebendo alta, a gente sabe o que ia dar... estará melhor, receber alta e voltar na semana seguinte já com ... [em crise] (*Psiquiatra*)

Entre os sentidos atribuídos à situação de crise, os participantes observam que os familiares demonstram apresentar dúvidas se determinado quadro caracterizar-se-ia como crise ou seria da ordem da simulação. Essa dificuldade em interpretar os indícios da crise provoca o adiamento da demanda por intervenção, o que pode levar à sua agudização. Fica evidenciada, na percepção dos participantes, a resistência encontrada pelos familiares em lidar com o transtorno mental e o fato de que, em muitas situações, esta resistência apresenta uma conotação moral.

Porque não adianta dizer: “Não, não tem preconceito, isso é coisa de vocês”, porque tem. Tem muita família que não aceita, tem muita família, como eles dizem: “Ah, isso é frescura!”, “Você não é doente!”, “Isso é só para você não trabalhar.”. Então assim, eles têm um sofrimento? Tem, né? Mas o que é que a gente pode fazer com esse sofrimento, para eles poderem também estar mostrando que podem fazer. “Não posso trabalhar, mas posso fazer outra coisa, posso produzir outra coisa, eu posso, ainda penso, ainda caminho”. [...] (*Psicóloga*)

Neste sentido, percebe-se que profissionais e familiares, em algumas situações, encontram dificuldade em interpretar os sinais de crise, demonstrando dúvida se não haveria outras motivações ou sentidos para aquela situação. A crise foi considerada pelos entrevistados, como um recurso do usuário, frente a situações de perda, frustração, ou decorrentes da possibilidade de alta do serviço.

Os resultados apresentados nos autorizam a dizer que os significados e sentidos atribuídos às situações crise, considerados as concepções, os antecedentes e motivações que lhes são subjacentes, orientam, ou mesmo materializam decisões sobre quem abordar e como abordar as situações de crise. Contudo, não foi percebida uma relação de causa e efeito, ou seja, frente a um sinal, uma determinada estratégia. No entanto, há um conjunto de estratégias que foram

mencionadas que organizam o cuidado do usuário no CAPS, que decorrem da abordagem direta ao usuário, à sua família e à própria instituição.

III.2 Estratégias para o Cuidado

O cuidado à crise exige que os profissionais lidem com a complexidade inerente a esse quadro através da construção de práticas que possibilitem inovar estratégias e ações, para além do modelo psiquiátrico. Percebemos sobre significados e sentidos da crise, que concepções, antecedentes e motivações a respeito dela orientam as estratégias de cuidado. Neste sentido, os entrevistados demonstraram uma concepção de crise que implica na responsabilização dos profissionais pela atenção a aspectos que vão além dos tradicionalmente entendidos como vinculados ao “transtorno” mental, como salienta uma das entrevistadas:

Eu acho primeiro, ela tem que ter uma assistência, principalmente na hora do parto. Eu acredito que é um momento que ela, que assim, pode ser tudo ou nada, entendeu? Acho que, ela pode tanto ter... ela teve, eu não sei a partir de que momento ela começou a desenvolver esses transtornos. Se foi antes, se foi depois desse monte de menino, se foi a partir de qual, não sei. Mas assim, ela estar, para ela estar sozinha, o marido não quer mais saber dela, é outro filho, ou seja, para ela, ela não vê o filho com amor e carinho.[...] E assim, a gente pensa em como – essa Triportil – conseguir fazer com que ela pelo menos melhore, saia desse quadro de delírios, e alucinações, para a gente poder introduzir ela no tratamento no CAPS. (*Enfermeira*)

Na prática, porém, segundo o relato dos participantes, a equipe não pode atuar como gostaria devido à falta de vários elementos, como a rede de referência e contra-referência, carro para visitas domiciliares e até mesmo medicação básica. Tais condições são consideradas pelos participantes como dificultadoras para que uma concepção mais ampla de cuidado possa ser efetivada.

Diante da complexidade de fatores implicados na situação de crise e o conjunto de aspectos que interferem na formulação das estratégias de abordagem a esses sujeitos, uma dimensão importante seria a chegada e a introdução desse sujeito ao serviço.

Segundo o relato dos participantes, raramente a demanda de atendimento parte do sujeito, geralmente seu atendimento ocorre através da demanda dos familiares, SAMU ou polícia e não por uma procura espontânea. Algumas vezes esse sujeito chega ao CAPS contido

fisicamente. Outra dificuldade ao desenvolvimento dessa abordagem inicial seria a falta de interação deste sujeito com a equipe e/ou a inexistência um vínculo anterior entre profissionais e sujeito em crise:

Eu tentei conversar com ele, mas ele não estava falando nada com nada, mesmo. Mas ele estava calmo, ele chegou, ficou sentado. [...] Então, assim, a gente tenta, em alguns casos a gente consegue abordar porque está assim: “Ah, porque está acontecendo isso e isso”, alguns falam. No caso, ele não falou. Só disse: “não sai de casa hoje não, viu!?”. Então fica até difícil, nesse momento, a gente fazer algum atendimento, alguma coisa, porque ele não responde. E, também a gente percebeu que tinha o interesse da família de internar. *(Enfermeira)*

Frente à dificuldade de ter resposta do sujeito em crise, a profissional privilegia a orientação da família como estratégia de cuidado:

A assistência foi mais à família do que a ele. Até porque da forma que ele estava, não conversava, e ficava assim, no segundo dia ele ficou andando, ela ficava próxima a ele, e ele realmente, assim, a gente não conseguiu se aproximar dele, entendeu? Não tive muito contato com ele, foi mais com a sobrinha, mesmo [...] *(Enfermeira)*

Nessa circunstância, a profissional recorre à família para compreender a evolução do quadro, fatores desencadeantes e fatores que impediram a busca pelo tratamento na fase anterior ao desencadeamento da crise. Contudo, alguns profissionais do serviço consideram que deve haver uma insistência em ouvir o sujeito, mesmo na situação de crise:

Para gente estar, fazer esse acompanhamento e estar chegando junto. Conversando, ouvindo, colocando o espaço mesmo para falar, tentando entender o que é que o paciente está querendo dizer naquele momento. Eu acho que vai muito do momento, da criatividade, da... Do dia, da demanda do paciente, daquela crise. *(Psicóloga)*

Em contrapartida, foi considerado um fator facilitador da abordagem quando o sujeito em crise encontrava-se inserido no serviço, existindo um vínculo anterior com o profissional. Os participantes relataram ter mais facilidade na abordagem dos usuários que já são atendidos no serviço, mesmo no caso deles se apresentarem exaltados. O conhecimento prévio facilitaria a aproximação, a “*noção até que ponto ele pode ser mais ou menos agressivo*” *(Psicóloga)*.

Além disso, alguns profissionais relatam que, diante das situações de crise, é importante haver uma modificação do projeto de cuidado e, para tanto, utilizam da visita domiciliar como ponto de partida, tentando localizar quais os fatores que estariam relacionados ao desencadeamento

dessa crise. Quando não há possibilidade dessa visita, porém, optam por chamar a família ao CAPS, com o objetivo de compreender a dinâmica familiar:

Porque aí vai tentar ver o que é que estava falhando, o que é que falhou ali, eu acredito que isso é uma mudança. Quando a gente... Quando chega assim, que a gente tem que fazer visita, quando aparece o carro, e aí a gente tem que fazer a visita para ver o que é que estava acontecendo naquele ambiente. Eu acho que isso é uma mudança no projeto de cuidado. Quando chama a família, porque não tem carro, aí chama a família aqui, aguardo [...]
(*Psicóloga*)

Outro aspecto sinalizado nas entrevistas foi o fato de que, em algumas situações, o serviço não teria condição de cuidar do sujeito quando ocorre uma agudização da crise, sendo necessário, portanto, encaminhá-lo para o Hospital Psiquiátrico. Embora, reconheçam que os usuários do CAPS retornem do internamento “traumatizados”, consideram que a estratégia do serviço seria encaminhar o sujeito para ser internado e, neste sentido, “trabalhar” para que o paciente possa aceitar essa estratégia:

É muito mais fácil se trabalhar para que aquele paciente aceite uma intervenção. Ele estava aqui amarrado, então lógico que ele ia aceitar. Ele não era doido de dizer. (*Enfermeira*)

Os participantes consideram que essa experiência no hospital psiquiátrico insere-se como “traumática” para os usuários. O CAPS, ao dar continuidade ao tratamento, agora no modelo substitutivo, teria condições de trabalhar as consequências desencadeadas pela estratégia asilar. Contudo, a fala a seguir indica o ideal e não como efetivamente têm se configurado as ações do CAPS em questão:

Ele não estaria em crise, ele estaria passando pelo acompanhamento médico, seria medicado, estaria no acompanhamento. Estaria participando dos grupos terapêuticos, das oficinas, teria o acompanhamento também com os demais profissionais, né? Teria a psicóloga. E se ele tivesse um terapeuta ocupacional para estar trabalhando melhor essa questão do retorno. Que a gente acha que ele estava um pouco traumatizado também. (*Enfermeira*)

Na realidade, aqui emerge o problema da falta de um sistema de referência e contra-referência da rede de cuidado em saúde mental.

Dentre as questões relativas à chegada do sujeito em crise ao serviço, foi destacada também a forma (um ou mais elementos da equipe) e quais profissionais seriam encarregados de recebê-lo. Percebe-se na fala abaixo a preocupação dos profissionais sobre o manejo necessário da relação profissional/usuário.

A gente sempre procura receber junto, justamente pela questão de não estar ... eles não estarem criando vínculo com ninguém e, também porque muitas vezes a gente tem que chegar junto e dar uma bronca, né? Então, para também não achar que “ela é a ruim, que ela é boazinha”. (*Enfermeira*)

A prevenção da reincidência de situações de crise requer, segundo relato dos participantes, que os profissionais do CAPS elaborem estratégias as quais possibilitem que os próprios usuários reconheçam indícios de uma nova crise e possam lidar com esta situação:

Através dessas questões de sempre alguém orientando-os enquanto o que era a crise é uma coisa que a gente sempre trabalhou com eles, o que eram as vozes, como controlar de uma certa maneira, as vozes, porque eles tinham muito essa questão de achar que a voz ela podia efetivamente fazer algo contra eles é... (*Enfermeira*)

Entre as estratégias de prevenção e cuidado à situação de crise, as Oficinas Terapêuticas¹ surgem como uma estratégia fundamental, tornando-se um fator determinante na reabilitação psicossocial dos sujeitos portadores de sofrimento psíquico. Outras estratégias que visam à inclusão e à reinserção psicossocial seriam as Oficinas Geradoras de Renda e atividades extra-CAPS. Estas questões foram explicitadas nas falas da enfermeira:

[...] foi uma idéia que a gente teve logo no comecinho de fazer um centro de convivência e até para questão das ações geradoras de renda, né?! Um local que eles pudessem estar produzindo isso, mas a gente também esbarra em problemas burocráticos, têm que montar uma associação deles porque aí, senão não inviabiliza uma série de questões [...] Quando eles pensam em fazer algum evento de lazer é restrito a eles, então não é inclusão, né?! Porque você tirar o CAPS e levar para outro local apenas não é inclusão efetiva, então eu hoje não vejo o CAPS enquanto CAPS né?! Ele é uma tentativa muito frustrada do que se poderia assemelhar um CAPS né?! Apenas pelas oficinas, porque se não tivesse oficinas aí estava consolidado que realmente era um ambulatório, que a gente ainda tem duas oficinas funcionando lá, né?! Mas se elas já não existissem, pronto, aí já era um ambulatório efetivamente. (*Enfermeira*)

Os participantes, embora reconheçam a importância da Oficina Geradora de Renda e das atividades externas, encontraram dificuldades para efetivá-las. Ainda sobre a prevenção ao desencadeamento de novos episódios de crise, a ausência das atividades do CAPS, foi considerada pelos participantes como um dos fatores que poderiam desencadear episódios de

¹ As Oficinas Terapêuticas, através de ações que busquem a diversificação dos métodos e técnicas terapêuticas para a integralização da atenção à saúde mental, teriam como objetivo atender às demandas necessárias para a reabilitação psicossocial e reinserção social dos pacientes portadores de transtornos mentais (RIBEIRO, 2008).

crise, seja pelo não comparecimento ao tratamento, seja por mobilizações familiares ou socioeconômicas, próprias à crise. Neste sentido, a busca ativa² torna-se uma importante estratégia de prevenção:

Há outra coisa que a gente faz muito, que hoje eles não podem fazer, é a questão da busca ativa, quando o paciente sumia a gente já captava ele antes dele entrar na crise, então primeira semana se ele sumia, já no final de semana a gente ou entrava em contato por telefone ou a busca ativa realmente da visita domiciliar, que é uma coisa que a gente fazia a própria equipe [...] Que nada disso a gente tem hoje e aí dificultou bastante o trabalho da equipe. (Enfermeira)

Outro fator destacado pelos entrevistados por sua relevância seria o livre acesso do usuário ao serviço, ou seja, a possibilidade de que ele o procure voluntariamente e sem restrições de datas ou de turnos:

As estratégias que o Ministério preconiza, assim, seria justamente essa questão do livre acesso do paciente ao serviço, não ter essa burocracia de agendamento, ele procurar o serviço sozinho, desacompanhado ou mesmo com seus familiares, ou os próprios familiares solicitarem a questão da visita domiciliar ou intervenção da equipe, que eram, no início, intervenções que a gente fazia, que davam certo, que você capta esse sujeito já no início de uma crise, ou mesmo ele em crise, ela não estava tão exacerbada assim. Dava para a gente ter uma resolutividade mais rápida. (Enfermeira)

Na percepção dos profissionais, o CAPS teria um papel relevante na consolidação da rede de atenção em saúde mental. Essa consolidação surge reiteradamente nas entrevistas como fator determinante na prevenção à situação de crise, na manutenção e na reinserção psicossocial desses sujeitos:

Traçar mesmo, voltar para a rede, que a gente está desestruturando a rede, nós estamos ficando sem rede realmente e não é voltar para a rede e ter apenas uma alguma coisa escrita no papel. É de fato mesmo, de articular, de estar nesse movimento com o PSF, com o ambulatório, que ele realmente não fique aqui, porque se não a gente vai ter uma situação muito mais difícil e que a partir daí surjam outras possibilidades, né?! (Enfermeira 2)

Essas foram as estratégias mencionadas pelos participantes desta pesquisa, muitas vezes acompanhadas por seus comentários acerca da possibilidade ou impossibilidade de utilizá-las e da percepção de uma distância entre o ideal e o que se faz de fato.

² É compreendido como busca ativa o deslocamento da equipe técnica do CAPS à residência do usuário ou ao local em que se encontra, sem aguardar pela demanda espontânea.

Entretanto, nas entrevistas, alguns aspectos foram destacados por sua relevância na orientação e no alargamento da capacidade de análise das possibilidades do agir no cotidiano do serviço, principalmente no que tange ao enfrentamento das situações de crise. Para maior aprofundamento destas questões optamos por considerá-las separadamente, a saber: o Projeto Terapêutico Individual – PTS, insumos, psicofarmacologia, inserção da família e mobilização do profissional.

III.2.1 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O Projeto Terapêutico Singular – PTS – visa à atenção individualizada a cada sujeito, de acordo com suas necessidades naquele momento, prevendo, assim, a pactuação com o indivíduo, a diversificação dos métodos e técnicas terapêuticas, através da articulação dos profissionais, usuários e familiares, possibilitando a atenção integral aos pacientes em sofrimento psíquico (SILVA, 2007):

É importantíssimo, né? Eu acredito que o trabalho só funciona se existir, né? Esse PTS, cada paciente é singular na sua crise como sujeito, né? Cada um tem suas particularidades, então eu acho que tem... a equipe tem que atender cada paciente dentro da demanda dele, de acordo com a demanda dele.
(*Psicóloga*)

Numa primeira análise, todos os participantes foram unânimes em considerar esta estratégia como fundamental, embora tenham destacado que o PTS tem sido construído prioritariamente nos casos de crise e, mesmo nessa situação, o projeto não é “*colocado no papel*”. Novamente foram relatadas questões de gestão incidindo sobre isso:

Eu acredito muito no acolhimento, né? De você receber aquela demanda que aquele paciente está trazendo, né? E, aí de modo que eles iam demandando, é que a gente, com base no PTS também, que mesmo com pacientes em crise, a gente não fazia no papel, mas acho que era o PTS que mais funcionava, porque a gente sempre tinha que estar programando os passos da... daquela intervenção, né? (*Enfermeira*)

Nesta estratégia, temos o técnico de referência – escolhido entre um dos profissionais de nível superior que compõe a equipe técnica do CAPS – o qual teria a função de escutar o usuário, tornar-se referência para ele, elaborar e adequar seu PTS, responsabilizando-se por seu processo terapêutico como um todo e apresentá-lo para discussão nas reuniões técnicas sempre que se tornasse necessário (GRIGOLO *et al.*, 2010):

Funcionou com ela muito bem a questão [técnico] de referência, porque aí o técnico de referência nos dias que ela estava na unidade, ela era intensiva obviamente todos os dias, nesse período a gente até abriu uma exceção para ela ficar à tarde também, que o ministério preconiza, mas aqui a gente não fazia, e aí ficava realmente um técnico a disposição dela, né? *(Enfermeira)*

Frente ao desencadeamento da crise, foi relatada a mudança do projeto terapêutico, alterando sua permanência no serviço e passando da modalidade semi-intensiva para a intensiva. Essas medidas possibilitariam um acompanhamento mais próximo e personalizado a esses sujeitos, em que todos no serviço se responsabilizariam pelo cuidado desse usuário, evidenciando novamente:

É tentar fazer a abordagem, ver se tem necessidade de medicação quando o médico está no serviço, e deixar na observação. Deixar na observação. Ficar acompanhando, fica a equipe toda mobilizada, o pessoal da cozinha, da oficina, fica todo mundo sabendo e acompanhando, e pedir pra continuar vindo, porque na maioria das vezes são pacientes da modalidade não-intensiva, e aí a gente muda logo para o intensivo, para ficar vindo todos os dias. *(Psicóloga)*

A proposta terapêutica implicava o estabelecimento de estratégias de cuidado nas quais seriam definidos os números de dias em que o sujeito tomaria medicação em casa, de quais atendimentos necessitaria, de que forma e em qual periodicidade ocorreriam as Oficinas Terapêuticas e o acompanhamento familiar.

Para alguns profissionais, seria necessário ainda que os usuários pudessem contribuir na elaboração e no retorno das propostas terapêuticas, na adequação destas às pretensões e necessidades dos usuários. Segundo os participantes, a própria construção do PTS implica na frequente reavaliação com os usuários e profissionais sobre a implantação e a efetividade das atividades propostas:

[...] então a gente já faz esse direcionamento na reunião e aí, quando era um caso que a gente via assim, pacientes que estavam começando, alguma coisa assim, a gente sempre trazia na semana seguinte, então a gente sempre estava reavaliando, aí trazia os tópicos do que a gente estava... A gente traçava questão de metas, né?! Essa semana vamos fazer a visita e semana que vem... e aí? Fez a visita? Não, então a gente vai marcar para que dia? Quem pode ir? Aí isso a gente fazia bem, mas quando começou a exceder os 220, mesmo com equipe antiga composta, aí a gente não conseguiu e a gente só conseguiu fazer todos os intensivos e o início do semi-intensivo, assim, os mais antigos de semi-intensivo nem o intensivo a gente conseguiu fazer, até pela... Pelo manejo do próprio paciente, há não sei quando ele estava em crise e a gente tem que mudar de modalidade, aí a gente fazia. *(Enfermeira)*

Foi apontado, ainda, que o PTS não deveria ser elaborado apenas pela equipe, devendo ser construído a partir da vivência da situação de crise pelo próprio sujeito envolvido:

Eu acho que a partir daí o PTS, ele poderia ser repensado de acordo com o usuário, né? Como é que ele vê essa crise dele, o que levou, refletir, fazer ele refletir e não apenas... Ah! Ele está em crise então vamos medicar, sem depois sentar com ele e dizer: “olha, você passou por uma crise... tipo, passou por uma crise, você percebeu o que aconteceu? Você, como é que está seu laço com a sua mulher? No trabalho, como é que isso ficou? Na escola, como é que está? Não... é feita a atividade internamente, mas a gente não volta para o sujeito para dizer assim: “Como é que você se viu aí?”
(*Enfermeira*)

É importante notar que os participantes ressaltam que a implantação do PTS só é possível quando existe uma equipe multiprofissional e o serviço tenha um número menor de usuários. Esse aspecto aponta para as questões da dimensão da equipe e de gestão, que serão retomadas mais adiante na apresentação dos dados referentes a essas categorias:

E, aí dava para conciliar, porque além da gente ter uma equipe multidisciplinar, a demanda era menor, né?! Mas a partir de momento que foi excedendo a quantidade de pacientes, a gente ficou muito... questão de bombeiro, apagando só os focos! Paciente está em crise, a gente tira ele da crise. Mas, aquela coisa, medicamento e pronto, que é o que eles fazem hoje... (Enfermeira)

Os participantes consideram que, em algumas situações, a implementação desta estratégia possibilita a resolutividade da crise, evitando o internamento hospitalar:

E a gente vê isso como uma vitória, por que assim, a gente vê a diferença dos pacientes que inicialmente começaram pelo hospital, que é a questão da própria internação psiquiátrica que eles tinham, não sei, acho que o medo de internar, eles tinham tendência de abandonar o tratamento. (*Enfermeira*)

Ainda sobre esse ponto, a profissional em questão, sinaliza que a aderência ao tratamento pode ser favorecida por esta constante reflexão sobre as propostas terapêuticas e pela sua pactuação com os usuários:

[...] “ah, mas eu não gosto da oficina”, “mas não é só a oficina, é a interação, é a gente lhe ver, é a gente conversar com você, é você dizer como é que está se sentindo, como é que a gente vai adivinhar se você tá dormindo muito, se está dormindo pouco, se está triste, se está feliz, se você não vem conversar com a gente, se você não vem dizer, eu preciso saber como é que está em casa”. Tem que estar sempre reforçando isso para poder conseguir a aderência ao tratamento, adesão ao tratamento. (*Psicóloga*)

Percebe-se, nas entrevistas, a importância atribuída às discussões de PTS como estratégia fundamental na elaboração de novas intervenções e a efetivação da abordagem multiprofissional frente à situação de crise:

Quando tinha as agudizações [da crise], a equipe sempre sentava para discutir e aí buscar as saídas, né? E era bom porque tinha sempre as informações que a gente não tinha acesso em determinado momento, que as outras pessoas da equipe tinham acesso, né? Facilitava bastante. *(Psiquiatra)*

Nas falas dos participantes, a atual redução do quadro técnico e o excessivo aumento da clientela seriam fatores que inviabilizariam a elaboração dos PTS dos usuários, o que levou à elaboração deles apenas em casos de desencadeamento de crise. Isto indica que o PTS pode ter deixado de ser uma estratégia fundamental para se tornar uma forma de abordagem à crise. Para alguns entrevistados, isso representaria uma grande perda, prejudicando a proposta do serviço de promover o cuidado integral e individualizado aos usuários, visando a sua reinserção psicossocial:

Seria realmente a questão da reinserção social, dos grupos terapêuticos, principalmente dos grupos geração de renda, que nada disso está acontecendo né?! Que a gente via que também era uma estratégia muito boa para evitar que o paciente se trancasse na crise, como abandonasse o tratamento. Hoje o índice de abandono é muito maior e só retorna quando entra em crise, aí tem toda essa burocracia, ele só retorna para o serviço se realmente ele tiver em crise, né?! *(Enfermeira)*

Como podemos observar, os participantes reconhecem o PTS como estratégia fundamental dentro da proposta de intervenção do serviço substitutivo CAPS, embora indiquem que, na atual situação em que se encontra o serviço, não conseguem implementar esta estratégia, o que acaba por se tornar um recurso a ser utilizado quase que exclusivamente em situações de crise vivenciadas pelos usuários. Assim, é relevante destacar os fatores que os participantes identificaram como responsáveis por esta dificuldade, o que será feito posteriormente, a partir dos elementos das categorias gestão, rede e equipe.

III.2.2 Inserção da Família

Dentro do modelo de cuidado substitutivo em saúde mental, a participação da família torna-se um elemento fundamental para o sucesso da proposta terapêutica frente à crise e à posterior reinserção psicossocial deste sujeito.

Nas falas dos entrevistados, percebe-se a importância atribuída ao seu envolvimento para que possam ocorrer os avanços do processo terapêutico dos usuários, até mesmo, favorecendo a redução da duração da crise, seu espaçamento ou a prevenção destas:

O índice da reincidência é muito remoto e quando essas crises vêm também, vêm de uma forma mais leve, né!? A gente costuma... Até as pessoas que trabalham no CAPS, costumam até perceber o paciente que tem a família sempre presente, sai de uma crise muito mais rápido e com mais... É mais difícil voltar com um período de intervalo de tempo muito pequeno, né!? [...]O paciente que a família participava da reunião de família mensal, né!? São os pacientes que menos entram em crise, então acho que a família tem que ser trabalhada durante todos os momentos. *(Psicóloga)*

Nas entrevistas, os profissionais ressaltam que o momento da crise mobiliza, as mais diversas formas, o sujeito, seus familiares e a própria equipe:

É extremamente desgastante para o paciente em primeiro lugar. É um sofrimento muito intenso para a família que se desestrutura completamente. Às vezes, o paciente, ele até se segura mais do que deveria pela família, mesmo na desorientação dele, ele vê aquilo acontecer e, para a equipe, porque, assim... principalmente quando a gente não consegue alcançar [...] *(Enfermeira)*

A situação de crise pode trazer implicações significativas para o relacionamento dos familiares e usuários, levando à quebra da confiança e, em casos extremos, rompimento de laços. Os profissionais compreendem a necessidade de que pudessem trabalhar esta questão, embora isso não seja possível no momento, como observamos nas palavras da enfermeira:

[...] Não há como se evitar, né?! No período da crise os laços familiares ficam desgastados, ficam abalados realmente. E o nível de confiança entre ambos, é inegável que cai bastante, né?! Quando muitas vezes ficam até rompidos, mesmo após a crise, porque o usuário lembra do que foi feito, ele lembra das coisas que falaram, ele lembra que foi amarrado, ele lembra que foi trancado, então essas coisas mexem muito e, a equipe ela tenta [intervir, mas está], assim, bastante reduzida agora, né?! *(Enfermeira)*

Ocorrem divergências entre profissionais e familiares quanto à concepção de tratamento em saúde mental. Essa questão fica evidenciada na fala abaixo.

[...] e aí eles ficam muito ociosos, muito ociosos em casa, a família só quer “paciente está bem quando paciente está dormindo muito”, e aí, quando a gente fala que o objetivo da gente não é só colocar o paciente para dormir, porque ele precisa produzir alguma coisa, ele precisa fazer alguma coisa. Muita família também não aceita. Porque ele não está dando trabalho enquanto ele está dormindo. *(Psicóloga)*

Como foi mencionado no tópico sobre PTS, embora a adesão da família seja considerada de fundamental importância no tratamento dos sujeitos, muitas vezes, ela não é obtida. Ao invés disso, em muitas situações as famílias, na percepção dos profissionais, podem dificultar que o usuário resgate sua autonomia.

Eu vejo muito a questão da ociosidade. Muitos pacientes chegam aqui e dizem que dormem o dia todo, “Mas e em casa, o que é que você faz para ajudar? Em casa tem tanta coisa para fazer. Tem suas roupinhas para lavar, tem prato, tem varrer”, aí a mãe do lado: “Ah, mas quando faz, não faz nada direito!”. “Mas pelo menos faz alguma coisa, eles não conseguem entender isso, nem que a senhora vá, por trás, fazendo sem ele vê, mas deixa ir fazendo alguma coisa”. Eu acho que isso também dificulta muito. A pessoa fica assim, sem objetivos, sem expectativas, sem fazer nada. [...] (*Psicóloga*)

Destaca-se, na entrevista acima que, a importância atribuída pela família ao benefício³ – transforma-se em renda complementar –, seria determinante para que estes dificultassem o trabalho da alta e da reinserção psicossocial dos usuários do CAPS. Outro fator levantado por participantes, para corroborar para a resistência dos familiares ao tratamento dos sujeitos em crise, seria o lugar desse indivíduo na dinâmica familiar. Ou seja, ao permanecer na posição de “doente/louco”, este sujeito personificaria a patologia familiar.

[...] Muitas vezes esse paciente, ele funciona como sendo um falso ponto de equilíbrio num conflito familiar, é necessário que ele se mantenha em crise, então está sempre se sabotando, de forma consciente ou não, um tratamento para que sempre se mantenha uma crise, para que sempre outros problemas sejam deixados debaixo do tapete, vamos dizer assim, né? (*Psiquiatra*)

Nas entrevistas sobressai a importância dada pelos participantes, ao papel da família no cuidado a sujeitos em crise. A relação usuário e familiares seria considerada determinante para o enfrentamento de situações de crise, seja no cuidado, na percepção inicial da crise, na manutenção do tratamento, no acompanhamento medicamentoso, reinserção nas atividades cotidianas e na comunidade. Entretanto, nem sempre usuários, familiares e profissionais possuem a mesma compreensão do que seria situação de crise e estratégias de intervenção.

³ O Benefício consiste no auxílio-reabilitação psicossocial, conferido às pessoas com transtorno mental, egressas de internação de longa duração, ou moradoras de serviço residencial terapêutico (BRASIL/MS, 2004).

III.2.3. Insumos

O CAPS opera com diversas ferramentas e instrumentos no cuidado a sujeitos em sofrimento psíquico. Para tanto, encontramos entre as diversas ações inerentes a terapêutica o fornecimento de medicamentos e a oferta de insumos para a produção terapêutica nas oficinas.

Os participantes relatam a falta de medicação como um dos fatores determinantes para o desencadeamento da crise e, em muitas situações há relato de reação agressiva dos usuários, frente à falta destes:

Porque ela não tem família, e ela se nega a tomar a medicação corretamente. Ela toma de acordo com o que ela quer. Então ela está hostil. E ela, assim... qualquer coisa começa a gritar: “Não tem medicação, isso é uma falta de vergonha!” E começa a gritar, a gritar não, a falar alto na farmácia, e a gente está sem saber, porque a gente não tem contato com a família dela [...] *(Enfermeira)*

Sobre a falta de materiais para o funcionamento das oficinas, os profissionais destacam que muitos usuários não se identificam com as possibilidades de oficinas que o CAPS pode ofertar. A própria elaboração da grade de Oficinas estaria condicionada, em muitas situações, não pela necessidade da Proposta Terapêutica, mas antes, seriam ofertadas a partir da realidade do serviço. Neste sentido, para a elaboração das Oficinas, os profissionais teriam que considerar a limitada quantidade de insumos e, em muitos casos, estas estariam condicionadas às doações esporádicas que o serviço vem recebendo.

Aí tem um paciente que ele é esquizofrênico, mas aí ele chega aqui, ele diz: “Eu vou fazer o quê? Eu vou fazer oficina de fuxico? Para ficar furando minha unha, se eu fico me tremendo?” Entendeu? E eu sei que é verdade. Que, no momento, a gente está podendo oferecer essa oficina de fuxico porque teve uma doação de retalho. A gente não tem uma oficina, ele fala que já teve uma oficina de tela, e não tem mais. E eu vou dizer o quê? *(Enfermeira)*

Na fala acima, percebe-se uma preocupação com o fato da falta de insumos estar comprometendo a proposta terapêutica do serviço, e a oferta de cuidado necessária a esses indivíduos. Entretanto, embora estes profissionais considerem as oficinas uma estratégia de fundamental importância no processo terapêutico e na reinserção psicossocial dos sujeitos, poucas vezes a falta de insumos apareceu como um fator prejudicial para o desenvolvimento do papel terapêutico destas, em relação às situações de crise.

III.2.4 Psicofarmacologia

A medicalização continua sendo uma prática usual nos serviços de saúde, tornando-se um instrumento de controle das crises. Embora considerada um dispositivo importante, seu manejo está diretamente relacionado às concepções de cuidado dos profissionais implicados no atendimento destes indivíduos. Na atuação dos profissionais entrevistados, a medicalização apresentou-se como um recurso utilizado em situações de crise, no enfrentamento desta e na manutenção do tratamento, com o objetivo de evitar sua reincidência. Na abordagem de sujeitos em crise, esta estratégia tem sido considerada de fundamental importância segundo a percepção dos entrevistados, e em algumas falas, esta seria a primeira intervenção frente à agudização da crise.

[...] Então você em primeiro lugar, você tem que fazer a intervenção para... A contensão da crise, né!? A contensão da crise. Num outro momento, você vai tentar entender os mecanismos daquela crise, né?! Então, vamos dizer, no caso de transtorno, o que houve? O indivíduo parou de tomar a medicação? Diminuiu a medicação? Usou drogas junto com a medicação? Houve algum fator?... Alguma ação da família ou outra que possa ter provocado a eclosão da crise, né!? Então é... Então você vai entender a situação da crise, tá? E, aí você vai armar a sua estratégia para a saída da crise e para a continuidade, né!? (*Psiquiatra*)

De acordo com a maioria dos entrevistados, a equipe multiprofissional ao se deparar com o desencadeamento de crises dos usuários, reavalia e/ou modifica as estratégias de cuidado destes. Uma das estratégias utilizadas, recorrentemente, foi o encaminhamento dos usuários para o setor médico, tendo como objetivo a introdução ou reavaliação do dispositivo medicamentoso. Os profissionais afirmam que:

Quando a gente revê o esquema de medicação, quando a gente revê a modalidade, eu acho que isso é uma mudança. Porque, aí, vai tentar ver o que é que estava falhando, o que é que falhou ali. Eu acredito que isso é uma mudança [na estratégia]. (*Psicóloga*)

A medicação surge como uma estratégia que possibilitaria a estabilização do quadro clínico do usuário, retirando-o da crise. Entretanto, consideram a redução do quadro de profissionais, a dupla jornada de trabalho do médico psiquiatra (ambulatório e CAPS), o excesso de atendimentos e o conseqüente espaçamento das consultas médicas como fatores comprometedores para a eficácia desse dispositivo. Neste sentido, a família é percebida pela equipe como um elemento importante para que sejam efetivados os ajustes necessários na

medicação, uma vez que, em algumas situações, não tem os efeitos esperados, sendo necessário o acompanhamento dos efeitos desencadeados no usuário.

Na verdade ele pode ter uma reação ao medicamento, ele pode ter um efeito adverso não esperado, ele pode, sei lá, acho que... Na verdade ele não fica um tempo em observação após ser medicado. Então essa sedação em casa pode ser, pode acarretar vários problemas, né? na questão do ... E aí, a gente fica, tem um retorno da família, mas a gente faz com medo. Mas, graças a Deus, até hoje a gente nunca teve nenhuma, nenhuma intercorrência nesse sentido, não. Mas a gente está ficando com medo porque a ... que está sendo, que a gente está atendendo ... ter que sedar e mandar para casa está aumentando muito. (*Enfermeira*)

Embora a intervenção medicamentosa seja considerada pelos profissionais um elemento importante no cuidado dos indivíduos em situação de crise, nem sempre estes aceitam ou aderem a esta estratégia. Em muitas situações esse fator revela-se determinante para o encaminhamento para o Hospital Psiquiátrico.

[...] o Psiquiatra perguntou se ela [usuária em crise] tinha interesse de mudar a medicação. Aí, ela disse que não ia tomar a medicação, que estava bem, não aceitou que estava em crise. E ele perguntou à família o que achava do internamento, e a família disse que se fosse a única forma de estar ajudando, que aceitaria. E aí, ela teve até a resistência de tomar a medicação, que os meninos tiveram de chamar o vigilante para poder segurar, né? Para fazer a medicação injetável nela, meio que a força. [...] Aí, ela foi encaminhada para o internamento no Hospital Psiquiátrico. (*Enfermeira*)

Entre os diversos fatores levantados pelos profissionais, que interferem na adesão dos usuários ao tratamento medicamentoso, podemos destacar a resistência de algumas instituições religiosas, os efeitos colaterais (sedação, disfunção sexual, lentidão de raciocínio), a interferência familiar, a recusa em reconhecer-se “doente”, o uso de bebida alcoólica, a longa duração do tratamento ou mesmo a falta de sintomatologia que justifique a sua continuidade.

[...] a questão da religião, né!? Que algumas religiões proíbem o uso da medicação. Então o paciente tem crises, assim, uma atrás da outra por que alguém da igreja, que frequenta, disse que aquilo não é coisa boa, a medicação não é coisa boa, que não é para tomar. Então isso também interfere muito. (*Psicóloga*)

Sobre a utilização das medicações de depósito, seu funcionamento, em que situações seriam indicadas, periodicidade, efeitos colaterais e a aceitação desta estratégia pelos usuários, as entrevistas tornam-se esclarecedoras.

Bem, uma das que tem dado muito certo, como eu já falei é o uso da medicação de depósito, né? [...] que mesmo caro, eles estão comprando. [...]Por quê? Porque eles estão se sentindo bem com essa medicação. A facilidade de todo dia não estar tomando comprimido, de ao se deslocarem para algum lugar, levarem os comprimidos no bolso, que dizer, eles não gostam de ser visto tomando remédio, né? Então é isso, muitos que trabalham nas culturas da uva, da manga, da goiaba, né? Eles não querem que ninguém veja eles tomando remédio, porque senão pode perder o emprego, né? (*Psiquiatra*)

Encontra-se evidenciado, na fala acima, que a relação a qual os usuários estabelecem com a estratégia medicamentosa seria construída nos diversos dispositivos do serviço, além de interferir nas relações sociais deles. Dessa forma, o próprio usuário “conscientizar-se-ia” de sua finalidade, dos efeitos colaterais (impregnação, redução da libido) e em que situações haveria necessidade da utilização desta estratégia.

Nas entrevistas, foi relatado que, diante da complexidade e diversidade dos fatores implicados na Crise, a ausência da medicação seria, na perspectiva da equipe e dos usuários, um dos fatores desencadeadores dela:

[...] e a medicação também está faltando. A gente... estes dias, o que me chamou atenção foi uma paciente que estava chorando. Aí, eu me aproximei e perguntei por que ela estava chorando: “Porque hoje é o dia da minha injeção, e eu sei que aqui não tem e eu não tenho dinheiro pra comprar, ou seja, eu sei que vou entrar em crise”. Então eles já sabem isso, eles percebem, e a gente fica sem ter o que fazer, porque não está tendo medicação, não está tendo a medicação, ela está aqui dentro, mas, e o paciente que está lá fora? Entendeu? Então é bem complicado para a gente. (*Enfermeira*)

Em distintas situações, a medicalização surge como única estratégia de intervenção possível de ser efetivada pela equipe técnica. Essa questão mobiliza significativamente estes profissionais, o que os leva a problematizar as implicações dessa prática.

Mas, é difícil. Às vezes eles acham que é só medicação. Só o remédio que dá jeito, então assim, eles valorizam muito a consulta com o médico. Então, veio para a consulta com o médico, pegou o remédio, está tudo ótimo! Aí, depois começa com as lamentações, que o remédio não está fazendo efeito, e aí, quando a gente começa a ver, é isso, problemas em casa, com filho, com marido, dificuldade para dormir, problema financeiro, um monte de coisa, o remédio não vai tirar isso. Então isso a gente precisa estar conversando, você precisa estar entendendo essas questões, não é só a medicação. Por isso é que eu digo que a gente tem sempre que estar repetindo o que é o tratamento, o que é que a gente pode fazer. (*Psicóloga*)

Neste sentido, os profissionais demonstram uma compreensão de cuidado em Saúde Mental – como vimos no relato acima – bem mais ampla do que a exclusiva administração de medicamentos, pois eles se preocupam com o fato de que os próprios usuários demonstrem, em algumas situações, uma concepção de “tratamento” centralizada na utilização da medicação.

Nas entrevistas dos profissionais, percebemos, ainda, a preocupação em relação ao consumo de Psicotrópicos associado ao álcool ou outras drogas ilícitas, pois este seria um dos fatores que favoreceriam o desencadeamento de situações de crise e de violência e/ou “crimes”.

[...] o paciente sempre foi ao CAPS sozinho e assim, era um paciente esquizofrênico e de repente ele começou a aparecer no serviço alcoolizado. Que, até então, a gente não sabia que ele fazia uso de nenhum tipo de substância psicoativa. E aí, da primeira vez que ele chegou alcoolizado e aí, ele tentou me assediar dentro do CAPS. Aí, a gente já achou estranho porque ele era uma pessoa contida, até a forma como ele se vestia, assim, sempre muito organizado, acho que até para poder transparecer para a gente a organização, a desordem dele organizada, né?! (*Enfermeira*)

A fala dos entrevistados corrobora a concepção de que a manutenção da medicação seria um instrumento fundamental, não somente para a finalização das situações de crise, como também para a prevenção à sua reincidência. Em algumas situações, torna-se necessária sua utilização continuada, por tempo indeterminado.

A gente sempre explica que não é uma alta para sempre, que ela é uma alta do tratamento CAPS, mas que ele tem que dar continuidade ao tratamento, talvez para o resto da vida. Tem que ser visto periodicamente, e a medicação que ele está tomando tem que ser reavaliada e pode, a eles sempre perguntam “Ah, eu vou tomar medicação para o resto da vida?”, e a gente diz :“Não, você pode diminuir, ficar tomando uma medicação de manutenção no momento, tal”, mas também a gente nunca garante que é um paciente que nunca mais vai ter crise, entendeu? (*Psicóloga*)

Assim, podemos perceber, na fala dos participantes, que o uso de Psicofármacos torna-se uma importante estratégia na resposta à crise, sendo utilizada frequentemente como primeira intervenção para, posteriormente, serem feitos os encaminhamentos para as demais propostas terapêuticas do serviço CAPS. A família torna-se um importante ator na manutenção e acompanhamento desta intervenção e, em muitas situações, a compreende como única estratégia de cuidado. Esta mesma questão é percebida nos usuários, embora ocorram diversos fatores que comprometam a adesão destes ao uso continuado da medicação.

III.3 Desafios para lidar com a crise

III.3.1 Equipe

A situação de crise requer dos profissionais do serviço CAPS o desenvolvimento de ações de cuidado que possam solucioná-la. Para tanto, diversos campos de conhecimento deveriam estar aí implicados, possibilitando a interlocução entre os vários saberes e contribuindo na elaboração de estratégias que tenham como eixo norteador a integralidade das ações, visando à atenção individual.

Frente à complexidade de fatores envolvidos na situação de crise, os participantes destacam em suas falas a importância do trabalho multiprofissional na abordagem e cuidado de sujeitos em sofrimento psíquico. Fica evidenciada a valorização da multiplicidade de saberes como fator que favoreceria a efetividade da intervenção da equipe.

[...] como a equipe, realmente era uma equipe muito maior, que você tinha ainda uma equipe razoável com assistente social, com psicólogas, médicos... inclusive tudo, você tinha condições de fazer intervenções como acompanhamento familiar, psicoterapia individual, entendeu? É... Às vezes nós, é... Intervíamos através de forma jurídica, solicitando que a promotoria nos ajudasse em determinados aspectos, às vezes com serviço social da prefeitura, né!? A secretária de ação social, então, é... Você ia tentar identificar o... As prováveis causas urgentes de serem resolvidas e assim você tentava dar os encaminhamentos, então existiam essas estratégias nas quais você tentava fazer essa abordagem e evitar, fazer com que o indivíduo sáísse da crise. (*Psiquiatra*)

Entretanto, percebe-se, nas entrevistas, uma divergência quanto ao CAPS estar preparado para atender sujeitos em crise e até mesmo uma ambivalência dos próprios profissionais quanto a essa questão.

Eu me acho muitas vezes impotente na questão da crise. Eu acho que a gente não tem, é assim, a gente consegue fazer o atendimento, quando a gente para conversar, assim... é que a gente vê que a gente consegue dar alguma resposta para esse sujeito que chega dessa forma. Mas, na hora de fazer a gente não tem uma coisa pensada, uma estrutura assim... quando ligam, a gente fala logo que a gente não atende em crise aqui, “levem para o PAS, levem para o Hospital, que a gente não tem estrutura para atender”. Mas conversando assim, aí a gente vê que faz, consegue fazer alguma coisa, sabe... consegue fazer alguma coisa, mas acho que dava para a gente fazer bem mais. Não sei como, mas dava. (*Psicóloga*)

A situação de agudização da crise, em algumas situações, necessita que o sujeito seja encaminhado para o internamento no Hospital Geral. Entretanto, na gestão local, diversos fatores interferem para que não sejam implantados os leitos de saúde mental, sejam de ordem administrativa (separar leitos, medicação, disponibilidade de mão de obra) ou de recurso humanos (disponibilidade dos profissionais para o cuidado em saúde mental, educação continuada para as equipes de saúde, etc).

Na percepção dos participantes, caberia aos profissionais do CAPS investir na consolidação dessa estratégia de cuidado, evitando que seja encaminhado ao Hospital Psiquiátrico. Como dificilmente existem vagas no Município mais próximo, ocorre o seu deslocamento para a capital ou outro Estado, afastando o sujeito em crise de seus familiares e de seu território.

[...] talvez focar em alguns locais como estratégia, e a questão do leito psiquiátrico em hospital geral, que é uma coisa que o Ministério ele dá incentivo financeiro para isso, o leito psiquiátrico ele é mais caro, né?! Então são pequenas coisinhas, que assim, já de início você já conseguiria começar a tecer as primeiras linhas das pontas para a gente tentar fazer a teiazinha bonitinha de aranha com tudo lindo, né?! Que aí também você pode querer fazer uma capacitação geral, a gente já tentou, não é uma coisa tão efetiva, que apesar de ter vários e vários cursos em termos de humanização, humanização não é uma coisa que se ensine, né?! Um manejo que é do ser, que é muito inerente ao sujeito, você não pode ensinar o humano a ser humanizado, né?! Que ele é humano, então eu... Nesse sentido de capacitação, “há vamos capacitar todo mundo”, eu acho... Não se capacita dessa maneira, né?! Teria de ser coisas bem específica, a gente já tentou com o SAMU, mas aí também há questão de quem está a frente do SAMU para estar direcionando isso, mas eu aposto muito na questão da rede.
(Enfermeira)

A dificuldade de resposta à crise estaria relacionada, segundo os participantes, à configuração reduzida do quadro técnico – abaixo da equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde – à ausência de uma maior diversidade profissional. Além disso, o excesso de usuários interferiria na possibilidade de serem efetivadas as ações de cuidado.

[...] então tem essa questão da equipe estar muito, é... Mínima da mínima, né?! Na verdade não há uma equipe multidisciplinar para estar dando esse suporte, né?! E, fora a questão da alta demanda, né?! Então assim, eles não estão conseguindo fazer realmente o trabalho, estão fazendo mais a parte de curativo, porque o CAPS ele não tem uma proposta de ambulatório, nem de você está tratando o paciente de forma medicamentosa, ele é uma das formas de tratamento, mas não a prioritária, né?! (Enfermeira)

Entretanto, alguns participantes problematizam sobre a real dimensão destas dificuldades, como fica explicitado na fala abaixo.

E assim, eu não aguento mais o discurso da “equipe reduzida”, “da gente estar sobrecarregando”, e às vezes eu fico me perguntando se não é uma bengala que a gente está se apoiando ... Mas é muito difícil trabalhar com a equipe do jeito que está, muito reduzida. É muito difícil a gente querer propor alguma coisa. (*Psicóloga*)

Percebe-se na falas dos profissionais o questionamento quanto ao modo de funcionamento do serviço, se este estaria funcionando efetivamente na lógica substitutiva ao modelo asilar, como foi evidenciado nas palavras da enfermeira:

[...] eu não tenho essa enfermeira fazendo a atividade de conduzir, de intervir nesse processo de crise, que muitas vezes a intervenção é só medicamentosa, se o paciente fizer um vínculo com ela na hora da crise, ela não tem como acompanhar ele o tempo todo, ela vai ficar sempre a disposição do serviço interno, a gente não tem, não consegue gerar uma dinâmica que mexa com isso, que faça com que o médico, por exemplo, saia de dentro de seu consultório. Então é assim, é mais a questão de... Eu tenho um CAPS, teoricamente eu não tenho muros, mas eu tenho um sistema manicomial praticamente dentro do serviço por conta de uma demanda que está cada vez mais reprimida [...] (*Enfermeira*)

Diversos desafios surgem na própria estruturação da equipe – no que tange a recursos humanos e à qualificação – interferindo fundamentalmente na consolidação de estratégias que possibilitem uma maior resolutividade das ações de cuidado a sujeitos em situação de crise. Neste sentido, a fala da enfermeira elucida essa questão de forma mais ampla.

[...] em primeiro lugar, é a reestruturação da equipe, quanto ao que eu já disse a questão do ensino, de recursos humanos, de qualificação, eu acho que eles conseguiriam dar mais conta, eu acho que a gente não dar conta de tudo nunca, mas, eu acho que conseguiria ter um suporte maior para sustentar um pouco mais esse processo de trabalho e ter mais resolutividade em se e, eu acho que no outro ponto seria realmente se aproximar mais dessa questão da política realmente de saúde mental que hoje a gente não consegue ter esse norte, por conta de tudo isso que eu já disse, das demandas, da situação da gestão, do serviço né?! Desse processo de trabalho difícil, acho que repensar realmente como é que é... (*Enfermeira*)

Evidenciam-se nas entrevistas acima, a importância atribuída pelos participantes do cuidado à crise ser efetivado por uma equipe constituída por diversos campos de atuação, sendo considerada fundamental para a elaboração de estratégias dentro da lógica de cuidado do modelo CAPS. Também foi observado, que a estruturação da equipe e a falta de qualificação interferem na consolidação de estratégias que possibilitem uma maior resolutividade das

ações de cuidado a sujeitos em situação de crise, além de interferirem na consolidação da rede de saúde mental.

III.3.2 Mobilização do Profissional

Essa subcategoria refere-se à dimensão do profissional de saúde mental. Torna-se necessário refletir sobre os efeitos, nos profissionais, dessa prática cotidiana de atenção a sujeitos em sofrimento psíquico ou situação de crise.

Porque assim, o ano passado quando eu entrei, o primeiro paciente que eu vi entrar em crise eu fiquei muito triste, muito angustiada. Porque assim, ele estava super bem e de repente ele apareceu aqui, com a aparência toda largada, parecia, não sei explicar nem como. Sujo, maltratado, ele não era assim, maltratado e tudo. E super agressivo com a gente. Todo hostil, e ele não era assim. E eu fiquei arrasada, por que, onde foi que eu falhei? E aí, eu comecei a entender que não dependia só de mim, que não depende só da gente, depende de todo um contexto, depende de toda uma questão familiar, financeira, tudo. E que a gente não consegue dar conta disso tudo. [...] Ou seja, para a gente aqui, ele vinha, chegando passava pela consulta, pegava a medicação, nos dias que vinha participava dos grupos maravilhosamente bem, principalmente do grupo de psicologia. Tinha uma boa interação com todo mundo, usuário e funcionário, e de repente explodiu aqui, assim, tanto que ele foi internado no Hospital Psiquiátrico [em outro estado]. (*Psicóloga*)

No relato da psicóloga, destaca-se a sensação de impotência e angústia desta profissional quando não encontra indícios do desencadeador da crise. Podemos perceber, nas entrevistas, que a situação de crise torna-se, para os profissionais, um momento de avaliação da terapêutica, ou seja, concepção de cura, reabilitação e prevenção.

A ausência de articulação da rede de saúde mental, surge nas entrevistas, como um dos fatores que dificultaria e, em algumas situações, inviabilizaria a reinserção psicossocial dos usuários do serviço. Essa questão tem feito com que a equipe permaneça com o usuário no serviço, mesmo quando este se encontra apto para a alta e para a reinserção no território. O fato destes sujeitos não necessitarem ou não mais se adequarem às atividades desenvolvidas no CAPS, tem trazido dificuldades na condução destas e mobilizado os usuários que, conseqüentemente, demandam novos posicionamentos do serviço e da equipe técnica.

[...] Que é isso que a gente vê, que é o que desgasta também equipe, que a gente vê paciente que não precisa mais do serviço, que esses pacientes intervêm negativamente no serviço, como eles não estão muito bem, então eles acabam influenciando negativamente tanto os outros paciente como o

próprio processo do serviço, porque eles estão muito mais críticos, porque aqui não é mais suficiente para ele e, é o que a gente sempre diz que não foi suficiente, mas eles nem saem de lá, porque não tem para onde ir e, fica aquela crítica em relação ao serviço, de coisas que os outros que estão começando, estão precisando que para ele, como já tem tanto tempo, que ele vivencia aqui. Para ele já não tem mais importância, né?! Mas aquele paciente que está chegando, é tudo do que ele precisa que, às vezes, nunca teve nem aquele contato com aquele... (*Enfermeira*)

Como já foi observado anteriormente, os profissionais relataram a falta de recursos para lidar com sujeitos em crise que apresentam comportamento agressivo. Alguns entrevistados consideram que o serviço não apresenta estrutura adequada para que possam lidar com essas situações.

[...] Mas a gente fica com receio, porque a família chega dizendo uma coisa, que ele é agressivo, que ele parte para cima, e tal. Então a gente fica com medo. Porque aqui a gente não tem segurança para estar ajudando numa intervenção. (*Enfermeira*)

Experiências vivenciadas no cotidiano do serviço têm sido consideradas desencadeadoras de sofrimento psíquico para os profissionais, segundo a fala abaixo.

[...] Preparados não totalmente, mas assim, um mínimo, minimamente preparados para receber, para acolher, para tentar conduzir o caso junto com a família. A gente vai esbarrar em coisas muito pequenas, como eu lhe disse, insumo, medicamento principalmente, e profissional e aí? Assim, por outro lado, a equipe que resta ainda fica adoecida, porque não é fácil trabalhar com saúde, principalmente com saúde mental. Porque você está o tempo todo ouvindo sobre o sofrimento de alguém, sobre as dificuldades em relacionamento familiar, relacionamento pessoal e por mais que o profissional seja ético, seja o que for, ele não é um objeto inanimado, ele absolve de alguma forma cria vínculo, o paciente também, a família então... a gente acaba ficando num processo de, digamos assim, de limitação muito grande, então se antes ele dava um nível de resolução aquela situação e evitava uma crise por um ano, vamos supor, hoje a gente não consegue mais isso, muitos pacientes nossos que estão entrando em crise [...] (*Enfermeira*)

Nas entrevistas, surgem questões relativas à mobilização dos profissionais inseridos no cuidado a sujeitos em crise. Os participantes consideram que a escuta do sofrimento psíquico dos sujeitos em crise, associada à falta de recursos materiais e humanos no serviço, à sobrecarga de usuários, à falta de insumos para as oficinas e para o acompanhamento medicamentoso, à redução do quadro técnico, à desarticulação da rede de cuidado em saúde mental, ao enfrentamento a situações de crise, nas quais os usuários demonstrem comportamentos agressivos, e à falta de vínculo trabalhista, mais do que questões que interferem na dinâmica do serviço, têm provocado o “*adoecimento*” dos profissionais.

III.3.3 Rede

Os diversos serviços da rede de assistência teriam como objetivo possibilitar o atendimento às necessidades em saúde mental no território, trazendo a corresponsabilização e o aumento da capacidade de resolutividade. Pressupõe-se que a rede esteja em constante construção, possibilitando através de sua articulação, a integralidade das ações em saúde.

Sobre a articulação da rede, segundo os participantes:

Assim, a gente não têm muita articulação de rede, em alguns casos a gente conseguiu contactar PSF e a gente unia a equipe de PSF junto com a equipe de CAPS para estar intervindo, mas essencialmente a gente estava trabalhando muito sozinho, mas como a equipe tinha uma clientela menor, então a gente conseguia realmente efetivar [...] (*Enfermeira*)

A rede local estaria constituída formalmente por instituições e modalidades que seriam os PACS, PSF, NASF, CRAS, AME, rede ambulatorial de saúde mental (Policlínica), Hospital Geral e os CAPS (ad e II). Entretanto, na visão dos participantes, embora tenham ocorrido avanços, se faz necessária a consolidação da rede de atenção em saúde mental e a corresponsabilização da atenção básica pelo cuidado integralizado aos sujeitos em sofrimento psíquico.

É um paciente que tem uma boa resposta ao que foi instituído para ele, né!? Que tenha uma relativa rede de apoio social, pelo menos uma relativa rede de apoio social, né!? E no qual haja também um serviço de referência para qual você possa encaminhar, então, aí você tem alguns critérios dos quais você pode se basear para encaminhar o paciente com uma certa tranquilidade. (*Psiquiatra*)

Sobre outro aspecto, a falta de articulação da rede de saúde mental poderia ser traduzida por uma demanda reprimida que vai desembocar no CAPS. Esta questão fica evidenciada pelo excesso de demanda ao serviço⁴. Como consequência, o serviço passa a – nas palavras dos participantes – “*sedar e mandar para casa*” (*Enfermeira*).

É que a gente está com mais do dobro dos pacientes. De duzentos e vinte, já está com quatrocentos e quarenta, alguma coisa assim. É mais do dobro,

⁴ Neste sentido pudemos observar que durante o período da pesquisa o serviço a qual pertenciam 4 dos profissionais entrevistados apresentava, segundo alguns participantes, um quantitativo de 440 usuários cadastrados – superior a 500, na fala de outros – inviabilizando o atendimento a novos usuários e provocando a suspensão das triagens.

então não tem como estar admitindo mais gente, porque a agenda é toda cheia, e a gente não tem condições de fazer o atendimento, aí, também a gente não pode estar fingindo que faz. Tem que fazer. Já que a gente assumiu esses, tem que fazer. *(Psicóloga)*

Podemos perceber que o fato de não existir uma rede de saúde mental para direcionar a continuação do tratamento, ou mesmo a falta de um sistema de referência e contra-referência, impede que ocorra a alta clínica de usuários do CAPS, mesmo não sendo mais necessária esta estratégia de cuidado.

Nesse sentido, a consolidação da rede de Saúde Mental foi considerada, pelos sujeitos participantes dessa pesquisa, como um dos fatores que poderiam contribuir significativamente para prevenção da reincidência da situação de crise.

Algumas pessoas a gente, aliás, várias, a gente conseguiu dar alta com esses critérios para ambulatório, muitos não voltaram, eu não sei se porque se estão bem em ambulatório ou porque se perderam dentro desse sistema todo ou se estão no acompanhamento só no PSF. Mas, grande parte ainda está aqui, porque a gente não consegue fazer essa ponte nem com PSF e nem com o ambulatório por conta dessa situação de rede, muitos PSF estão sem médico né?! Então assim, dar alta para o paciente aqui e ele não vai conseguir mais ter receituário para o medicamento dele, então a equipe fica ainda se responsabilizando por um número de usuários hoje que já chega a mais de quinhentos, que é uma grande... Que é a grande dificuldade hoje... *(Enfermeira)*

Essas questões têm maiores desdobramentos por inchar o serviço e inviabilizar, conseqüentemente, que sujeitos em crise possam ser absorvidos para dar início ao tratamento. Com isso, o CAPS perde sua proposta e restringe sua intervenção à terapêutica medicamentosa, dificultando que a equipe ultrapasse o modelo biomédico.

[...] agora com essa questão da rede, cada vez mais difícil, então, a coisa, medica e manda embora, então a gente não está dando conta, além da crise, que eu estou falando, também do usuário que já deveria ter saído do CAPS, possivelmente já estaria inserido lá fora e teria melhores condições e aí, a gente fica com ele aqui e não está dando conta dos demais, mesmo mudando de modalidade, mesmo trabalhando a questão das ações intersetoriais que são poucas, mas ainda existem. A gente não está conseguindo dar conta de todas essas situações de crise. *(Enfermeira)*

Outro aspecto observado pelos participantes foi a resistência dos profissionais da Atenção Básica na responsabilização pelos sujeitos que já foram usuários do CAPS. Os entrevistados compreendem que este posicionamento estaria relacionado, entre outros fatores, com um momento anterior, em que a gestão constatou que ocorria uma medicalização excessiva por

parte desses profissionais e optou por centralizar a prescrição dos psicotrópicos. Atualmente, ocorre o outro extremo: esses mesmos profissionais resistem a atuar na manutenção medicamentosa desses sujeitos:

[...] mas a gente esbarrou com a dificuldade de ir ao médico assistente no ambulatório e, PSF nem pensar, né?! Porque os médicos de... é... da família eles não atendem pacientes de transtorno mental, principalmente prescrever medicamentos nem pensar, morrem de medo da receita azul, mesmo quando para transcrever de um colega, eles não tem segurança, preferem não fazer.
(*Enfermeira*)

Diante da ausência do usuário do serviço, diversos fatores poderiam estar promovendo este afastamento do tratamento, sendo importante, na percepção dos participantes, a intervenção para que não ocorressem novos episódios de crise.

Outro fator que favoreceria a manutenção da alta e a reinserção psicossocial dos sujeitos em sofrimento psíquico seria de articulação do CAPS com as diversas estratégias de cuidado no território. Percebe-se a importância da reinserção em atividades coletivas na comunidade.

[...] às vezes procura o serviço sem demanda, mas é a questão realmente da falta de articulação da rede, hoje o que a maioria dos pacientes precisam lá, a meu ver [...] são os dispositivos de centro de convivência que a gente vê, porque eles buscam o CAPS hoje, os pacientes antigos, é questão de vínculo de contato com outras pessoas, da vida social que eles não têm na comunidade, então se eles tivessem.. Aqui [no município] a gente tem seis mil e doze, e assim... foi uma idéia que a gente teve logo no comecinho de fazer um centro de convivência [...] (*Enfermeira*)

Um aspecto importante que surge nas entrevistas seria a dependência que os usuários mantêm com o serviço CAPS. Podemos problematizar se esta questão não estaria, em alguma medida, relacionada ao fato de o próprio serviço não estar, no momento da realização da pesquisa, conseguindo construir essa articulação da rede de saúde mental.

Então assim, talvez focar em alguns locais como estratégia, e a questão do leito psiquiátrico em hospital geral, que é uma coisa que o Ministério ele dá incentivo financeiro para isso, o leito psiquiátrico ele é mais caro, né?! Então são pequenas coisinhas, que assim, já de início você já conseguiria começar a tecer as primeiras linhas das pontas para a gente tentar fazer a teiazinha bonitinha de aranha com tudo lindo, né?! Que aí também você pode querer fazer uma capacitação geral, a gente já tentou, não é uma coisa tão efetiva, que apesar de ter vários e vários cursos em termos de humanização, humanização não é uma coisa que se ensine, né?! Um manejo que é do ser, que é muito inerente ao sujeito, você não pode ensinar o humano a ser humanizado, né?! Que ele é humano, então eu... Nesse sentido de capacitação, “há vamos capacitar todo mundo”, eu acho... Não se capacita

dessa maneira, né?! Teria de ser coisas bem específica, a gente já tentou com o SAMU, mas aí também há questão de quem está a frente do SAMU para estar direcionando isso, mas eu aposto muito na questão da rede. (Enfermeira)

A equipe do CAPS teria, entre suas atribuições, a consolidação, a capacitação e o apoio matricial à rede de saúde mental. Trata-se de uma estratégia que possibilitaria a redução da demanda ao serviço, favorecendo a prevenção à reincidência da crise e, principalmente, possibilitando o cuidado de sujeitos em sofrimento psíquico, no próprio território.

[...] eu aposto muito na questão da capacitação da rede, eu acho que a gente, quando a gente centraliza no CAPS, a gente perde completamente as pernas e os braços, a gente não consegue alcançar toda a dimensão que, tanto por ser aqui [no município] uma demanda muito grande como pela questão da complexidade em si, né?! Porque são é... São as pequenas coisas que fazem grandes mudanças, né?! Às vezes a situação que desencadeia a crise não é propriamente do sujeito, do paciente e sim do contexto familiar que ele está inserido, da comunidade, então acho que se a gente apostasse nessa logística de rede, né?! De capacitação seria mais adequado [...] (Enfermeira)

Ainda sobre o cuidado no território, os grupos de convivência seriam espaços de recuperação da convivência social, favorecendo a reinserção psicossocial e ampliando as possibilidades de prevenção a novas crises. Esta questão encontra-se explicitada na fala da enfermeira.

[...] hoje o que eu sinto é o que eles precisam são dispositivos realmente como centros de convivência, não é... Hoje eles não... A demanda deles não é mais o CAPS, eles ficam porque eles não têm outro local para ir, e a equipe não tem para onde encaminhar, já foi tentado o levantamento na época que tinha terapia ocupacional, foi muito bom, foi uma época que... Só não deu certo porque a Policlínica emperrou a gente perdeu os profissionais, aquele... Foi à época que a gente disse assim: “agora gente vai conseguir dar alta e vai dar certo”, que ela levantou todos os dispositivos das comunidades dos pacientes, daqueles pacientes específicos que iam ter alta, a gente tentou também focalizar em bairros e aí, a gente apresentou para família, numa reunião de família e para os pacientes, que tinham é... Todos os dispositivos que tinham em algumas comunidades e fora disso, ela incluiu ele, né? Programas para o jovem, é... (Enfermeira)

A rede surge nas entrevistas como um fator estratégico para a superação do modelo tradicional de atenção à Saúde Mental e na efetivação da atenção psicossocial aos sujeitos em sofrimento psíquico. Destaca-se, nas entrevistas, a importância atribuída pelos profissionais à rede para o cuidado específico em Saúde Mental, seu papel na efetiva reinserção psicossocial, na manutenção da alta e prevenção ao desencadeamento de novas crises e uma preocupação com a dificuldade de implicação dos demais profissionais da rede na atenção ao sofrimento psíquico. Entretanto, percebe-se ainda uma dificuldade dos profissionais em sair da posição

de queixa em relação à gestão, e em responsabilizar-se pelo seu papel na organização da Saúde Mental local.

III.3.4 Gestão

As políticas públicas em saúde mental delinham e redirecionam o modelo de assistência em saúde mental vigente no País. Os gestores municipais teriam que assegurar o acesso da população à promoção e à recuperação da saúde, de forma integral, possibilitando condições técnicas e políticas que possam garantir o direito ao tratamento através da organização da rede de atenção integral em saúde.

O CAPS seria um dos dispositivos da rede de atenção em saúde mental, inserido num contexto mais amplo de cuidado. Neste sentido, a gestão torna-se um fator importante no cuidado em saúde mental e, conseqüentemente, de resposta à crise, nosso objeto de interesse.

Na visão dos entrevistados, não haveria por parte da gestão, o interesse em dar continuidade às políticas de saúde mental, interrompendo as ações previamente planejadas. A Gestão Municipal surge nas entrevistas como um fator desfavorável na implantação de estratégias de cuidado aos sujeitos em crise.

[...] eu percebo que depende do que o gestor entende com prioridade do que é saúde pública, eu não diria nem saúde mental, eu diria saúde pública porque ela está inserida nesse processo e se o gestor ele não pensa como prioridade dar continuidade as políticas dos serviços de saúde, público no caso, fica complicado você planejar, por exemplo, porque você vai... Eu praticamente trabalho dentro das demandas da Secretária, que hoje basicamente são: redução de custos, né?! E manter o serviço aberto. As atribuições que eu tinha quanto coordenação, eu ainda continuo tendo, mas eu não executo. Então assim, você não pode planejar, por exemplo, abertura de um novo serviço substitutivo para criança, para adolescente como vinha sendo pensado anteriormente ou para trabalhar a territorialização ou para abrir um foco de discussão diferente, leitos, CAPS III, sei lá, dentro de um foco que esteja na política de saúde. (*Enfermeira*)

Sobre a relação da gestão e a resposta à situação de crise, podemos perceber que os participantes consideram que a saúde mental na região encontra-se “*desassistida*” pela Gestão Municipal.

As articulações da rede sem sobra de dúvida falta de suporte para essas pessoas, a falta de acolhimento eles não tem realmente um local a se dirigir, apesar de, teoricamente, ser o CAPS eles não tem aonde ir e, realmente, essa

ausência de suporte, eles... Eu hoje diria que a saúde mental do município é em estado desassistida, não há realmente... Ela está sendo mantida a base da questão do medicamento, porque até a consulta psiquiátrica é extremamente precária, mesmo os pacientes que passam limpamente é... A gente tem consulta psiquiátrica que duram menos de... Faz nenhum... Às vezes o paciente não fica nenhum minuto inteiro, dependendo do paciente e no máximo o paciente fica um minuto e meio, três minutos pela demanda, então às vezes a gente perde muito, né?! E ele está indo só para constar, mas a consulta ela não está sendo realizada de fato. *(Enfermeira)*

Percebe-se, pela fala acima que os profissionais consideram que a gestão estrutura o serviço dentro de um modelo que priorizaria a remissão da sintomatologia, baseado na hegemonia do saber médico, desconsiderando a escuta do sofrimento psíquico como forma de intervenção. Nesse sentido, o CAPS estaria funcionando como “ambulatório” e em um formato distante dos princípios básicos e das ações de cuidado preconizados pelo Ministério da Saúde.

Sobre o dispositivo CAPS, seria de sua responsabilidade o acolhimento de 100% da demanda dos portadores de transtornos severos de um território (BRASIL/MS, 2004). Neste sentido, podemos perceber na fala dos participantes uma distância entre as determinações ministeriais e a realidade local, uma vez que o acolhimento à crise não pode ser confundida com o acesso ao medicamento, sendo necessária a intervenção de forma mais ampla, nas diversas estratégias possíveis na lógica do serviço substitutivo.

Eu não vejo hoje o CAPS com proposta de CAPS, não é?! Um serviço que tem muito bonito na portaria que é aberto, né?! Que é porta de entrada, é... A gente encontra uma porta fechada e trancada, né?! Como eu digo... Como eu disse anteriormente, o paciente está para morrer ou para matar alguém, ou ele não é admitido, né?! Você não trata mais o paciente que sofre na possibilidade do suicídio, você atende depois que ele tenta, né?! Você não atende o paciente quando ele diz que vai agredir alguém, só depois que ele agride, né?! E isso me entristece bastante a gente que acredita na... Tanto na política de saúde mental, né?! Como realmente no serviço CAPS, né?! *(Enfermeira)*

Em algumas situações de crise, diante da gravidade do quadro, torna-se necessário o seu internamento. A intervenção à crise no Hospital Geral, além de ser uma estratégia preconizada pelo próprio Ministério da Saúde, seria produtiva, na visão pelos participantes. Entretanto, os profissionais encontram dificuldade em sua efetivação por não encontrar leitos no Hospital Geral, provocando o seu encaminhamento para o Hospital Psiquiátrico, aspecto já mencionado anteriormente.

Podemos perceber que os profissionais consideram que a falta da articulação da rede de saúde mental impede a referência e contra-referência e o desenvolvimento de ações intersetoriais. Na percepção dos participantes, esta desarticulação da rede estaria relacionada ao fato de que o funcionamento destes serviços (inclusive do CAPS), encontra-se comprometido pela dificuldade apresentada pelo gestor local na estruturação dos diversos dispositivos de saúde.

Estas questões, além de favorecerem o desencadeamento de situações de crise nos usuários, impedem que o CAPS possa efetivar as estratégias necessárias ao cuidado e posterior alta dos usuários e, conseqüentemente, na abertura de novas vagas para sujeitos em situação de crise.

Então a gente não teve como encaminhar para lá, porque a gente não conseguiu a garantia disso. A gente queria a garantia desses agendamentos. E aí lógico, só entregaria a data, estava conversando com eles antes, mas eles só iam sair daqui realmente quando tivesse a consulta marcada lá na Policlínica. E aí teve uma séria de mudanças nessa questão da mudança lá dos profissionais, que foram desligados do serviço, e a gente não teve... Na central de marcação disse que não tinha como garantir para gente esse agendamento lá, aí a gente não ia deixar de atender o paciente aqui.
(Psicóloga)

Para finalizar, podemos observar que os participantes ressaltam aspectos da gestão tais como: equipe mínima, educação permanente, recursos materiais, política de gestão de trabalho, os quais estariam interferindo negativamente para que eles possam estar desenvolvendo ações efetivas de cuidado à situação de crise:

[...] então a gente não está realmente dando conta do papel do serviço que deveria ser, né?! De estar coberto pelo menos os insumos básicos, com uma equipe mínima, mas que estivesse mais, se sentindo mais preparada, porque assim, direitos mínimos do servidor, eles não tem, né?! Isso também mexe, se não tem uma gestão que se preocupe também com a gestão, como eu disse, dar uma política de saúde. Que aí não só tem a política de saúde mental, mas a política de gestão de trabalho, de gestão da educação permanente e de outros tipos de gestões que estão por aí, a gente não dá, não dá condição realmente a esse trabalhador, né?! É o que dificulta bastante.
(Enfermeira)

Podemos perceber nos dados analisados que os participantes fazem uma correlação entre implantação e delineamento de práticas inovadoras de cuidado à situação de crise com a implementação de políticas públicas locais que possibilitem a integralidade do cuidado em saúde mental.

Entretanto, várias foram as dificuldades encontradas no contexto das políticas públicas e de gestão que estariam interferindo para que se pudesse romper com as antigas práticas de cuidado, ainda centralizadas nos especialistas, na intervenção medicamentosa e nas ações dissociadas dos diversos dispositivos. Na percepção dos entrevistados, o fato de a gestão local não demonstrar uma preocupação com a saúde mental estaria evidenciada pela falta de recursos para a implementação das ações de cuidado em saúde mental.

III.4 Alta e sua Relação com a Crise

III.4.1 Alta Clínica

A alta clínica do usuário ocorre na etapa final do tratamento no serviço CAPS e estaria relacionada ao seu processo de reabilitação e reinserção psicossocial, ou seja, aumento do poder de contratualidade do usuário, maior autonomia e construção de uma rede de relações.

A gente acompanha esses pacientes há muito tempo, então até o período é... Se ele teve crise, a gente sempre avalia a periodicidade dessas crises, né?! Essa reincidência é... A questão da assistência social, que a gente tem muitos pacientes desde... Não intensivos que estão prontos, que são pacientes que estão trabalhando ou ensinando ou estudando ou mesmo que ele não esteja fazendo nada, na comunidade dele, a gente... Ele sempre trás que ele está participando de algo, né?! (*Enfermeira*)

A reinserção psicossocial seria um dos fatores destacados pelos participantes que poderiam interferir num processo de alta de um usuário. Eles ressaltam que a alta do serviço não significa alta do tratamento, sendo necessário seu acompanhamento na atenção básica ou na Policlínica. Essa questão torna-se relevante, uma vez que não haveria como prever se ocorreria a reincidência da crise.

Há, é difícil afirmar “não ocorrendo novas situações de crise” eu acho complicado, mas assim, a gente... Eu vejo como uma questão da evolução, da articulação deles, da busca de coisas lá fora, de estudar, de trabalhar. A gente estava montando, estava montando não, montamos os grupos de alta, que era basicamente isso. Os usuários que eu sugeri para gente fazer o *estudo de caso* para vê realmente “sim ou não”, no *estudo de caso* eu via basicamente isso, como eles chegavam, como eles estavam articulando, o discurso bem coerente [...] (*Psicóloga*)

Nessa fala, a psicóloga aponta uma estratégia importante que tanto possibilitaria a efetivação da alta do usuário, como também seria determinante na manutenção desta, que são as “Oficinas de Alta”. Nestas oficinas seriam trabalhadas questões relativas à reinserção do usuário em seu território.

Outro fator relevante presente na fala acima, seria sobre a decisão de prescrição da alta. Segundo esta participante, a decisão ocorre a partir da avaliação da equipe técnica em reunião de “discussão de caso”, em que seriam considerados determinados aspectos já sinalizados nas falas acima.

Ocorrendo a reincidência da crise, após a prescrição da alta do serviço, em algumas situações torna-se necessária a readmissão do usuário – geralmente por um breve espaço de tempo – para posterior reencaminhamento para a Atenção Básica ou Policlínica.

[...] é uma paciente que tinha depressão, tem depressão, e ela voltou a ficar com desejo de morrer, entendeu, é questão das idéias de perseguição, ficou com idéia suicida, e aí ela foi readmitida aqui, mas quando ela foi readmitida aqui ela já sabia, a filha dela já tinha dito até “É só enquanto ela melhora, depois pode voltar pra Policlínica”, porque a gente também está sem saber como é que ela vai ficar em casa. Porque uma coisa é você deixar uma pessoa que está bem em casa, outra coisa é você deixar uma pessoa que está com idéia suicida. (*Enfermeira*)

Na situação descrita acima, a família reconheceu a necessidade de intervenção e buscou o CAPS antes que se agravasse o quadro de depressão. Podemos perceber, como já foi sinalizado em categorias anteriores, que a família torna-se fundamental para a manutenção da alta do usuário, possibilitando, segundo os participantes, a ponte entre o usuário e a rede de saúde mental. Em muitas situações, torna-se fator determinante na prescrição da alta e na prevenção de novas situações de crise. A fala abaixo destaca essa questão.

A gente tem paciente lá, que a família dá um suporte excelente ao paciente. Que, independente do CAPS, ele já articula o paciente para fazer outras coisas. Então, não tem o porquê dele estar sendo mantido lá, que também eles só ficam pela questão do medicamento, né?! E tem paciente que a gente vê que, infelizmente, a família... Por mais que a gente esteja mantendo o paciente, pela família, a gente não vai conseguir ter ele, naquela família, então são pacientes que a gente também não tem mais o que... (*Enfermeira*)

Evidencia-se nas entrevistas, como fatores desfavoráveis para a efetivação da alta do usuário, a falta de uma rede de apoio em saúde mental e de articulação do CAPS com a Atenção

Básica, o que favorece, em alguma medida, para a manutenção da dependência do usuário com o serviço CAPS.

Essa era a nossa dificuldade e sempre foi, né!? Novamente vou dizer, não sei se hoje, mas assim, a gente tinha muita dificuldade de dar alta ao paciente, talvez, por isso também a demanda era... A quantidade de pacientes era muito grande, porque a gente para dar alta, a gente se sentia muito insegura, por conta que a gente não tinha a rede, né!? De saúde mental, mas assim, quando o paciente já tem autonomia para resolver suas coisas, dentro das limitações dele, eu acho que esse momento é o de dar alta. A gente não pode alimentar o paciente o tempo todo a ficar lá, a depender do serviço... a, não.
(*Psicóloga*)

Nas entrevistas, evidenciam-se como fatores favoráveis para a prescrição da alta do usuário: ausência de situações de crise, a redução da medicação (permanecendo apenas com a dosagem mínima), reinserção no mercado de trabalho e apoio familiar.

A prescrição da alta do usuário coloca os usuários frente ao desafio de retomar a convivência na comunidade, construindo um cotidiano fora do serviço e mantendo seu tratamento em outro modelo de atenção em saúde mental. Nas entrevistas, evidencia-se a importância atribuída ao acompanhamento familiar e a manutenção do acompanhamento na rede de atenção em saúde como fatores favoráveis à prevenção de novas situações de crise. Assim, mais uma vez, surgem questões relativas à gestão e rede como fatores determinantes no cuidado em saúde mental.

III.4.2 Alta por Abandono e Alta Administrativa

O CAPS, como qualquer instituição, apresenta uma organização de funcionamento, estando profissionais, funcionários e usuários submetidos a essa dinâmica. Nesse contexto, algumas normas são estabelecidas para a convivência entre os diversos atores desse processo, para a manutenção das atividades do serviço e do tratamento do usuário. Sua ausência às atividades propostas no PTS é considerada, pelos profissionais, um fator que favoreceria a reincidência da crise.

Outro aspecto relevante quanto a esse afastamento das atividades, seria o fato de que manter essa vaga ociosa, impediria o cuidado a outro sujeito em sofrimento psíquico. Neste sentido, a ausência do usuário no CAPS, durante determinado período de tempo, sem justificativa,

evidencia alta por abandono. Já a alta administrativa, ocorreria com menor frequência e estaria relacionada às questões normativas da instituição.

Como já foi abordado anteriormente, o não comparecimento do usuário das atividades do CAPS pode ocorrer por diversos motivos, cabendo ao serviço tentar resgatar esse usuário através da estratégia de *busca ativa*. Essa pode ocorrer através de contato telefônico com o usuário ou familiares, visita domiciliar ou, em situações nas quais esses meios não forem possíveis, em contato com a UBS, para que, através do PSF/PACS, ocorra o cuidado a esse usuário. Na fala abaixo fica evidenciada a importância atribuída à busca ativa como fator de prevenção ou de cuidado imediato à situação de crise.

Há outra coisa que a gente faz muito, que hoje eles não podem fazer, é a questão da busca ativa, quando o paciente sumia a gente já captava ele antes dele entrar na crise, então primeira semana se ele sumia, já no final de semana a gente ou entrava em contato por telefone, ou a busca ativa realmente da visita domiciliar, que é uma coisa que a gente fazia, a própria equipe. O que o ideal seria contactar esse PSF para ele estar recebendo esse sujeito, que a gente estaria fazendo a ponte, até apresentando o PSF a esse sujeito e também fazendo a ponte, né?! Que nada disso a gente tem hoje e aí dificultou bastante o trabalho da equipe. (*Enfermeira*)

O excesso de demanda para o CAPS tem sido considerado como um dos fatores que dificultaria a busca ativa. O índice de abandono do serviço estaria, segundo a fala da participante:

Atualmente, altíssimo, por essa questão da articulação, hoje se um paciente ele falta ao CAPS a equipe dá graças a Deus por dar alta pelo abandono, que é menos um sujeito, né?! Mas aí eles não pensam que esse sujeito vai voltar e ele vai demandar muito mais da equipe, né?! Então não há busca ativa, então é muito alto o índice apenas por isso, né?! [...] (*Enfermeira*)

A alta por abandono surge na entrevista acima, como um fator de reincidência da crise, uma vez que, com a interrupção do tratamento, não há como dar continuidade à terapêutica medicamentosa. A ausência de episódios de crise seria um dos fatores que favoreceria a alta por abandono.

Nessa situação, o usuário pode vir a considerar que não precisa permanecer em tratamento e, portanto, não precisa mais comparecer ao CAPS. Caracterizando-se o abandono, o serviço não pode mais fornecer a medicação e o encaminha para atendimento na Policlínica. Entretanto, os participantes estão advertidos de que, em decorrência da burocracia e da excessiva

demanda em saúde mental, ocorrerá um intervalo de tempo até que o usuário consiga ser atendido. Esse tempo sem medicação poderá desencadear novo episódio de crise, e seu retorno ao CAPS, como urgência.

Então o que é que acontece [o usuário não estando em crise não comparece ao serviço], eles têm essa alta por abandono [considerando a excessiva demanda de atendimento], e eles voltam no momento que começam a se sentir mal. Só que a gente não pode receber de volta, porque senão, não justificaria a alta. E aí, a gente manda para a Policlínica. Só que a Policlínica é: pega o encaminhamento, vai para o posto de saúde, o posto de saúde – que deve ter duas ou três cotas por mês – manda para a Secretaria de Saúde, quando a Secretaria de Saúde marca, volta para o posto, o posto manda pra o paciente, o paciente vai pra o atendimento no dia marcado. Então, é uma fila que anda muito devagar. Então, o que é que acontece: eles ficam um longo período sem medicação. Aí, acontece de, muitas vezes, eles voltam a dar entrada no CAPS como urgência. Não são todos, mas a grande maioria volta. A grande maioria não, uma minoria volta. E assim, alguns estão voltando devidamente para ser internado. (*Enfermeira*)

Tanto a alta administrativa quanto a alta por abandono são compreendidas, pelos participantes, como fatores que podem levar ao desencadeamento de novas crises, principalmente pela ausência de uma rede de cuidado em saúde mental e a falta de articulação do CAPS com a Atenção Básica que possa sustentar outras possibilidades de cuidado e de reinserção psicossocial para esses usuários.

Percebe-se, através dos dados analisados, que os participantes não conseguem efetivar as estratégias que, em certa medida, poderiam estar reduzindo estas altas por abandono. Surpreende o fato dos participantes não demonstrarem qualquer tipo de reflexão sobre a incidência das dificuldades no funcionamento do CAPS, ou seja, redução do quadro técnico, insuficiência de insumos, excesso de demanda, a falta de sustentação de rede que possibilite a integralidade do cuidado em saúde mental ou ao fato de estarem ocorrendo elevado índice de abandono.

Outra questão que podemos destacar foi o fato das altas administrativas não surgirem, nas entrevistas, como algo relacionado à situação de crise, embora possamos inferir se não haveria algum tipo de associação entre aspectos da crise e fatores avaliados pela equipe como definidores desse tipo de alta.

No presente capítulo buscamos, a partir da apresentação dos dados, a identificação das concepções dos profissionais sobre crise, a possibilidade de reincidência desta, quais as

estratégias de intervenção utilizadas, como eles analisam suas estratégias de intervenção nessas situações, dificuldades em relação à elaboração, execução e pertinência dessas estratégias e, por fim, a adequação delas à política de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Pretendemos avançar nestas questões discutindo estes dados no capítulo subsequente.

IV. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo como objetivo a investigação sobre *as estratégias utilizadas pelos os profissionais que atuam em CAPS para lidar com sujeitos em crise e que significados constroem sobre tais situações enfrentadas no cotidiano do trabalho*, daremos prosseguimento neste capítulo à compreensão e discussão dos dados coletados. Para melhor organização do texto optamos por discutir os dados em dois grandes tópicos: I. As concepções de crise que contém os significados e sentidos atribuídos às situações crise, considerando as concepções, os antecedentes e motivações que lhes são subjacentes, apresentados no capítulo anterior e, II. Estratégias de Intervenção em Situação de crise que engloba os seguintes aspectos: estratégias substitutivas e a desinstitucionalização dos sujeitos em crise; a escuta da família; a alta e sua relação com a crise; desafios dessa práxis incluindo equipe, rede e gestão.

No processo de análise dos dados é essencial destacarmos que não pretendemos que este estudo evidencie uma verdade absoluta e temos o entendimento que outras leituras podem contribuir de forma significativa para esta discussão. É importante considerar que essa reflexão, embora relativa a um campo singular, insere-se num contexto mais amplo de consolidação de uma produção em saúde mental que aponta desafios técnico-assistenciais em várias dimensões. Essa discussão pode assim apontar, em alguma medida, modos de compreensão mais generalizados sobre a resposta à crise neste modelo de atenção em saúde mental.

É preciso considerar o fato de o campo da saúde mental ser extremamente amplo e heterogêneo, apresentando uma diversidade de referências teóricas-práticas e de dispositivos envolvidos, que impossibilita qualquer tentativa de homogeneização (FIGUEIREDO, 2004). Esta complexidade, como não poderia deixar de ser, terá implicações na própria concepção de crise e das práticas desenvolvidas para o enfrentamento de tais situações, no dispositivo de cuidado CAPS.

IV.1. As Concepções de Crise

A primeira questão a ser apontada diz respeito à concepção de crise. Na saúde mental este conceito normalmente encontra-se associado a desencadeamento, agudização e cronificação da loucura (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007). Quando os profissionais participantes da pesquisa foram questionados quanto à definição de crise, não demonstravam apresentar um conjunto conceitual bem preciso, o que remete à dificuldade, até mesmo, em descrever uma situação de “crise”, levando-os a utilizar como referencial, a experiência subjetiva.

Apesar de existente e definido na literatura, o conceito de crise não se apresenta claramente delineado, aparecendo, muitas vezes, como algo “subjetivo”. Para Dell’Acqua e Mezzina (2005), a desinstitucionalização trouxe para os serviços substitutivos de saúde mental um problema prático, cotidiano e teórico que seria a compreensão da complexidade da crise. Neste mesmo sentido, M. S. Costa (2007) destaca

[...] a irredutibilidade da experiência subjetiva a qualquer categoria ou conjunto de sintomas, a impossibilidade de fixar traços de homogeneidade. Não era, pois, por olhos e sentidos ligados às noções de categoria diagnóstica, de síndromes ou transtornos, de sinais e sintomas comuns que passavam minhas impressões (M. S. COSTA, 2007, p.100).

A partir das falas dos participantes, a crise emerge trazendo algo da ordem da ruptura, algo da complexidade da situação de crise que, apesar do repertório teórico de cada profissional, não poderia ser enquadrado facilmente a uma classificação conceitual (estática/única). Portanto, a situação de crise ao incluir aspectos relativos ao contexto familiar, sócio-econômico e, à própria singularidade do sujeito, resiste à simplificação do próprio sintoma (DELL’ACQUA e MEZZINA, 2005).

Outro aspecto da crise abordado pelos entrevistados foi de ser esta uma tentativa de dar respostas a um momento de intenso sofrimento psíquico. Neste sentido a crise é abordada como tentativa de elaboração (comunicação) sobre algo da ordem da falta e que o sujeito não encontra recursos psíquicos para lidar de outra forma. Nesta direção Vidal *et al.* (2007) considera a crise como “*uma experiência de inconsistência subjetiva*” e ressalta que, na psicose

A crise, que emerge quando o sujeito é colocado em questão, representa a tentativa de lidar com o insustentável, sendo um arranjo providencial que se

tem quando todos os recursos psíquicos já foram utilizados. (VIDAL *et al.*, 2007, p.151).

Nesta perspectiva, a crise seria compreendida como um momento específico do indivíduo no qual “efervescem questões, afetos, gestos e comportamentos variáveis singulares, que afetam em graus diversos a vida cotidiana da própria pessoa e daqueles de seu convívio” (M. S. COSTA, 2007, p.96). Na ausência de uma representação uniforme de crise, podemos perceber a tentativa dos profissionais em identificar comportamentos não usuais, frequentemente mudanças abruptas de comportamento e/ou hostilidade, como possíveis fatores desencadeadores da crise.

Desse modo, a concepção de crise para os participantes dessa pesquisa se constitui a partir da identificação de mudanças de comportamento do sujeito, o que irá refletir nas diferentes ações realizadas por eles. Diante disso, observamos que ao considerarmos a formação profissional dos participantes, podemos perceber sutis variações na própria forma com que estes interpretam e entendem, em sua prática, o que seria uma crise. Em nossa análise, estas variações estariam relacionadas à formação acadêmica dos participantes e, nesse sentido, a concepção de crise, mais do que uma categoria de classificação abstrata, seria definidora de ações de intervenção a sujeitos em crise.

Somado a este aspecto, sobressai o fato da abordagem à crise se inserir como uma prática plural, o que resulta numa diversidade de concepções teóricas do que seria sofrimento psíquico (LOBOSQUE, 2001). Essas questões terão, evidentemente, repercussões sobre as ações de cuidado destes profissionais. A própria formação acadêmica dos profissionais de saúde tornou-se, segundo Albuquerque *et al.* (2009), eminentemente especialista, retirando o objeto de seu contexto, recortando cada dimensão do humano e separando em diversos departamentos das ciências. Essa formação acadêmica irá, necessariamente, incidir sobre os modos de produzir saúde.

A fragmentação do sujeito, ao dividi-lo em partes, irá se refletir em uma abordagem terapêutica voltada para a cura, ou simplesmente voltada para a eliminação dos sintomas desconsiderando toda a complexidade implicada (CAMPOS, 2003). Assim, para alguns profissionais, o conceito de crise encontra-se preso a categorias psiquiátricas enquanto classificação de patologia, de morbidade. Para outros, ela aparece como consequência de situações não possíveis de elaboração pelos sujeitos ou como uma tentativa de dar conta de

tais situações. Ou seja, a formação acadêmica de cada envolvido no atendimento a sujeitos em crise traz subsídios para interpretação dos seus sinais que irão orientar a prática/intervenções de cada profissional.

Neste sentido podemos perceber que a distinção entre fatores desencadeantes de situação de crise e aqueles que poderiam levar à sua reincidência, não era significativa na fala dos entrevistados. Contudo, é interessante notar que tais fatores seriam mais facilmente reconhecíveis e estariam ligados a sinais de modificação comportamental para os psiquiatras.

Para outros profissionais, eventualmente esses indícios só puderam ser percebidos a partir de passagens ao ato (tentativas de suicídio, agressividade, tentativa de homicídio, automutilação, etc.). Isso evidencia uma dificuldade por parte dos entrevistados em interpretar esses indícios, e mesmo, em definir se estes indícios estariam presentes, ou não, no período imediatamente anterior à crise.

Sobre o campo e sua práxis, Goldberg (2001) destaca que existem, em todas as profissões relacionadas à saúde mental, práticas estereotipadas que muitas vezes estratificam procedimentos que não estariam vinculadas ao cuidado do paciente. Assim, cada profissional absorve um determinado repertório de comportamentos moldado em sua formação e que estaria dissociado das necessidades do usuário, levando-o a *não tratar* tudo o que estivesse fora de seu repertório. Essa forma de funcionamento foi nomeada, por este autor, de *preconceito tecnológico*.

Desse modo, conforme pudemos perceber nas entrevistas, os participantes associam os sinais de crise ao comportamento imprevisto. Mesmo no caso das psicólogas, que compreendem a situação de crise – como uma tentativa de comunicação de algo – percebe-se também um percurso semelhante: o sujeito procura sinais que identifiquem a crise (usualmente agressividade ou impossibilidade de interagir com outras pessoas) já em meio a um processo de interpretação dos mesmos e, ao mesmo tempo, buscando identificar uma estrutura patológica que justifique o desencadeamento daquela crise.

Assim, diante da situação de crise os profissionais buscariam em seu repertório teórico categorias diagnósticas que pudessem funcionar como norteador, como filtro para tudo o que

se refere ao sujeito. Com isso, haveria uma tentativa de inserir a situação de crise, no referencial teórico que estes já dispõem.

Em nossa análise, podemos perceber o estabelecimento por parte dos profissionais de uma correlação entre os sinais e os desencadeadores das situações de crise, além da referência à quebra de um padrão de comportamento do sujeito. Ou seja, na medida em que a concepção de crise estaria associada à interpretação de sinais identificados no comportamento dos indivíduos, sobretudo aqueles que apontavam para a modificação de um padrão, a crise se caracterizaria muito mais pela ruptura, do que propriamente pelo comportamento em si. Neste aspecto poderíamos dizer que os profissionais apresentavam uma noção de “normalidade” um tanto ampliada com relação aos sujeitos em sofrimento psíquico.

Essa perspectiva estaria inserida numa discussão sobre Normal e Patológico que encontramos em Canguilhem (2010), cuja compreensão de patológico estaria associada ao fato de o indivíduo não conseguir responder de forma adequada ao meio normal anterior e o patológico, por sua vez, não existiria em si, mas na relação. Portanto, o homem seria normativo na medida em que toleraria as modificações de seu meio e estabeleceria novas normas frente a elas e o patológico seria a redução da capacidade de responder a essas flutuações. Assim,

A fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente. Aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode ser tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado. (CANGUILHEM, 2010, p.135)

Assim, no estado patológico, segundo Coelho e Filho (1999), a norma seria sempre individual, não derivada de uma média, mas de uma noção-limite que fosse definidora do máximo de capacidade de cada um. Cada sujeito teria sua própria definição do que seria normal e a patologia passa a ser compreendida exclusivamente a partir da clínica. Neste sentido, a clínica da crise se tornaria inseparável da terapêutica na medida em que não apresenta critérios objetivos, mas uma satisfação subjetiva de instaurar uma norma e, neste sentido, apresentar uma posição normativa.

Por outro lado, observamos uma expectativa diferenciada dos profissionais em relação aos indivíduos já diagnosticados como portadores de transtornos mentais, ou seja, haveria uma tendência a interpretar, por um viés patológico, suas respostas a questões cotidianas à vida de

qualquer pessoa. Destaca-se que isso se sintoniza à indicação de Dell'Acqua e Mezzina (2005) de que haveria uma tendência nos serviços de saúde a uma patologização e simplificação, ao reduzir toda a complexidade do sofrimento do sujeito a um sintoma, desconsiderando os saberes implicados nos dispositivos de intervenção, em um dado momento, além do contexto histórico, situações familiares, sociais, econômicas, entre outras.

Esses parâmetros patológicos podem ser encontrados nas referências feitas pelos profissionais a indicadores ou sinais de alterações psíquicas e de comportamento, a saber: agitação psicomotora, discurso desconexo, alteração de sono, quadro delirante, alucinações, agressividade, morbidade, ideação homicida, apresentando risco para si e para os outros, recusa ao tratamento, urgência, destrutividade em relação aos objetos, desejo de morte (própria ou de outros), construção delirante e pensamentos persecutórios.

Além disso, é comum a todos eles a percepção de que a crise permanece associada à idéia de urgência ou à necessidade de cuidado imediato, que, por sua vez, também evoca ações imediatas por parte dos profissionais (FERIGATO *et al.*, 2007).

Jardim e Dimenstein (2007) observam que a crise torna-se urgência, geralmente, a partir da avaliação dos responsáveis pelo indivíduo que, ao perceberem modificações (sintomas de sofrimento), acionam o serviço de saúde mental. Uma urgência psiquiatria caracteriza-se por uma situação de transtorno de afeto, pensamento e comportamento de tal forma disruptiva que o sujeito ou familiares ou sociedade consideram a necessidade de cuidado imediato (Flaherty, Channon e Davis, 1990 *apud* JARDIM e DIMENSTEIN, 2007). Assim, crise transforma-se em urgência à medida em que interfere na rotina familiar ou do responsável, de forma incisiva.

Essa questão nos parece importante ao considerarmos que, entre os diversos aspectos implicados na abordagem à crise, relatadas pelos profissionais, destaca-se na chegada dos familiares ao serviço com o sujeito em crise, a demanda frequente por sua internação. Assim, ao decodificar determinados sinais e acionar a internação, nem sempre os familiares tem outra concepção de cuidado além do modelo psiquiátrico ou conhece outros dispositivos de intervenção à situação de crise.

Neste propósito, Rechtrand e Leal (2000) defendem que é necessário levar em conta o enunciado de quem busca o serviço, considerando-o como um guia, embora seja necessário que a equipe encontre uma forma de construir, junto com o paciente, a direção possível do tratamento.

Sobre as estratégias de cuidado, os participantes destacam que nem sempre os profissionais e o sujeito possuem a mesma concepção de crise e, muitas vezes, a família teria outra compreensão de intervenção em saúde mental. Esta questão tem implicações significativas na condução terapêutica.

O contexto sócio-cultural em que o indivíduo está inserido pode ou não ser favorável às estratégias de cuidado, bem como, a ética institucional, todos estes fatores tem influência direta no tipo de abordagem da crise. (FERIGATO *et. al.*, 2007, p.36)

Em relação aos desencadeadores e antecedentes do quadro da crise, os profissionais consideram diversos fatores envolvidos e descreveram situações de perda, luto, frustração, dificuldade financeira, doenças, separação, brigas familiares, entre outras.

Esta perspectiva estaria referendada pela Teoria da Crise de Caplan (1980) o qual afirma que a crise ocorreria em decorrência do desequilíbrio desencadeado por situações de estresse, cujo indivíduo não conseguia enfrentar com os mecanismos de defesa e interação que dispunha.

Sob tal perspectiva, Freitas *et al.* (2000) compreende a crise como

[...] um estado de desequilíbrio psicológico provocado quando o indivíduo enfrenta situações que pressupõem ameaça, exigências ou perdas. Esse estado de desequilíbrio pode ser minimizado por mecanismos de solução de problemas e/ou algum tipo de terapia orientada à crise. (FREITAS *et al.*, 2000, p.77)

A relevância dessa teoria estaria no fato da crise ser percebida pelos profissionais como uma oportunidade fundamental para a intervenção, e sua compreensão torna-se determinante para o desenrolar do processo de solução do problema/crise (FREITAS *et al.*, 2000). Com isso, estaria implícita uma concepção mais ampla da crise e de sua dimensão subjetiva.

Ainda sobre a reincidência e a dificuldade dos profissionais ou familiares detectarem os sinais que antecedem à situação de crise, em muitas situações o próprio paciente interpreta os sinais “premonitórios” ou de sua reincidência. Esta seria uma das estratégias a serem desenvolvidas

pelo CAPS, segundo os participantes. Assim, nesta perspectiva, a aderência ao tratamento proposto pelo serviço, poderia levar a uma situação em que o paciente se tornaria capaz de colaborar ativamente na prevenção de novas crises. Em conformidade com esses dados, M. S. Costa (2007) observou em entrevistas com profissionais do Instituto de Saúde e com um integrante do Movimento da Luta Antimanicomial, que estes consideram que haveria como desenvolver certa autonomia do sujeito no manejo da crise, desde que seja respeitada sua possibilidade ativa de lidar com acontecimentos ou conjunturas de seu cotidiano de vida.

Podemos perceber a complexidade e pluralidade de fatores que os participantes relacionavam a antecedentes da crise e sua reincidência, tais como: frustração, luto, fatores sazonais, problemas econômicos, relações familiares, presença de tempo ocioso, ausência do usuário das atividades do CAPS, alta por abandono, redução do quadro técnico do serviço, ausência de articulação da rede, substituição/interrupção no uso e/ou mau uso da medicação e consumo de álcool.

Sobre as interpretações feitas pelos profissionais sobre as motivações para o desencadeamento de crise, evidencia-se a concepção de crise também como um recurso do usuário, uma vez que ela pode ser uma resposta às situações de frustração, de perda (perda do benefício, por exemplo) ou até mesmo para evitar situações indesejadas (como alta, por exemplo).

Neste sentido Ribeiro (2005) aborda a crítica frequente ao dispositivo CAPS sobre sua dificuldade em viabilizar a alta do usuário e problematiza quanto ao risco de reproduzir velhos espaços de alienação.

Andamos no fio da navalha entre a presença e a ausência, e tal seria a difícil arte de manejo necessária ao dispositivo CAPS, a fim de que não se burocratizasse no tipo de circulação que propõe a seus usuários, tampouco se eternizasse como único lugar possível, institucionalizando – novamente, tal qual o modelo a que veio se opor – seus usuários em uma condição de dependência alienante. (RIBEIRO, 2005, p.46)

Essas questões poderiam estar relacionadas, na percepção dos entrevistados, com a dependência dos usuários com o serviço, dificuldade na reinserção psicossocial e desarticulação da rede. Assim, evidenciam-se mais um possível significado atribuído à crise pelos profissionais de saúde.

Implícito à idéia de crise como recurso do sujeito estaria o questionamento dos profissionais e dos familiares (segundo os participantes) sobre o caráter manipulativo da crise, ou seja, se o quadro no qual se deparam demandaria um cuidado ou se estaria relacionado a um ganho secundário propiciado pelo diagnóstico de transtorno psíquico. Na base desse problema estaria a valorização moral, que certamente, orienta as estratégias de atenção à crise, determinando o encaminhamento ou o adiamento do cuidado a esse sujeito, a depender da interpretação atribuída à situação de sofrimento psíquico. Para Foucault (2004), com o advento da sociedade burguesa se estabelece a relação entre trabalho, lucro e virtude, desenvolvendo-se

[...] uma superabundância de significações psicológicas e sociais, por todo um sistema de símbolos morais em que a loucura se vê nivelada; ela não passa então de desordem, irregularidade, erro obscuro — um desarranjo no homem que perturba o Estado e contradiz a moral. (FOUCAULT, 2004, p. 427)

A loucura passa a ser inserida num sistema de símbolos morais em que está implícito o caráter econômico do trabalho e o caráter moralista enquanto oposição à virtude. A associação da loucura a desvio social, contradição moral, erro, desordem ou mesmo engodo, irá direcionar a terapêutica a ser utilizada na situação de crise. De fato, a terapêutica encontra-se definida não entre o sujeito e o profissional, mas organizada a partir de teorias e normas que estabelecem vinculações de diagnóstico e prognóstico (ROTELLI *et al*, 2001).

Essa perspectiva é extremamente importante na medida em que nos aponta para a co-relação entre concepção de crise e estratégia. E, a partir dos resultados apresentados, nos autorizamos a dizer que os significados e sentidos atribuídos à crise pelos profissionais, consideradas as concepções, antecedentes e motivações que lhes são intrínsecas, orientam ou mesmo formalizam-se em ações de cuidado à situação de crise no dispositivo CAPS.

É sobretudo esse aspecto que evidencia a importância da concepção de “crise como instrumentos, como ligadas a formas específicas de realizar o trabalho em Saúde Mental” (M. S. Costa, 2007, p.103). Neste sentido, há um conjunto de estratégias que foram mencionadas que organizam o cuidado do usuário no CAPS, que decorrem da abordagem direta ao usuário, à sua família e à própria instituição.

IV.2. Estratégias de Intervenção em Situações de Crise

Dentre as principais Estratégias de cuidado à crise, relatadas pelos profissionais, pudemos constatar o predomínio do atendimento médico e da intervenção medicamentosa; a abordagem à família (em detrimento da escuta ao sujeito); o encaminhamento para o hospital psiquiátrico; a escuta ao sujeito (posterior à intervenção medicamentosa, ou seja, como condição secundária); e, por último, a ampliação do tempo de permanência no CAPS.

O predomínio do *acompanhamento médico e da intervenção medicamentosa* como resposta à crise totalizou as estratégias relatadas pelos profissionais, evidenciando-se uma primazia do saber médico. Essa supremacia já era conhecida no modelo asilar através de sua medicalização e patologização da loucura. O excesso de valorização dessa estratégia na atenção à crise estaria fundamentado em um conceito de doença próprio ao poder-saber médico-psiquiátrico, conceito esse que mobilizou o movimento antimanicomial (TORRE e AMARANTE, 2001). Observa-se, no entanto, que, apesar das repercussões desse movimento, ainda prevalece a lógica hospitalocêntrica hegemônica.

Essa questão foi problematizada por Torre e Amarante (2001) ao retomarem a concepção de Sacks sobre saúde-doença em que a doença não estaria relacionado a um mal funcionamento do organismo, não seria uma oposição à saúde, mas a um processo do sujeito em que ocorreria uma outra construção de subjetividade, radicalmente diferente à norma padronizada de experiência. Essa perspectiva de doença implica numa completa ruptura do olhar estabelecido sobre o adoecer, ou seja, não se pretende tratar apenas a expressão da doença – o sintoma, mas o sujeito em sua subjetividade. Assim, poderíamos considerar que,

Existem casos em que a medicação psiquiátrica, ao fazer um anteparo à doença, não resolve o problema ou até mesmo pode agravar a situação. Nesse sentido é possível pensar que o delírio pode ser necessário como processo. A doença deve ser repensada como fato cultural e como caminho: é preciso aprender com a doença. (TORRE, AMARANTE, 2001, p.78)

Destaca-se nesta perspectiva, uma ampliação da noção de Clínica – o cuidado do sujeito – e de estratégias de atenção à crise ao compreender a doença ou mesmo a crise como um fato cultural vinculado a uma temporalidade e espacialidade produzidas em um dado contexto, implicando, portanto, um determinado direcionamento para a terapêutica a ser seguida, embora não seja o fim em si mesmo. Ou seja, o sintoma não encerra a estratégia, apenas a

direciona. O objeto deixa “de ser ‘a doença’ e torna-se ‘a existência-sofrimento dos pacientes’ e sua relação com o corpo social” (ROTELLI *et al.*, 2001, p.30).

Numa vertente oposta, a medicação pretende a remissão dos sintomas a serviço de uma concepção de cuidado equivalente à cura/reparo. Sabe-se que os avanços no campo da psicofarmacologia foram importantes por possibilitarem tanto a modificação nos tratamentos desumanos e agressivos que eram submetidos os indivíduos portadores de transtorno mental quanto na retomada destes ao convívio da sociedade e da posse de si mesmo (BASAGLIA, 2005; ROUDINESCO, 2000). Se inicialmente os Psicofármacos propunham a humanização do cuidado, passam ao longo do tempo, a serem utilizados como instrumento de controle dos corpos (FOULCAULT, 1979b).

Percebemos, a partir dos dados analisados nas entrevistas, uma tendência dos profissionais do CAPS à interpretar pelo viés patológico as situações próprias ao cotidiano das pessoas (por exemplo a tristeza em decorrência a: perdas, desemprego, luto, adaptação à nova cidade, entre outros) quando existe um diagnóstico psicopatológico anterior e, conseqüentemente, “medicalizar”. O psicofármaco se transformaria, portanto, em objeto de obturação de qualquer situação de falta ou de sofrimento psíquico.

Entretanto, Dell’Acqua e Mezzina (2005) ressaltam que a utilização de Psicofármacos deve ser considerada uma, entre tantas outras, possibilidades terapêuticas frente à crise, não apresentando um valor terapêutico em si mas, em sua capacidade de favorecer o estabelecimento de relações, de redução da angústia e, em algumas situações, de controlar provisoriamente determinados comportamentos que interfiram no funcionamento do serviço.

Para Tenório e Rocha (2006, p.65), a terapêutica, ao privilegiar a simples remissão do sintoma, desconsidera que a loucura, ou mesmo a situação de crise, seriam “um arranjo que diz respeito à existência do sujeito e às questões que estão postas para todo o sujeito humano”. Toda essa discussão apóia-se numa compreensão de reforma psiquiátrica e de clínica em saúde mental que excluem sua restrição a um modelo biológico-farmacológico ou mesmo à redução do sujeito à sua normatização psicossocial, ou seja, a um “bom funcionamento” social.

Haveria, na percepção de Lancetti (2008), uma tendência das instituições que lidam com doentes mentais a cronificarem-se e a recorrerem, prontamente, ao psiquiatra frente ao menor indício de crise. E os CAPS, embora se propusessem inicialmente, a redesenhar o cuidado em saúde mental, na verdade, repetem o modelo de outrora, demonstrando uma burocratização prematura.

Assim, as práticas das equipes multidisciplinares continuam segmentarizadas, com cada categoria profissional delimitada em seu repertório acadêmico. Neste contexto, haveria uma impossibilidade de interface entre os vários repertórios da equipe, o que condiz com uma compreensão de intervenção de equipe multidisciplinar no cuidado à crise. Contrariamente, o que ocorre é um fechamento das equipes em corporativismos que retomam a centralização do saber psiquiátrico e da medicalização.

Com isso, os CAPS, ao priorizarem a avaliação médica e a medicalização como resposta à crise, estariam rompendo com a lógica do modelo substitutivo a que se propõe e funcionando no “limite indutor da farmacodependência e da cronificação” (TENÓRIO, 2000, p.81). Portanto, esta ação, ao desconsiderar toda a complexidade implicada na situação de crise, tampouco a dimensão subjetiva do sofrimento psíquico ou mesmo a possibilidade de abrir esta dimensão para o sujeito e, com isso, impedir que a crise possa se transformar em um direcionamento para a cronificação ou para uma nova resposta frente ao contexto.

Nesta direção, a proposição de Tenório (2000) seria a de “desmedicalizar” para subjetivar, no sentido de romper o circuito em que o problema (paciente) ao ser levado ao profissional, encontraria a “resposta-remédio” (compreendida por medicação, diagnóstico, encaminhamentos apressados). A subjetivação seria, então, a alternativa frente à colagem do sujeito a seu diagnóstico ou a categoria nosográfica. Assim, ao desmedicalizar a queixa, haveria a possibilidade de obtenção da subjetivação.

Goldberg (1994) defende que para efetivamente ocorrer a construção de novos modelos de cuidado em saúde mental, torna-se prioritária a reformulação conceitual sobre doença mental, em que sejam consideradas as relações psicossociais na qual o sujeito encontra-se inserido e, conseqüentemente, a construção de uma clínica que priorize não a remissão dos sintomas, nem a doença, mas o sujeito. Essa fundamentação leva a clínica ampliada a considerar a fala

do paciente como a “*produção de um sujeito social*” (p.21), dentro de determinada lógica de funcionamento psíquico.

Torna-se necessário para que os CAPS funcionem, efetivamente, como *novos serviços* o rompimento com a estrutura teórico-prática do modelo hospitalocêntrico além de, necessariamente, ofertar estratégias, atividades inseridas numa outra perspectiva ética, política e epistemológica (ONOCKO-CAMPOS, FURTADO, 2006).

Este aspecto nos remete a *internação como estratégia à crise*, evidenciada em seu papel centralizador de intervenção e na aparente rapidez com que os profissionais a elegem, abstendo-se de articular outros operadores das diversas modalidades de cuidado em saúde mental. Em muitas situações relatadas nas entrevistas, o único técnico que atendeu ao sujeito em crise, foi o Médico Psiquiatra.

Essa intervenção eminentemente centralizada no saber médico sugere um direcionamento conservador nas práticas de atenção à crise. Nos dispositivos substitutivos, a desconstrução destas práticas implica numa modificação radical do papel do médico psiquiatra, demandando a este uma versatilidade na qual

Ele pode ser ao mesmo tempo o terapeuta e o médico de um paciente que atendeu na recepção; pode ser o médico de um paciente cujo tratamento é conduzido por outro terapeuta; pode ser, como colegas de outras categorias o monitor de uma oficina de letras ou de artes plásticas; pode, também em rodízio com outros profissionais, ser o coordenador de uma assembléia geral do serviço, ou de uma reunião de familiares; pode acompanhar os usuários ao cinema; pode fazer uma visita domiciliar a um paciente ausente... E ele é, sobretudo, como todos e cada um, um membro da equipe – um agente, portanto, responsável pela construção de um empreendimento coletivo, onde a parceria, a solidariedade, o compromisso com o valor e a viabilidade do trabalho são imprescindíveis para os efeitos obtidos (LOBOSQUE, 2001, p.91).

A priorização da internação psiquiátrica, como abordagem à crise diverge dos princípios da Reforma Psiquiátrica que buscou, mais do que a mudança de tecnologias, a “construção de uma *relação de contrato* com o sujeito que substitua a *relação de tutela* instaurada pela psiquiatria” (TORRES, AMARANTE, 2001, p. 79).

A Lei Nacional de Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/01), ao propor a substituição progressiva do modelo psiquiátrico determina que os portadores de sofrimento mental sejam tratados preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental e que sua internação seja restrita

às situações em que os recursos extra-hospitalares se mostrem inadequados (BRASIL/MS, 2004).

Essa seria uma questão fundamental para Torre e Amarante (2001) que ressaltam que a clínica ao priorizar o processo saúde-doença, utiliza-se de

[...] táticas fundamentais como a internação, justificada pela crise e pela periculosidade do indivíduo em relação a si e aos outros, como o ato terapêutico que busca a cura, como sua objetivação na forma de corpo doente. Formas que precisam ser desmontadas (Torre, Amarante, 2001, p.80).

Na perspectiva da reforma, “deter as internações” não seria negar este recurso como uma necessidade eventual, mas sua prática indiscriminada no modelo psiquiátrico. O que estaria refutando, portanto, seria a relação asilar com a loucura, a anulação da cidadania e de sua inserção social (TENÓRIO, 2001a).

O processo de institucionalização produz, conforme Amarante (1996), o *duplo* da doença mental que caracterizar-se-ia pela homogeneização, a negação da subjetividade, das identidades, da história, cultura e sofrimentos, além da objetivação do sujeito como objeto de “pré-conceitos científicos” do poder-saber psiquiátrico. Ou seja, a instituição como produtora de um segundo adoecimento: o sujeito transformado em objeto institucionalizado.

Este aspecto foi observado pelos entrevistados que consideram a experiência do internamento psiquiátrico, “traumática” para os usuários, sendo necessária a elaboração de estratégias que possam desmontar as consequências do *estar institucionalizado* (AMARANTE, 1996). Outro aspecto observado pelos profissionais seria a maior resolutividade nos casos em que o sujeito em crise, não passou pelo dispositivo hospitalar, observando-se assim, uma redução na frequência e no tempo de duração das crises, além de um menor índice de abandono ao tratamento.

Para Dias *et al.* (2010) o encaminhamento do usuário do serviço CAPS para a hospitalização psiquiátrica implicaria descontinuidade do cuidado proposto pelo modelo substitutivo, uma vez que cada equipe destes diferentes dispositivos, desenvolve estratégias distintas, referendadas por paradigmas antagônicos de atenção à crise.

Se por um lado um CAPS procura desenvolver um projeto sedimentado na rede de relações sócias na comunidade de seus usuários, um hospital

psiquiátrico propõe uma ruptura (que considera necessária) destas relações como elemento de abordagem terapêutica (DIAS *et al.*, 2010, p.86).

Embora inseridos no modelo substitutivo ao dispositivo asilar, os profissionais dos CAPS continuam frente à crise, privilegiando a intervenção hospitalar como estratégia de cuidado. Neste sentido, o processo de desinstitucionalização requer algo além do simples estabelecimento de novos dispositivos de atenção. A “instituição” não seria um espaço físico, organizacional, mas determinado *funcionamento instituído, imutável*, algo que seria mais do que uma mera construção, caracterizando-se por um constructo. Assim, a desinstitucionalização implicaria na modificação da concepção de loucura e na relação que foi estabelecida com ela, inscrevendo-se “no plano dos processos de subjetivação” (RAMMINGER, 2005, p.12) dos profissionais de saúde mental.

Essa perspectiva nos remete a quatro aspectos, assinalados por Torre e Amarante (2001), por sua relevância para a consolidação do processo de desinstitucionalização. Este processo implicaria na ruptura: com o modelo epistêmico da psiquiatria compreendido por “um conjunto de práticas multidisciplinares e multiinstitucionais” (p.79) reproduzidas em diversos espaços sociais; com a concepção de loucura como desrazão, erro, incapacidade e periculosidade; com o princípio de isolamento na vertente pineliana de tratamento; e por último, com a concepção moral e medicamentosa de terapêutica que fundamenta uma clínica normatizadora. A esses aspectos, Onocko-Campos e Furtado (2006) acrescentam a clínica ampliada, ou dito de outra forma, a clínica centrada no sujeito.

Portanto, ao se problematizar a concepção de loucura, normal e patológico, periculosidade, desvio, entre outros pressupostos que subjaziam e legitimavam a ação institucional asilar, consolidou-se uma nova perspectiva ética no cuidado em saúde mental. Neste sentido, a desinstitucionalização como resposta à crise “seria um processo prático de desconstrução e, simultaneamente, um processo de reinvenção de novas realidades” (AMARANTE, 1996, p.30).

Entretanto, alguns profissionais entrevistados fazem objeção, questionam se a estrutura do serviço CAPS II ou mesmo o CAPS III seria adequada para responder, de forma efetiva, às especificidades do momento de urgência, principalmente pela configuração do quadro de profissionais, horário de funcionamento, entre outros.

Outros profissionais entrevistados consideram que, para a efetivação da proposta da desinstitucionalização da abordagem à crise, seria necessária a implantação do CAPS III, considerando que esta modalidade teria como finalidade a substituição ao hospital psiquiátrico ao funcionar 24 horas, aos fins de semana e feriados, oferecendo leitos para acolhimento diurno e noturno.

Outro aspecto observado pelos participantes foi a dificuldade para a inserção de leitos de atenção integral em saúde mental no Hospital Geral (HG) local, pela grande resistência encontrada, no âmbito hospitalar, para sua implantação. Dias *et al.* (2010), observam que, nos municípios de pequeno porte, a formação de redes substituívas de cuidado contínuo em saúde mental tem encontrado diferentes obstáculos para sua implantação, principalmente no que se refere ao cuidado de sujeitos em situação de crise.

Neste sentido, a importância do dispositivo CAPS III na resposta à crise passa a ser defendida por vários autores (LOBOSQUE, 2001; LANCETTI, 2008; SOUZA, 2010; DIAS *et al.*, 2010), principalmente pela carência de leitos de atenção integral vinte e quatro horas no CAPS II e por sua capacidade de estabelecer maior inserção na complexidade do território. Essa ausência prejudica o cuidado na situação de agudização da crise pela necessidade do encaminhamento a outros dispositivos (CAPS III, Urgências Psiquiátricas, internação no Hospital Psiquiátrico) nos quais os usuários desconhecem tanto o local, quanto a equipe que os atendem, além da frequente rotatividade destes profissionais.

Este argumento foi encontrado entre os entrevistados, que demonstraram uma tensão, um mal-estar por considerarem que se localizam no intervalo entre as diretrizes da política de cuidado ao sujeito em crise e o limite encontrado na clínica da crise. Entretanto, alguns profissionais entrevistados divergem desta colocação e consideram que, apesar das limitações encontradas, ainda acreditam que o cuidado à crise deve permanecer tendo como porta de entrada o dispositivo CAPS.

Sobre os recursos disponíveis, os profissionais foram unânimes em considerar a necessidade de uma equipe multiprofissional e relataram que frequentemente o quadro técnico do serviço encontra-se com número de profissionais inferior ao que o ministério compreende como quadro mínimo para CAPS II. Outra questão observada foi a precariedade dos recursos materiais e físicos, ocorrendo uma acentuação desta precariedade na última gestão.

Frente a essas divergências entre os profissionais sobre a efetividade do dispositivo CAPS II na atenção à crise, torna-se urgente uma maior discussão sobre suas estratégias de resposta a partir dos indicadores da prática cotidiana dos serviços, reavaliando as diretrizes que orientam a atenção em saúde mental.

Esta discussão a partir da prática cotidiana nos remete à clínica reformada, ou melhor, à clínica ampliada, proposta esta em consonância com *a escuta do sujeito como estratégia de cuidado* à situação de crise. Nesse sentido, destaca-se no discurso dos profissionais entrevistados, a importância atribuída por estes à escuta do sujeito, principalmente pela complexidade inerente à situação de crise e pela possibilidade de uma compreensão mais ampla de crise e dos fatores implicados em seu desencadeamento e em sua agudização.

Entretanto, podemos supor certa ambivalência dos profissionais quanto a esta estratégia de cuidado, ao observarmos que os participantes foram unânimes em privilegiar a medicação como primeira estratégia, mesmo quando faziam referência ao fato de que nem toda crise necessitaria da terapêutica medicamentosa e a escuta tornar-se-ia em muitas situações, a única estratégia necessária. Outro aspecto que se destaca seria a importância atribuída pelos profissionais de psicologia a esta intervenção, apesar de relatarem dificuldades em efetivar essa escuta nos momentos de agudização da crise.

Quando damos voz ao sujeito em crise, se evidencia a concepção de que na situação de crise há um sujeito, não um simples objeto de intervenções (SOUZA, 2010). Nesta perspectiva, a clínica do sujeito vem questionar as práticas asilares de cuidado à crise, no qual a doença substitui completamente o sujeito, efetivando sua exclusão e, conseqüentemente, aniquilando a capacidade de lidar com a singularidade de cada caso (CAMPOS, 2003).

Sobre a exclusão do sujeito, Tenório (2001b) destaca diversas vertentes a serem consideradas: a da cidadania (inimputabilidade, incapacidade civil), a do convívio social em decorrência ao isolamento institucional, e a do social (sociabilidade, mercado de trabalho, entre outros).

Com tudo isso, a estratégia da fala e da palavra possibilitaria a tomada de posição do sujeito, de singularização. Entretanto, frente a tantos discursos presentes na saúde mental e à pluralização da noção de sujeito entre os diversos atores da Reforma Psiquiátrica brasileira (sujeito psicológico, sujeito cidadão, sujeito da ação social ou sujeito do inconsciente), torna-

se necessário questionar a qual sujeito seria dada a possibilidade de escuta (TENÓRIO, 2001b).

Ao buscar romper com a anulação do sujeito e sua demissão subjetiva próprios ao modelo asilar, o Movimento da Reforma afasta-se do paradigma clínico considerado como propulsor da redução da loucura à doença enquanto déficit, patológico, negativização da normalidade. Neste contexto, ainda segundo o autor acima, o campo terapêutico estaria marcado por três referenciais: a desinstitucionalização, a clínica institucional e a reabilitação psicossocial.

A *desinstitucionalização*, conforme observamos anteriormente, busca promover outro lugar para o sujeito em sofrimento psíquico ou em crise, que não aquele do déficit presente no modelo asilar. Mais do que negar a instituição psiquiátrica, trata-se de modificar a concepção de doença mental e sua segregação. Assim, ao romper com a clínica e sua terapêutica, visa a “existência do paciente” e sua “relação com o corpo social” (TENÓRIO, 2001b; ROTELLI, 2001, p.30), através de estratégias de produção de vida desenvolvidas por profissionais outros que não da área psi, portanto, artistas, jornalistas, poetas, por exemplo.

Ainda sobre o campo terapêutico, Tenório (2001b) destaca que a noção de *reabilitação psicossocial* refere-se à recuperação da potência social dos sujeitos portadores de sofrimento psíquico. O saber psiquiátrico ao ampliar seu paradigma para além do organicista visa com o tratamento à recuperação de sua autonomia no território de origem, através do desenvolvimento de habilidades sociais individuais. Ao deslocar a clínica para a existência, o faz numa vertente pedagógica, de educação para o convívio social.

O autor acima nomeia de *clínica institucional* um conjunto de práticas e concepções teóricas que fazem “da instituição um lugar de laço social” (TENÓRIO, 2001b, p.122) para sujeitos que apresentam esta dificuldade, na relação com o outro. A terapêutica parte do pressuposto de que a psicose, a neurose, a situação de crise seriam “uma questão de existência”, uma resposta do sujeito frente ao Outro (código de linguagem, lei, cultura), apresentando necessidades específicas que demandam, entre outras, a inclusão da clínica psiquiátrica (como uma das estratégias) e a instituição como instrumento que, através da ampliação dos cuidados, inclua o manejo de fatores tradicionalmente compreendidos como extraclínicos. Essa perspectiva propiciou o embasamento teórico para a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

Esta discussão torna-se relevante pela percepção de que o sem sentido, o que escapa à compreensão na clínica da psicose ou da crise, levaria os profissionais a recuarem frente ao desencadeamento da psicose ou da situação de crise, passando a ignorá-los “de forma mais truculenta (segregando) ou mais sutil (denegando)” (TENÓRIO, 2001b, p.130).

Rechtand e Leal (2000) defendem que a crise deve ser considerada como um momento privilegiado em que o sujeito poderia construir novas possibilidades de funcionamento para si e/ou para sua vida em geral, no qual a escuta seria um dispositivo de fundamental importância.

E nesse sentido, a experiência do sofrimento psíquico ou da crise poderia ser compreendida

[...] como experiências legítimas e pensáveis do corpo, da existência, do pensamento. Experiências perturbadoras, sim, porque podem rasgar o sentido; mas podem também, em certos casos, imprimir ao sentido outros recortes, possibilitando inimagináveis refazendas (LOBOSQUE, 2001, p.22).

Lobosque (2001) considera que a experiência da crise, ao provocar o dilaceramento da subjetividade, teria através da palavra a possibilidade de novas construções de sentido. A palavra tornar-se-ia, portanto, a “matéria-prima do tratamento”. Entretanto, não se defende aqui a utilização de técnicas psicológicas (orientação, psicoterapia) que se servem da palavra para adequar o sujeito ao sintoma.

Como acentua M. S. Costa (2007), a escuta dos sujeitos em crise possibilitaria que os profissionais do serviço, juntamente com o usuário, buscassem estratégias de investigação e intervenção, as quais ampliariam a concepção de crise para além de apenas um sintoma a ser excluído. Assim, a crise deixa de ter um caráter de ruptura para ser compreendida como uma tentativa de resposta, um momento significativo no qual o acolhimento no serviço, a criação de vínculos com a equipe, possibilitaria dar um direcionamento para esse sofrimento, podendo “ser de extrema importância no que concerne às alternativas de vida, transitórias ou permanentes, para o ‘paciente’ em crise” (M. S. COSTA, 2007, p.101).

Deste modo, a autora acima ressalta que as noções de crise seriam instrumentos inseridos numa lógica específica de cuidado em saúde mental, sendo fundamental

A atitude de lidar com a crise para além do reparo, sem a avidez por restituir algum suposto equilíbrio perdido, ou de intervir na direção de um retorno ao habitual, abre um leque de alternativas importante, tanto para levar em conta

a complexidade das situações de crise, quanto para apreciar éticas possíveis no lidar com as mesmas (M. S. COSTA, 2007, p.103).

Não há como dissociarmos a terapêutica e as estratégias de intervenção dos significados sociais, dos valores simbólicos de determinado quadro. Torna-se, portanto, necessária a implementação de políticas públicas locais para que se possa “delinear práticas inovadoras de atenção às situações de crise” (NICÁCIO; CAMPOS, 2004, p.80).

Uma dimensão da clínica que surgiu nas entrevistas foi a *abordagem inicial ao sujeito em crise*, considerada, pelos participantes, um momento particularmente importante e que apresenta dificuldades específicas para a condução de estratégias de cuidado.

Foram considerados fatores que dificultariam esse cuidado inicial a falta de interação do sujeito em crise com os profissionais e/ou a inexistência de vínculo anterior entre profissionais e sujeito em crise. Essa dificuldade se acentuava quando este não apresentava “resposta” ou interação com a profissional, associada à presença de fala desconexa e/ou comportamento agressivo e/ou agitação psicomotora.

A estratégia utilizada nestas situações foi a *priorização da abordagem à família*, em detrimento da escuta do sujeito e seu encaminhamento para o acompanhamento médico e medicamentoso. A abordagem à família foi uma das estratégias de cuidado priorizadas pelos profissionais entrevistados.

No modelo CAPS, a família é compreendida como colaboradora e parceira essencial, tornando-se necessário construir espaços no sentido de estabelecer uma rede de apoio tanto para o usuário quanto para seus familiares (TAVARES, SOUSA, 2009).

Lobosque (2001) considera importante a escuta dos acompanhantes na averiguação da situação vivenciada compreendendo como elementos necessários à avaliação dos riscos e definição da conduta. Embora, seja necessária a escuta da demanda familiar, principalmente para possibilitar trabalhar outra perspectiva de cuidado que não o da exclusão frente aos impasses desencadeados neste contexto, sustenta o privilégio da escuta do sujeito em crise.

Um aspecto observado foi que, de um modo geral, a demanda por cuidado parte dos familiares, polícia ou SAMU e, raramente, o sujeito em crise busca pelo serviço de modo

espontâneo. Eventualmente, encontra-se com contenção física e/ou química, ao chegar ao serviço.

Observamos nos relatos dos participantes que quando os sujeitos em sofrimento psíquico eram trazidos amarrados ao serviço, permaneciam assim após a medicação inicial, mesmo em situações nas quais não demonstravam apresentar reações agressivas ou destrutivas.

Embora possamos salientar a complexidade e a diversidade de fatores envolvidos em qualquer situação de crise, torna-se necessário observar que essa forma de conter a crise, ou seja, amarrar, urgência em sedar, em medicar os sintomas, em detrimento da escuta do sujeito (sua história, sobre este momento em que irrompe esse intenso sofrimento psíquico), é compreendida como uma prática alienante.

Alguns profissionais consideram que seria um fator facilitador nessa primeira abordagem à crise a existência de vínculo anterior com o profissional, principalmente quando se trata de um usuário do CAPS. Nesta situação, foram relatadas as estratégias: acompanhamento médico e posterior escuta do sujeito, embora eles considerem necessário aguardar a redução da agitação psicomotora, da agressividade ou outro momento em que o indivíduo não esteja tão fortemente sob efeito de medicação (sonolência) para efetivar essa escuta.

Na prática de receber e tratar os casos de crise psíquica grave, Lobosque (2001) defende que há um princípio clínico fundamental em consonância com a política antimanicomial, que seria o de que sempre é possível engajar no tratamento, por consentimento próprio, o portador de sofrimento mental. Este princípio se sustentaria, mesmo numa situação de crise aguda ou quando, inicialmente, faz-se necessária a contenção medicamentosa ou física. Segundo essa autora, haveria um ponto no qual esse sujeito poderia escutar o convite do tratamento e caberia ao técnico de saúde “aprender a convidar” ou, melhor dizendo, caberia a este tentar localizar, naquilo que o sujeito diz ou faz, o ponto pelo qual seria possível a entrada do profissional.

Este convite seria, segundo Lobosque (2001), o início de um percurso de cuidado a qual implicaria que o sujeito em crise consinta com o tratamento, inserindo-se num “processo ativo de trabalho” que se materializaria numa série de atividades as quais vão da sua própria ida ao serviço, da sua participação nas diversas oficinas e nas assembléias gerais do serviço, seu

movimento de produção na psicoterapia, negociações com familiares e equipe, além da gradativa modificação da modalidade de tratamento, horários e dias no serviço, até o momento de sua alta. Não se trata de algo obrigatório, mas “um apelo à capacidade de produção, presente em todos e peculiar a cada um – por onde passa, necessariamente, a saída da crise” (LOBOSQUE, 2001, p. 88).

Outro ponto destacado pelos participantes foi a estratégia, dentro do possível, de dois ou mais técnicos serem encarregados de receber o usuário, por considerarem que isto poderia diluir a transferência negativa deste, em relação aos profissionais. Embora a intervenção multiprofissional tenha sido reconhecida como uma eficiente e inovadora estratégia de cuidado à crise (GONDIM, 2001), este não foi o argumento utilizado pelos entrevistados para o desenvolvimento desta prática. Sendo assim, este aspecto nos sugere uma possível associação entre urgência psíquica e violência, entre loucura e periculosidade.

Partindo deste ponto, Alverga e Dimenstein (2006) sustentam que estariam presentes “*desejos de manicômios*” nas práticas cotidianas dos serviços substitutivos, uma vez que, “formas manicomiais de expressão ou de subjetividade permeiam todo o espaço-tempo, atravessam nossas ações” (p.299). Deste modo, os profissionais de saúde mental reproduzem em suas ações, de forma inconsciente, a institucionalização, através de modalidades terapêuticas que sustentam práticas de exclusão.

Diante da complexidade de fatores implicados na clínica da crise, me parece importante destacar que mudanças de paradigma ou de construções subjetivas de relacionamento com o outro implicariam em modificações profundas que demandam tempo. Para Lobosque (2010), a dificuldade decorrente do não posicionamento entre o modelo substitutivo e o modelo hospitalocêntrico estaria interferido na orientação clínica dos serviços e sua indefinição evidencia-se na resistência destes serviços em se responsabilizarem pelo atendimento à crise e pela prática de encaminhamento destes sujeitos, para o hospital psiquiátrico.

Nesta dimensão, Onocko-Campos e Furtado (2006) observam que os profissionais inseridos nos dispositivos substitutivos em saúde mental, deparam-se com a necessidade constante de avaliação e implementação de novas estratégias e concepções de cuidado, além de desenvolverem ações clinicamente orientadas para a atenção às especificidades do sofrimento psíquico. Com isso, um dos desafios da clínica da crise seria a articulação entre as instâncias

da clínica, da saúde coletiva e da saúde mental, o que leva ao desencadeamento de tensões e antagonismos no serviço.

Assim, estaria presente uma inter-relação entre subjetividade, gestão de trabalho e práticas clínicas do modelo substitutivo e, principalmente, na emergência do CAPS. Portanto, as

[...] repercussões subjetivas do atendimento a psicóticos nos trabalhadores desses serviços, advindas da lida com o sofrimento psíquico e a loucura que podem originar mecanismos defensivos de diversas ordens (ONOCKO-CAMPOS, FURTADO, 2006, p.1056).

Este aspecto nos remete à fala de um dos participantes o qual considera que a escuta cotidiana da crise, associada às dificuldades decorrentes da redução do quadro técnico e de gestão, estariam adoecendo os profissionais do CAPS.

Outra ordem de problemas abordado pelos participantes refere-se à fala frequente sobre a “necessidade de capacitação”. Lobosque (2003) questiona se esta demanda não seria decorrente menos de uma questão epistemológica do que por uma tendência destes profissionais à fixação em um determinado saber sobre a loucura. O manejo da clínica se sustentaria numa estrutura centralizadora e unitária, reproduzindo-se nas diversas práticas *psi*. Portanto, em

todas estas práticas, por mais diversas que sejam, necessitam do hospital como retaguarda, ainda que virtual: têm uma violenta necessidade da instituição psiquiátrica hospitalar, em seu paradigma que acopla a dimensão carcerária, o terapêutico ao correcional, a cura à normalidade (LOBOSQUE, 2003, p.98).

Esta autora considera que haveria uma tendência por parte dos trabalhadores de saúde mental, à inércia, a um conservadorismo que estaria em oposição ao movimento da mudança de paradigma da loucura.

Outras estratégias de cuidado à crise foram apontadas por dois profissionais, tendo o primeiro considerado relevante para a intervenção precoce, o livre acesso ao CAPS (o usuário busca o serviço quando se inicia a crise) e a busca ativa (a ausência ao serviço seria um indicador de crise).

O livre acesso ao serviço torna-se uma resposta à crise, uma vez que a “porta aberta” implicaria, para Prata (2008), na construção cotidiana

[...] de uma cultura, de uma forma de trabalho que requer elasticidade, flexibilidade, disponibilidade para as transformações. Diz respeito à qualidade das relações entre os diversos atores institucionais (usuários, familiares, profissionais), destes com a instituição e desta com o território na qual está inserida (PRATA, 2008, p.162).

Desta forma, a autora acima defende que os serviços deveriam estar sempre disponíveis para acolher e dar suporte ao caráter desorganizador da situação de crise, ao mesmo tempo em que permanecem *flexíveis e plurais* para recriar cotidianamente as práticas de cuidado, a partir da singularidade de cada caso.

Um segundo participante defende que a visita domiciliar possibilitaria uma compreensão dos fatores desencadeantes da crise, aspecto importante para a construção de um Projeto Terapêutico Singular – PTS como estratégia à crise. Entretanto, a elaboração destes não estaria ocorrendo, no período da coleta de dados, em decorrência da redução do quadro técnico, do excesso de usuários no serviço (440) e por questões relativas à gestão, segundo os entrevistados.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) foi considerado, pelos profissionais entrevistados, uma ferramenta de extrema importância para o cuidado clínico dos sujeitos em crise, embora, pelas questões relacionadas acima, afirmem que ele vem sendo utilizado exclusivamente em situações de desencadeamento da crise e sem que ocorra uma discussão com participação da equipe, ou que seja colocado “no papel”. Em nossa análise, essa prática não se caracterizaria por um processo de construção de PTS.

Esta estratégia torna-se o instrumento através do qual ocorreria a discussão clínica no serviço entre os profissionais, usuários e familiares, possibilitando a pactuação de ações de cuidado e a avaliação constante das estratégias desenvolvidas, no qual o Técnico de Referência funcionaria como uma referência clínica. Toda a construção do Projeto estaria orientada pelas necessidades singulares de cada sujeito e seria realizada a partir da articulação entre CAPS, Atenção Básica e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), numa corresponsabilização pelo cuidado do usuário no território de referência (GRIGOLO *et al.*, 2010).

Rompendo com a idéia de tecnologia, aparatos tecnológicos e institucionais, Silva *et al.* (2009) ressalta como estratégia à crise a intensificação de cuidados. Na concepção deste autor, a “intensificação de cuidados” seria:

[...] um conjunto de procedimentos terapêuticos e sociais direcionados ao indivíduo e/ou ao seu grupo social mais próximo, visando o fortalecimento dos vínculos e a potencialização das redes sociais de sua relação, bem como o estabelecimento destas nos casos de desfiliação ou forte precarização dos vínculos que lhes dão sustentação na sociedade. De caráter ativo, a “intensificação de cuidados” trabalha na lógica do “um por um” e pretende colher o indivíduo no contexto de sua vida familiar e social, estabelecendo um diagnóstico que respeite a complexidade de cada caso em suas peculiaridades psíquicas e sociais (SILVA, 2007, p.40).

Dessa maneira, a atenção à crise, ao implicar a territorialidade das ações em saúde mental, modifica a noção de cuidado, a qual passa a ser compreendido de forma mais ampla. Embora funcione na lógica territorial e apresente um papel relevante na implementação da política de cuidado em saúde mental, uma das grandes críticas aos CAPS seria que eles permanecem centralizados em si, sem desenvolver ações que abarquem o território (LANCETTI, 2008).

Nesta perspectiva, o compromisso no cuidado em saúde mental implicaria, de acordo com Alves e Guljor (2008), em atividades e estratégias orientadas para o território a partir de cinco premissas, a saber: 1. o cuidado do sujeito em crise ocorreria sem o seu afastamento do convívio social; 2. a integralidade do cuidado parte do pressuposto de que o sofrimento psíquico apresenta necessidades que abarcam diversos campos; 3. o enfrentamento do risco social, em detrimento do diagnóstico, amplia a concepção de intervenção terapêutica, ao compreender o sujeito a partir da rede em que está inserido (rede no sentido de projeções da subjetividade). Portanto, ao atribuir um sentido ao processo de crise, estabelece “uma linha de interação com o sujeito em sofrimento” (p.230); 4. o cuidado ampliado fundamenta-se na noção do direito do sujeito em sofrimento psíquico à atenção digna, em contraposição à concepção de reparo/cura em prol de uma pseudo “normalidade”; 5. a responsabilização dos profissionais de saúde pelo cuidado do sujeito em sofrimento psíquico, rompendo com os “encaminhamentos” ou demandas a outros dispositivos.

Os profissionais entrevistados entendem que as premissas acima são de fundamental relevância na atenção à crise e, principalmente, no momento pós-crise e na prevenção à sua reincidência, embora destaquem que fatores relativos à gestão municipal, redução do quadro técnico e a necessidade de educação continuada em saúde mental tenham interferido para que fossem desenvolvidas ações na direção da integralidade no cuidado em saúde mental.

Deste ponto de vista, Souza (2010), defende que a base da atenção à crise não estaria nos dispositivos especializados, mas

[...] na rede ampla de cuidado e reabilitação, a qual sustenta os projetos terapêuticos de cada usuário em sua comunidade e território. Rede esta que realizaria a abordagem das crises, num instante anterior à sua precipitação em urgência e emergência (SOUZA, 2010, p.112).

E, para ilustrar as estratégias citadas pelos participantes que favoreceriam a resolutividade do cuidado à crise e que, por motivos diversos, não foram implantadas, destacam-se: organização da demanda e da implantação/articulação/consolidação da rede de cuidados em saúde mental; apoio matricial da Atenção Básica; supervisão e capacitação do hospital geral, favorecendo a implantação de leitos psiquiátricos conforme recomendação em documentos oficiais; a regulação da entrada da rede assistencial a da rede de cuidado em saúde mental; articulação com a UBS para Busca Ativa; organização dos usuários, familiares e comunidade em cooperativas viabilizando o desenvolvimento de Oficinas Geradoras de Renda.

Estes aspectos incidem sobre a possibilidade de alta do serviço, evidenciando-se no excesso de usuários no CAPS e inviabilizando, conseqüentemente, que sujeitos em crise possam ser absorvidos em tratamento. Com isso, o serviço restringe sua intervenção à terapêutica medicamentosa e encaminhamento para internação no hospital psiquiátrico, dificultando que a equipe ultrapasse o modelo biomédico. Nesse sentido, o CAPS perde seu potencial de transformação para constituir-se em afirmação de práticas e discursos capturados pela subjetividade manicomial (desejos de manicômio) (ALVERGA, DIMENSTEIN, 2005).

Sobre a implantação e delineamento de práticas inovadoras de atenção à situação de crise, os entrevistados expressam uma correlação entre estas e a implementação de políticas públicas locais que possibilitem essa integralidade do cuidado em saúde mental tornando-se um dos fatores que colaboram negativamente para a prevenção à crise.

A gestão da rede de cuidado em saúde mental, na visão de Dias *et al.* (2010), teria como objetivo viabilizar operacionalmente para que essa rede se constitua efetivamente, permitindo a continuidade do cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico e a coerência técnica dos diversos dispositivos que a constituem. Essa coesão técnica possibilitaria que os serviços da rede funcionem de forma coordenada e sustentada pelos mesmos referenciais e parâmetros.

Contudo, na percepção dos participantes, foram várias as dificuldades encontradas no contexto das políticas públicas e de gestão que estariam interferindo para que se pudesse romper com as antigas práticas de cuidado, sendo citados: práticas centralizadas nos

especialistas e na intervenção medicamentosa; ações dissociadas dos diversos dispositivos de Saúde Mental; ações descentralizadas e ausência de Coordenação Municipal de Saúde Mental; falta de recursos físicos (medicamentos, material para as oficinas, alimentação) e humanos (frequentes demissões, sem prazo para contratação de outros profissionais; equipe funcionando com quadro técnico abaixo do mínimo preconizado pelo MS; contratos provisórios); além da falta de condições mínimas para o trabalho em saúde mental.

Nesta direção, os entrevistados compreendem que a não priorização da saúde mental pela gestão local, estaria evidenciada pela falta de recursos para a implementação das ações de atenção. Em contrapartida, percebe-se ainda uma dificuldade destes profissionais em deslocarem-se da posição de demanda em relação à gestão e responsabilizarem-se pelo cuidado integral ao sujeito portador de sofrimento mental.

O distanciamento entre gestão e trabalhadores estaria, segundo Lobosque (2003), presente na maioria dos municípios do país, não ocorrendo o exercício efetivo da administração do trabalho em saúde mental, sendo observada uma acentuação desse quadro quando saímos do âmbito municipal para as esferas estaduais e federais.

Podemos perceber a extrema importância atribuída a Saúde Pública, pelos participantes, para a efetivação de ações territoriais em saúde mental que possibilitem a construção de mecanismos complexos de referência e contra referência, incluindo a articulação dos diversos serviços e a Atenção Básica no cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico, a partir de um projeto terapêutico condizente com a realidade das pessoas e da comunidade.

O campo da atenção à crise apresenta dificuldades no atendimento à crise nos CAPS, além de não apresentar consenso quanto a sua efetividade nesta abordagem. Souza (2010) tem observado em sua prática que os CAPS, seja qual for seu tamanho ou área de atuação, só consegue apresentar resolutividade nos casos mais graves quando oferece cuidado contínuo e integral através da estratégia do acolhimento noturno.

Este contexto nos sinaliza as dificuldades implicadas na pactuação e reconstrução das práticas de cuidado aos sujeitos em crise nos âmbitos dos serviços e da implantação das redes regionais em consonância com a política nacional em saúde mental. Por diversas vezes, foram mencionados pelos profissionais comentários acerca das estratégias de atenção à crise, da

possibilidade ou impossibilidade de utilizá-las e da percepção de uma distância entre o ideal das diretrizes da reforma psiquiátrica e o que se faz de fato no cotidiano dos serviços substitutivos. Entretanto, os mesmos relatos são unânimes em considerar que apesar das dificuldades encontradas na prática cotidiana dos serviços, o dispositivo CAPS tornou-se uma referência no cuidado em saúde mental.

Não seria possível desconsiderarmos a complexidade implicada no processo de desinstitucionalização da loucura, no qual mais do que a construção de tecnologias, deparamo-nos com os desafios inerentes à mudança de subjetividade dos profissionais e sua incidência nas ações de atenção à crise. Atualmente, novas experiências de âmbito local têm sido desenvolvidas por todo o Brasil como, por exemplo, o SUP – Serviço de Urgência Psiquiátrica noturna e o PAI-PJ para o portador de sofrimento mental infrator, ambos em Minas Gerais. Novos dispositivos e estratégias de cuidado têm sido *inventados* visando ao cuidado integral do portador de sofrimento mental, ampliando as possibilidades de produção de laços sociais, autonomia e reinserção psicossocial através da articulação de diversos atores e dispositivos do campo da saúde mental.

Sobre a construção de novas estratégias de cuidado à crise, concordamos com Torre e Amarante (2001) quando afirmam que esta tem sido possibilitada a partir da mudança epistemológica em que a atenção não visa à cura/reabilitação, mas antes “a invenção da saúde e de um lugar social para o sujeito” (p.84). Entretanto, a clínica pautada e efetivamente construída a partir do sujeito, dentro de suas possibilidades e necessidades singulares, não se restringe ao referencial do *para todos*, tão em voga na saúde coletiva e, que acaba por desconsiderar a posição do sujeito que é sempre social e sempre singular (TENÓRIO, 2001b).

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, tivemos como objetivo discutir as estratégias de cuidado de sujeitos em crise utilizadas por profissionais de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II, no interior de Pernambuco. Ao optarmos por focalizar a experiência dos entrevistados, buscamos identificar as concepções sobre crise, as práticas desenvolvidas para o enfrentamento de tais situações e a coerência das mesmas em relação às diretrizes da política de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Diante do que foi exposto ao longo deste estudo, é importante ressaltar que a resposta à crise torna-se um dos grandes desafios da Reforma Psiquiátrica (DELL'ACQUA e MEZZINA, 2005; SOUZA, 2010) por ser uma proposta de desospitalização das práticas de cuidado que visa ao resgate da cidadania e a reinserção psicossocial dos sujeitos em sofrimento psíquico severo e persistente. Mais do que um processo de construção de uma rede de atenção substitutiva, trata-se da modificação da subjetividade frente à loucura. Contudo, por tratar-se da modificação de um paradigma social complexo, encontramos dificuldades de várias ordens para implantar e implementar a desinstitucionalização (SOUZA, 2010).

Podemos destacar a compreensão de crise, pelos profissionais entrevistados, como um momento de urgência, de intenso sofrimento psíquico em que o sujeito não teria outra forma de lidar com a situação vivenciada que não fosse pela via da crise. Foram observados aspectos relacionais como fatores desencadeantes do processo da crise e uma tentativa destes participantes em tentar localizar esses fatores para a elaboração de estratégias de cuidado.

Entre as estratégias de atenção à crise, podemos observar: uma prioridade do encaminhamento para avaliação médica e prescrição de psicofármacos; o internamento no hospital psiquiátrico; a escuta do familiar (a abordagem prioritária à família, ocorrendo, muitas vezes, em detrimento da escuta ao sujeito); e, por último, a escuta como estratégia de cuidado. Entretanto, embora os profissionais considerem de extrema importância essa estratégia, frequentemente a efetuam secundariamente à medicalização do sujeito.

Ao apontar para a necessidade de intervenção e de modificação da modalidade de cuidado em decorrência ao desencadeamento da crise, os profissionais entrevistados compreendem que, além de fatores familiares e sociais, a atenção do modelo substitutivo teria um papel relevante na prevenção de novas crises. Entretanto, eles ainda desenvolvem práticas que visam à remissão do sintoma, sem se mostrarem efetivos nas práticas de cuidado que priorizem o sujeito. Neste sentido, estariam funcionando em um modelo semelhante à Psiquiatria Preventiva.

Contudo, podemos perceber que as práticas relatadas pelos profissionais entrevistados (o predomínio do atendimento médico e da intervenção medicamentosa; a abordagem prioritária à família, em muitas situações, em detrimento da escuta ao sujeito), em alguns aspectos, reproduzem o modelo asilar. Destaca-se o fato dos profissionais verem com naturalidade a necessidade da internação psiquiátrica, fato este evidenciado pela própria configuração da equipe, no período da coleta dos dados, no qual apresentava profissionais com vínculo de trabalho nas duas propostas antagônicas, ou seja, no modelo asilar e no dispositivo aberto de cuidado.

A diversidade de fatores que atravessam a prática em saúde mental, o entrançamento entre luta e desejo seriam definidos por Machado e Lavrador (2001), por “desejos de manicômio” que se expressariam

[...] através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para se lidar com ele (MACHADO; LAVRADOR, 2001, p.46).

Portanto, essas idéias manicomiais estariam presentes, segundo as autoras acima, através das práticas e discursos que focam a excessiva medicalização da loucura e intervenções violentas, rígidas e arbitrarias.

O pronto atendimento à crise e a oferta de escuta possibilitariam que o sujeito encontrasse efeitos ‘estabilizadores’ e ‘organizadores’, estabelecendo a conexão entre a situação de crise e sua história e mantivesse os vínculos com o ambiente de origem, reconstruindo contatos significativos e estabelecendo novos laços sociais (SILVA, 2007).

Ao discorrer sobre a clínica, Onocko-Campos (2001) sinaliza que, a partir da década de sessenta, ocorre a ênfase na epidemiologia social que leva ao desenvolvimento da medicina social. Esta concepção, segundo a autora, não apresentava uma proposta clínica, muito pelo contrário, ao ampliar para além do sujeito a questão da saúde, acabou por destituir o foco do indivíduo, passando a considerar os problemas de saúde como problemas da comunidade e dos grupos.

Ao definir o que seriam ‘necessidades sociais’, a medicina social recorta um campo, ou seja, possibilita a escuta da comunidade, mas não dos indivíduos concretos, escuta o cidadão e não o doente, permanecendo, portanto, cindido à dimensão social. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o cidadão ganha voz na figura do conselheiro e tem seus direitos garantidos no Conselho Local. Contudo, se as comunidades passam a ser escutadas, o mesmo não ocorre com o doente concreto.

Ao longo dos anos, ocorrem várias modificações na concepção de clínica da crise. Onocko-Campos (2001) retoma as categorias propostas por Campos (1997) que diferencia a Clínica em três propostas, a Degradada, a Tradicional e a Ampliada. Na Clínica Degradada a condução ocorre a partir da queixa, trata dos sintomas e não da doença. Com a implantação do SUS, esta clínica ganha um caráter ideológico, ocorrendo uma grande produção de consultas, uma vez que ter acesso à consulta passa a ser equivalente a ter acesso à cidadania. A Clínica Tradicional encontra-se focada no curar e não na reabilitação ou prevenção, na qual o sujeito fica reduzido a uma doença, ou a um órgão doente. Trata-se da clínica do especialista, clínica presa às prescrições técnicas, e, por último, à Clínica Ampliada ou Clínica do Sujeito que considera o sujeito como biológico, social e subjetivo, além de considerar o momento histórico com suas demandas e valores construídos socialmente.

Embora Amarante (1996) defenda que a clínica ampliada coloca a doença entre parênteses ao focar o sujeito e não sua doença, Onocko-Campos (2001) afirma que sua práxis em serviços de Saúde Mental, ao contrário do que se sustenta, aponta para o fato de que

[...] a doença não foi colocada entre parênteses, para recolocar o foco no doente, a doença foi negada, negligenciada, oculta por trás dos véus de um discurso que, às vezes, e lamentavelmente, transformou-se em ideológico. Nesta linha, é possível reconhecer no discurso de alguns membros da comunidade antimanicomial certa idealização da loucura, negação das dificuldades concretas e materiais do que significa viver como portador de

sofrimento psíquico e minimização do verdadeiro sofrimento que se encarna nesses pacientes, por exemplo, no surto psicótico (ONOCKO-CAMPOS, 2001, p.102).

Nesse sentido, presentifica-se a negação da doença e da clínica, ocorrendo uma diluição dessa questão. Com isso, torna-se necessária uma maior discussão sobre a clínica possível nos serviços substitutivos e, principalmente, na crise.

Os dados encontrados nessa pesquisa indicam que os profissionais do serviço substitutivo CAPS – II, não apresentam uma compreensão definida sobre crise, sendo esta permanentemente posta em questão a partir das situações atendidas no cotidiano do serviço. Parece-nos importante essa questão uma vez que os profissionais não conseguirão permanecer refletindo e recriando continuamente suas respostas à crise se não ocorrer uma discussão da clínica a partir deste ponto. Nesse aspecto a ênfase recai sobre a necessidade de que os profissionais permaneçam abertos a essa pluralidade de sentidos/significados da crise para que possam desenvolver estratégias mais efetivas de cuidado.

Entrevê-se aqui um aspecto importante sobre o processo de subjetivação dos profissionais de saúde mental. Machado e Lavrador (2001) observam que nas sociedades arcaicas anteriores à formação do Estado e da escrita, nas quais o Estado o social, o pessoal, o político e o econômico não estavam delineados e encontravam-se atravessados uns pelos outros; a subjetividade se configurava numa “polissemia, uma polifonia, um repertório múltiplo e intercambiável de materiais de expressão, um maior potencial de permeabilidade” (MACHADO; LAVRADOR, 2001, p.54).

Tal perspectiva, ao ser trazida para o campo da saúde mental, amplia a discussão sobre concepção de crise ao referendar a permeabilidade de fatores implicados em tal situação. Entre os profissionais entrevistados, não encontramos uma definição precisa de crise, estando o conceito associado, em muitas situações, à agressividade, ao surto psicótico e à mudança no padrão de comportamento.

Encontramos, portanto, uma variação na compreensão do que caracterizaria uma crise. Essa pluralidade de sentidos não deve ser considerada *a priori* como negativo ou positivo, contanto que os profissionais permaneçam em constante discussão e construção sobre a compreensão de crise no cotidiano do serviço.

Parece-nos que este ponto pode favorecer para que os profissionais de saúde mental tenham uma compreensão mais ampliada da crise e da complexidade de fatores implicados em tal situação. Poderíamos considerar que a falta de uma definição precisa de crise, de indicadores e indicativos que cada sujeito traz numa situação de intenso sofrimento psíquico, demanda que os profissionais possam ir além de uma noção fechada de crise, evitando uma normatização do que seria ela.

Enquanto a ética da ação social considera como prioridade o estatuto de cidadão, do direito, a clínica foca a questão do singular, do caso a caso. Este aspecto torna-se dissonante na medida em que, na saúde mental, trata-se da singularidade não individual, mas de um determinado grupo social, refere-se às políticas e ações eticamente orientadas. Possibilitar um cuidado que considere tanto o sujeito de direito quanto o do inconsciente, sem cair na reabilitação ortopédica ou na clínica alienada seria o grande desafio dos serviços na atenção à crise (FURTADO, ONOCKO-CAMPOS, 2005; TENÓRIO, 2001b; JUCÁ *et al.*, 2008).

O campo da saúde mental e, particularmente, a clínica da crise, encontram-se, segundo Furtado e Onocko-Campos (2005), diante de uma complexidade de diretrizes associadas às particularidades de posicionamento de cada profissional e a uma diversidade de demandas e necessidades dos usuários (FURTADO, ONOCKO-CAMPOS, 2005). Neste contexto, haveria a necessidade do CAPS funcionar de uma forma que pudesse barrar o engessamento e a burocracia dos serviços de saúde.

O modelo substitutivo CAPS está sedimentado em ações que visam à reabilitação psicossocial, fundamentada em diretrizes da Reforma Psiquiátrica que buscam desenvolver ações que favoreçam a autonomia e a cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico (SARACENO, 2001; PITTA, 20001; GOLDBERG, 2001). Entretanto, as práticas sempre se distanciam dos princípios gerais que o norteiam, como pudemos perceber no decorrer deste estudo, principalmente no tange à modificação do paradigma asilar, o que vem ocorrendo lentamente, evidenciando-se através de “desejos de manicômio” nas práticas cotidianas de enfrentamento das situações de crise nos serviços (MACHADO; LAVRADOR, 2001).

Foram tratados alguns aspectos do enfrentamento à situação de crise no complexo cotidiano do serviço substitutivo em saúde mental – CAPS. Elegemos, entre tantos, alguns aspectos que nos pareceram relevantes e, evidentemente, não pretendemos esgotar todas as perspectivas

possíveis presentes na riqueza do material coletado. Consideramos importante destacar que estes achados apenas possibilitam uma reflexão sobre os impasses e desafios da clínica da crise neste modelo de cuidado em saúde mental. Esperamos que tais discussões realizadas ao longo dos capítulos possam, em alguma medida, contribuir para a formação de uma rede de atenção integral à crise, dentro dos parâmetros do modelo substitutivo em saúde mental, que desejamos construir.

VI. REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, V.S. et al.. Currículos disciplinares na área de saúde: ensaio sobre o poder. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. 31, p. 261-72, out./dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a03v1331.pdf> Acesso: 13 ago. 2010.
- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 10, n. 20, dez. 2006. p. 299-316. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 jul. 2009. doi: 10.1590/S1414-32832006000200003.
- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: AMARANTE, P.D. de C.(org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, v. 2, 2005, p. 45-66.
- ALVES, D; GULJOR, A. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (org.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008. p.223-243.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P. Sobre duas posições relacionadas à clínica e à reforma psiquiátrica In: QUINET, A. (org.) *Psicanálises e Psiquiatria: controvérsias e convergências*, Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, p. 103-110, 2001.
- AMARANTE, P.D. de C.; *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P.D. de C.; TORRE, E.H.G. A Constituição de Novas Práticas no Campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, 2 ed., p.26-34, 2001.
- BASAGLIA, F.O. As instituições da violência. In: _____. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*, 3 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- BASAGLIA, F.P. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

- BRANDÃO, H. N. *Introdução à análise do discurso*. 7. ed.. Campinas, S.P.: Editora da UNICAMP, s/d
- BRASIL. Ministério da Saúde, *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF. 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- BRASIL. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2002. Diário Oficial da União*. 20 fev. 2002. Brasília, DF, 2002, 3ª ed. rev. Atual.
- CAMPOS, G.W.S.. *Saúde Paideia*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.
- _____. *Uma clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*. Campinas, mimeo. 1997.
- CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.
- CAPLAN, G.. *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar. 1980.
- COELHO, M.T.; FILHO, N.A. Normal-Patológico, Saúde-Doença: revisitando Canguilhem. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 13-36. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v9n1/02.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2010.
- COSTA, M. S.. Construções em torno da crise: saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 94-108, jun. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672007000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 ago. 2010.
- COSTA, R. P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental*, Barbacena, v. 5, n. 8, jun. 2007.
- COUTO, G. et al. A experiência de Pernambuco na área de reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 2001, p.113-119.
- COUTO, M.C.V.; DUARTE, C.S.; DELGADO, P.G.G.. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, vol. 30, n. 4, p. 390-398, dez. 2008.
- DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2 ed., Porto Alegre: Artmed, 2008.
- DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P.D. de C.(org.); *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Nau, v. 2, p.161-194, 2005.

- DIAS, M.K. *et al.* Formação de redes intermunicipais substitutivas em saúde mental: relato da experiência do Seridó Potiguar. In: CAMPOS, F.B.; LANCETTI, A. (orgs.) *Saúde Loucura 9 - Experiências da Reforma Psiquiátrica*. São Paulo: HUCITEC, 2010, p. 11-48.
- FERIGATO, S.; ONOCKO-CAMPOS, R.; BALLARIN, M.L..O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/laboratorios/saude_mental/artigos/atendimento_crise_saude_mental.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2010.
- FIASCHÉ, A. *Hacia una psicopatología de la pobreza*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo, 2005.
- FIGUEIREDO, A.C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v.7, n 1, p.75-86, 2004.
- FIGUEIREDO, A.C.; GUERRA, A.M.C.; DIOGO, D.R.. A prática entre vários: uma aplicação da psicanálise ao trabalho em equipe na atenção psicossocial. In: BASTOS, A. (org.). *Psicanalisar hoje*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2006. p.123-142.
- FOUCAULT, M. *História da loucura: na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2004.
- _____. A casa dos loucos. In: _____. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979a. p. 113-128.
- _____. Poder-corpo. In: _____. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979b. p.145-152.
- FURTADO, J.; ONOCKO CAMPOS, R. A Transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviço. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 09-122, 2005.
- GOLDBERG, J. Reabilitação como Processo: o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. In: PITTA, O (org.) *O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje?* Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2001. p.33-47.
- _____. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*.Rio de Janeiro: Te Corá Editora: Instituto Franco Basaglia, 1994.
- GONDIM, D.S.M. *Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?* 2001. 125f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública, subárea Políticas Públicas e Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<http://portalteses.iciet.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2001/gondimdsmm/capa.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2010.
- GRIGOLO, T.; DELGADO, P.G.; SCHMIDT, M.B. Avaliar CAPS: um retrato do funcionamento da rede dos serviços substitutivos no Brasil. In: CAMPOS, F.B.;

- LANCETTI, A. (orgs.) *Saúde Loucura 9 - Experiências da Reforma Psiquiátrica*. São Paulo: HUCITEC, 2010, p. 371-390.
- GUIRADO, M. *Psicanálise e análise do discurso: matrizes institucionais do sujeito psíquico*. São Paulo: E.P.U., 2006.
- GUTMAN, M. Angustia, tiempo, urgência. *Escuela de La Orientación Lacaniana*. Eol - Rosario. Buenos Aires. 2010. Disponível em: <<http://www.eolrosario.org.ar/Angustia%20tiempo%20urgencia%20-Gutman.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 10.
- HOUAISS, A.; VILAR, M. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, p. 573, 2009.
- JARDIM, K; DIMENSTEIN, M.. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v.13, n.1, p. 169-190, 2007. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/267/276>>, Acesso em: 08 ago. 2010. doi: 10.1590/S0104-07072009000200006.
- JERVIS, G.. Crise da psiquiatria e contradições institucionais. In: *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*, 3 ed., Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- JORGE, M. A. C. *Fundamentos da Psicanálise: de Freud a Lacan*. Volume I (As Bases Conceituais). Rio de Janeiro: Zahar, 2005.
- JUCÁ, V. *Os sentidos da Cura em Saúde Mental*, 2003. 225f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.
- JUCÁ, V.; LIMA, M.; NUNES, M.. A (re) invenção de tecnologias no contexto dos centros de atenção psicossocial: recepção e atividades grupais. *Rev. Mental*, Barbacena, v. 7, n. 11, p. 125-143, 2008.
- KELLE, U. Análise com auxílio de computador: codificação e indexação. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (eds). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*, Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p. 393-415.
- LANCETTI, A. *Clínica paripatética*. São Paulo: Hucitec, 2008.
- LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W. de S. [et al.]. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 615-635.
- LOBOSQUE, A.M. Nem fuga da teoria, nem o medo da invenção. In: CAMPOS, F.B.; LANCETTI, A. (orgs.) *Saúde Loucura 9 - Experiências da Reforma Psiquiátrica*. São Paulo: HUCITEC, 2010, p. 255-272.
- _____. *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.
- _____. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

- MACHADO, L.D.; LAVRADOR, M.C.C. Loucura e subjetividades. In: MACHADO, L.D.; LAVRADOR, M.C.C.; BARROS, M.E.B. (Orgs.). *Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p.45-58.
- MINAYO, M. C. S.(org); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- MORA, J. F. *Dicionário de Filosofia*, Tomo I (A-D), São Paulo: Edições Loyola, 2001.
- NICÁCIO, F.; CAMPOS, G.W.S. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Rev. Terapia Ocupacional*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 71-81, 2004. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v15n2/06.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2010.
- ONOCKO-CAMPOS, R.. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, 2 ed., p. 98-111. 2001.
- ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, maio 2006, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500018&ln=en &nrm=iso>. Acesso em: 01 ago. 2010. doi: 10.1590/S0102-311X2006000500018.
- PITTA, O (org.) O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2001. p.19-26.
- PRATA, N.I.S.S. As oficinas e o ofício de cuidar. In: COSTA, C.M.; FIGUEIREDO, A.C. (org.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008. p.161-166.
- RAMMINGER, T. *Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação dos serviços de saúde mental*. Dissertação. (Mestrado em Psicologia social e Institucional) - Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5675/000518369.pdf?sequence=1>> Acesso em: 29 set. 2010.
- RECHTAND, M.; LEAL, E.M. Notas sobre a emergência psiquiátrica. In: *A Clínica da Recepção nos Dispositivos de Saúde Mental*. Cadernos IPUB/Instituto de Psiquiatria do UFRJ, v. 6, n. 17, Rio de Janeiro: UFRJ, 2000, p.92-100.
- RIBEIRO, A.M. Uma reflexão psicanalítica acerca dos CAPS: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos. *Psicologia USP*. São Paulo, v. 16, n. 4, p. 33-56, dez. 2005. Disponível em:

- <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772005000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 out. 2010.
- RIBEIRO, R.C.F. Oficinas e redes sociais na reabilitação psicossocial. In: COSTA, C.M.; FIGUEIREDO, A.C. (org.) *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008. p.105-113.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 17-60.
- ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?*, Rio de Janeiro: Zahar, 2000.
- SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma teoria à espera de teoria. In: PITTA, O (org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2001. p.150-158.
- SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev Esc Enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 1, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 ago. 2009.
- SILVA, M. V.. A clínica integral: O paradigma “Psicossocial” como uma exigência da clínica das psicoses. *Rev. In-Tensa. Ex-Tensa*. Salvador, Bahia, UFBA, ano 1, n. 1, p. 40-41, 2007.
- SILVA, M.V.O. *et al.* Tecnologias psicossociais em saúde mental: atenção à crise na psicose. *Instituto de Psicologia*. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/477.%20tecnologias%20psicossociais%20em%20sa%DAde%20mental.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2010.
- _____. Loucura, psicose e ressonâncias sociais. *Rev. In-Tensa. Ex-Tensa*. Salvador, Bahia, UFBA, ano 1, n. 1, p. 52-69, 2007.
- SOUZA, P.J.C. Resposta à crise: a experiência de Belo Horizonte. In: CAMPOS, F.B.; LANCETTI, A. (orgs.). *Saúde Loucura 9- Experiências da Reforma Psiquiátrica*, São Paulo: HUCITEC, 2010. p. 101-12.
- TAVARES R.C, SOUZA, S.M.G. Os Centros de Atenção Psicossocial e as possibilidades de inovação das práticas em Saúde Mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 82, p.252-63, maio-ago, 2009.
- TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan.-abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-597020020001000003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 ago. 2009.
- TENÓRIO, F. *A psicanálise e clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001a.

- TENÓRIO, F. Da reforma psiquiátrica à clínica do sujeito. In: QUINET, A. (org.) *Psicanálises e Psiquiatria: controvérsias e convergências*, Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, p. 121-132, 2001b.
- TENÓRIO, F. Desmedicalizar e subjetivar: A especificidade da clínica da recepção In: *A Clínica da Recepção nos Dispositivos de Saúde Mental*. Cadernos IPUB/Instituto de Psiquiatria do UFRJ, v. 6, n. 17, Rio de Janeiro: UFRJ, 2000, p.79-91.
- TENÓRIO, F; ROCHA, E.C. A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. In: ALBERTI, S; FIGUEIREDO, A.C.(orgs.) *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 2006. p. 55-72.
- TORRE, E.H.G.; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200100100006&lng=en&nrm=iso >. Acesso: 03 out. 2010. doi: 10.1590/S1413-8123200100010 0006.
- VIDAL, F.B., *et al.* A abordagem da crise na psicose. In: SILVA, M.V. O. (org.). *A clínica psicossocial das psicoses: programa de intensificação de cuidados a pacientes psicóticos*, Salvador, Bahia, UFBA, FFCH, ano 1, n. 1, p. 40-41, 2007.

VII. ANEXOS

VII.1 Anexo 01 – Entrevistas (semiestruturadas) com Profissionais de CAPS – II

ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS DE CAPS – II

1. Qual a sua formação acadêmica? Há quanto tempo está formado? Onde se formou?
2. Quanto tempo tem de prática no CAPS? Trabalha em outros locais? Quais?
3. São atendidos no serviço sujeitos em crise? Algum tipo de intervenção específico?
4. O que você compreende como situação de crise?
5. Como você compreende a elaboração do Projeto Terapêutico Singular – PTS de um sujeito em crise?
6. Que estratégias de intervenção você utiliza?
7. Esses PTSs são discutidos e acompanhados em reuniões de Equipe?
8. Ocorrem modificações nas estratégias de intervenção em situações de crise?
9. O que promove o surgimento de novas crises?
10. Que estratégias poderiam ser desenvolvidas para evitar novas crises?
11. Como você costuma avaliar o risco da reincidência da crise?
12. Quais critérios você utiliza para decidir que o paciente poderia receber “alta” do serviço CAPS, não ocorrendo novas situações de crise?

VII.2 Anexo 02 – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título de Projeto: “Sujeitos em crise: estratégias de intervenção da equipe multiprofissional de um Centro de Atenção Psicossocial em Petrolina – PE”.

Você esta sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa. Sua participação é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça se desejar qualquer pergunta para esclarecimento.

Pesquisadora: Aléssia Fontenelle – Psicóloga/Professora da Universidade Federal do Vale do São Francisco.

O objetivo principal da pesquisa é analisar as estratégias de intervenção da equipe multiprofissional do CAPS II de Petrolina, frente a usuários em situações de crise que chegam para atendimento.

Com a finalidade de trabalharmos dentro de uma ética estabelecida para a pesquisa qualitativa, o colaborador tomará ciência dos aspectos abaixo discriminados e que regerão sua participação.

A coleta de dados se dará através de entrevista semi-estruturada com os sujeitos da pesquisa, ou seja, profissionais de saúde mental das Equipes do CAPS II - Petrolina. Será utilizado pela pesquisadora um gravador de áudio (MP4 Player) para garantir que todos os dados fornecidos pelos sujeitos da pesquisa possam ser, posteriormente, retomados e analisados.

A pesquisadora compromete-se a preservar a identidade e a privacidade dos sujeitos da pesquisa, quando da transcrição das falas e da inserção das informações na redação da Dissertação e nas publicações dos resultados.

A participação como entrevistado desta pesquisa não implicará em nenhum benefício financeiro, nem para as suas atividades profissionais, ou para a instituição em que trabalha. Entretanto, poderá ocorrer alguma mudança positiva na abordagem dos sujeitos em crise, após o conhecimento das conclusões desta pesquisa.

Os sujeitos têm total liberdade para encerrar a sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum tipo de prejuízo de ordem emocional, moral ou financeira. A pesquisadora também se compromete a prestar quaisquer tipos de esclarecimentos, antes e durante a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a ela.

Eu, DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa, declarando ainda que o termo foi assinado em duas vias, uma ficando comigo e outra com a responsável pela entrevista.

Petrolina, ____ de _____ de 2010.

Nome do participante: _____

Nome do responsável: _____

(responsável)

(participante)

O entrevistado poderá verificar a provação dessa pesquisa pelo Comitê de Ética através do endereço da internet www.saude.gov.br/sisnep. Contato da Pesquisadora: alessia.fontenelle@univasf.edu.br