

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ALINE GOMES MARTINS

**A noção de crise no campo da saúde mental:
saberes e práticas em um Centro de Atenção
Psicossocial (CAPS)**

Belo Horizonte

2012

ALINE GOMES MARTINS

**A noção de crise no campo da saúde mental: saberes
e práticas em um Centro de Atenção Psicossocial
(CAPS)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção do título de Mestre
em Psicologia

Área de concentração: Psicologia Social

Orientadora: Prof Dra. Izabel Christina Friche Passos.

Belo Horizonte

2012



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A Dissertação "*A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial (CAPS)*"

elaborada por **Aline Gomes Martins**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM PSICOLOGIA

Belo Horizonte, 28 de março de 2012.

BANCA EXAMINADORA

.....
Prof. Dra. Izabel Christina Friche Passos
(Orientadora)

.....
Prof. Dr. Walter Melo Júnior

.....
Prof. Dra. Cassandra Pereira França

Nome: Aline Gomes Martins

Título: A Noção de Crise no Campo da Saúde Mental: saberes e práticas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em

Banca Examinadora

Prof. Dra. Izabel Christina Friche Passos

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais. Assinatura: _____

Prof. Dra. Cassandra Pereira França

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais. Assinatura: _____

Prof. Dra. Marília Novais da Mata Machado

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais. Assinatura: _____

Prof. Dr. Walter Melo Júnior

Instituição: Universidade Federal de São João Del Rei. Assinatura: _____

Dedico este trabalho aos meus pais. Sem eles eu nada seria.

AGRADECIMENTOS

À professora Izabel pelas suas sábias contribuições e pela oportunidade de ser orientada por ela no mestrado.

Ao professor Walter Melo, agradeço pela amizade e profissionalismo e por sempre acreditar no meu potencial.

Aos colegas de mestrado pelas experiências compartilhadas.

Aos amigos da UFSJ, pelo companheirismo. Em especial às minhas irmãs de coração - Pat, Nat e Sofia - pelo incentivo e afeto que nem mesmo a distância consegue apagar.

Aos profissionais e usuários do Centro de Atenção Psicossocial, onde foi realizada a pesquisa, por sempre estarem de portas abertas.

À CAPES pela ajuda financeira durante todo o mestrado.

Aos colegas do LAGIR por me acolher em uma terra onde me sentia estrangeira.

Aos funcionários do Programa de Pós Graduação em Psicologia da UFMG, pela atenção e contribuições durante o mestrado.

À Dafne pela amizade e enorme contribuição na correção do meu texto.

Às minhas amigas Alexandra, Michelle, Marah e Marina pela presença constante, carinho e por me fazerem sentir especial.

À Madalena pela escuta e sábias orientações.

Ao Vitor, meu amigo, companheiro e namorado, por fazer minha vida mais feliz.

Aos meus queridos irmãos, Leo e Ari pelo amor incondicional. Por estarem ao meu lado, escutarem minhas lamentações e apoiarem minhas decisões.

Aos meus pais, J3sus e Marc3, minha fonte de inspira33o, que me ensinaram a ser uma pessoa de bem e a lutar pelos meus sonhos. 3 eles dedico esse trabalho e todos os outros que vir3o.

3 Deus, que caminha comigo tornando minha vida mais rica de sentido.

*Quando se derrubam os muros do hospital, todos
nos vemos obrigados a repensar velhos modelos
e somos impelidos à criação de uma nova
história.*

(Dell'Acqua & Mezzina, 1991)

RESUMO

Martins, A. G. (2012). *A Noção de Crise no Campo da Saúde Mental: saberes e práticas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

O presente trabalho é um estudo de caso em uma perspectiva qualitativa. Objetiva problematizar a noção de crise, que dá sustentação aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) enquanto serviços de atenção a crises e urgências em saúde mental. Para tanto, foram realizadas observações participantes, entrevistas com profissionais especialistas, conversas com os profissionais não especialistas e usuários de um CAPS de uma cidade do interior de Minas Gerais. Para uma melhor compreensão sobre o tema, foi efetuado um levantamento bibliográfico exploratório a fim de investigar as noções de crise no transcorrer da história da saúde mental, desde as ideias defendidas pela psiquiatria clássica até os saberes difundidos pela reforma psiquiátrica. As entrevistas realizadas com os profissionais foram gravadas e transcritas na íntegra, e analisadas a partir das contribuições da análise de conteúdo. A análise das entrevistas permitiu levantar quatro hipóteses. Essas hipóteses compreendem temas centrais presentes nas falas dos entrevistados e se configuraram em categorias de análise. Foram elas: Hierarquização do saber; Medicalização; Supervalorização do protocolo; Concepções de crise. Cada categoria expõe um tema conflituoso, os quais se entrelaçam e compõem os resultados dessa pesquisa. As entrevistas mostram que a maioria dos profissionais se encontram “perdidos” dentro do serviço, sem saber o que fazer e como agir. Tal situação pode ser explicada pela hegemonia do saber médico, que deixa pouco espaço para as demais áreas do conhecimento atuarem. Por mais que exista uma multiplicidade de saberes e de noções convivendo entre si, fica claro que predomina no CAPS uma noção de crise aos moldes da clínica médica. Como a crise é percebida, pela maioria dos profissionais, como um estado de agudez dos sintomas psiquiátricos, e o sujeito é avaliado a partir do seu comportamento, não se abre possibilidades para outros tratamentos que levem em consideração a subjetividade e toda a complexidade de relações sociais que a constitui e mantém. Para que um tratamento efetivo se construa, precisamos romper com a hegemonia de saberes e abrir as portas para múltiplas possibilidades de perceber e lidar com a crise, a depender da demanda do paciente. O que há de primordial no “cuidado” com a crise é a

dimensão subjetiva. O trato com a mesma se constrói a partir da relação com o sujeito, com a sua história de vida, familiar, profissional e emocional.

Palavras-chave: Crise. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Reforma Psiquiátrica. Conflito Epistemológico. Clínica Ampliada.

ABSTRACT

Martins, A. G. (2012). *The notion of crisis in Mental Health field: knowledges and practices in a Psychosocial Attention Center (CAPS)*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

The present paper is a qualitative case study. It aims at discussing the crisis notion supporting Psychosocial Attention Centers (CAPS) which offer services of attention to mental health crisis and urgencies. Therefore it were conducted participants observations, interviews to specialized professionals, talks to non specialized professionals and to CAPS users in a Minas Gerais state countryside town. In order to best comprehend the argument, an exploratory bibliographic survey was conducted to investigate the notion of crisis throughout mental health history; from the ideas sustained by classic psychiatry up to the knowledge transmitted by the psychiatric reform. The interviews to the professionals were recorded and transcribed integrally, and analyzed according to the contributions of the content analysis. The interviews analysis allowed the raising of four hypotheses. These hypotheses approach central topics in the respondents' speech and were configured in categories of analysis as follows: knowledge ranking, medicalization, protocol overvaluation and crisis conceptions. Each category displays a conflictive issue which intertwines and composes the result for this research. The interviews have shown that most of the professionals feel lost in his duties without knowing what to do or how to act. Such situation can be explained by the hegemony on the medical service which barely leaves room for other fields. Despite the existence of multiple coexisting skills and definitions, it is clear the predominance in the CAPS context of a crisis notion molded by the medical clinic. As the crisis is taken by most of the professionals as a state of intensification of psychiatric symptoms and the patient is evaluated for his behavior, no opportunities are given to other treatments which take in consideration the subjectivity and the complexity of social relations which constitute and keep the crisis. In order to build an effective treatment, it is necessary to break with the hegemony of knowledges and give chances to multiple possibilities of realizing and dealing with the crisis according to the patient demands. It must be primordial the subjective dimension in dealing with the crisis. This treating is built from the relation with the subject, his personal, familiar, professional and emotional records.

Key-words: Crisis. Psychosocial Attention Centers (CAPS). Psychiatric Reform.
Epistemologic Conflict. Expanded Clinic.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC - Análise de Conteúdo

AD - Análise do Discurso

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental

CID - Classificação Internacional de Doenças

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

PSF - Programa Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| I – INTRODUÇÃO..... | 13 |
| II - UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE O CONCEITO DE CRISE NA SAÚDE MENTAL..... | 18 |
| III - EXPLORANDO A REALIDADE EMPÍRICA: OS MUITOS DESAFIOS DA PESQUISA QUALITATIVA..... | 28 |
| 3.1 Primeira Fase: Levantamento Bibliográfico..... | 29 |
| 3.2 Segunda Fase: Trabalho de Campo..... | 30 |
| 3.3 Terceira Fase: Análise das Entrevistas..... | 32 |
| 3.4 Sobre as Implicações da Pesquisadora..... | 37 |
| IV - SABERES E PRÁTICAS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL..... | 40 |
| 4.1 Funcionamento do CAPS..... | 40 |
| 4.2 A Equipe..... | 45 |
| 4.3 Categorias construídas para a análise das entrevistas..... | 47 |
| 4.3.1 Lugar do Saber/Conflitos de Poder: hierarquização do saber..... | 48 |
| 4.3.2 A Medicação como foco quase exclusivo do tratamento..... | 55 |
| 4.3.3 Protocolo: um bem ou um mal?..... | 60 |
| 4.3.4 Como os profissionais compreendem a crise..... | 64 |
| V - CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 72 |
| REFERÊNCIAS..... | 78 |
| ANEXOS..... | 83 |

I - INTRODUÇÃO

A palavra crise é polissêmica, ou seja, é permeada por significados e sentidos diversos. Ela está presente no nosso cotidiano desde o discurso mais corriqueiro até os discursos dos centros especializados em saúde mental.

No sentido mais próximo do senso comum, Leonardo Boff (2002) defende que ao falarmos de crise não nos referimos apenas a uma experiência individual, pertencente aos cidadãos em sofrimento psíquico. Podemos nos referir a situações diversas, visto que nada funciona de forma estática e satisfatória.

De acordo com Ferreira (2004, p.500), crise significa:

1. Alteração que sobrevém no curso de uma doença.
2. Acidente repentino que sobrevém numa pessoa em estado aparente de boa saúde ou agravamento súbito de um estado crônico.
3. Manifestação violenta e repentina de ruptura de equilíbrio.
4. Manifestação violenta de um sentimento.
5. Estado de dúvidas e incertezas.
6. Fase difícil, grave, na evolução das coisas, dos fatos, das idéias.
7. Momento perigoso ou decisivo.

Assim como apresentado acima, podemos perceber que a ideia de crise, na maioria das vezes, carrega um teor negativo. Estamos inseridos em uma sociedade que se baseia em protótipos de normalidade, que perpassam formas de ser e estar no mundo definidas como normais, como esperadas. E definimos como crise algo que rompe com o esperado, que retira o sujeito de um estado de “equilíbrio”, de homeostase, como dizia Caplan (1980). Contudo, o caráter negativo atribuído à crise é passível de ser questionado. A origem da palavra nos apresenta novas reflexões.

De acordo com Leonardo Boff (2002), a palavra sânscrita para crise é *Kri* ou *Kir* e significa desembaraçar, purificar, limpar. No português foram conservadas as palavras acrisolar e crisol. O crisol é um elemento químico que purifica o ouro, limpa. Portanto, crise apresenta na sua origem filosófica a ideia de purificação.

Em grego, crise (ou simplesmente *Krisis*, *Krínein*) significa decisão em um juízo. Toda situação de crise, para ser superada, exige uma decisão e seu processo está permeado por mudanças, criações e questionamentos. Para Boff, a crise possui uma vitalidade criadora que leva a pessoa a questionar sua existência e o mundo que a cerca. Ela é convocada a opinar e a decidir. É um momento crítico, uma descontinuidade e uma perturbação dentro da normalidade da vida, quando algo é deixado para trás e abrem-se novas possibilidades de ser e

estar no mundo. No momento de crise, o essencial aparece com clareza. Busca-se pelo cerne do problema para que seja possível superá-lo.

Apesar do momento de crise possuir uma dimensão de possibilidade, de inovação, ela acarreta uma turbulência na vida de quem passa por ela, pois retira a pessoa do seu estado habitual de ordem, e a coloca em uma situação de incômodo, de tomada de decisão. Na crise, o sofrimento é inegável. A pessoa se sente deslocada do lugar comum, da rotina estável e segura, da experiência da maioria. Em um mundo de identidades rígidas, essa experiência é dolorosa (Bichueti, 2000).

Especificamente no campo da saúde mental, a crise ocupa lugar central. Ela inaugura uma nova condição de vida para o sujeito. A crise, ou seja, uma “manifestação de loucura”, produz um corte na vida do sujeito e este passa a carregar o registro de louco. Para assistir as pessoas nessa condição foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)¹.

De acordo com a portaria 336, que regulamenta o CAPS, cabe a este dispositivo estar capacitado para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes (Ministério da Saúde, 2002). Dentro dessa definição, podemos nos referir ao CAPS, nos moldes dessa pesquisa, como um “serviço de atenção à crise”.

Esses serviços, introduzidos pelo processo de reforma psiquiátrica, devem estar equipados para lidar com toda a complexidade da situação de crise. O CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. Todavia, quando tentamos trazer toda a dimensão da crise para o campo específico da clínica da saúde mental, deparamo-nos com diversos paradoxos que merecem uma reflexão especial.

A crise, em geral, é o determinante das demandas em saúde mental e é um dos fenômenos de maior interrogação entre os profissionais da saúde. Por se tratar de um tema complexo, que carrega consigo as expectativas de uma sociedade e produz um enorme sofrimento no sujeito que a vivencia e em todos que de certa forma a compartilham, deve ser pensada e analisada com cuidado.

¹De acordo com a nova legislação brasileira de saúde mental, fundamentada na Lei 10.216, o sistema de atendimento a pessoas com transtorno mental passa a ter como princípio norteador a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por recursos extra-hospitalares, tendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) valor estratégico na rede substitutiva. Ele funciona como articulador da rede de atenção em saúde mental, contudo depende de uma série de outros serviços para uma assistência eficaz, como: os Centros de Convivência, Residências Terapêuticas, Programa de Volta pra Casa, dentre outros. O CAPS necessita permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade.

Em minha experiência universitária, participei de um estágio de extensão em um CAPS. Fui estagiária nesse dispositivo de saúde mental durante dois anos. Nesse período realizei oficinas de teatro com os usuários do CAPS. As oficinas aconteciam todas as segundas-feiras, no próprio serviço. Concomitante ao trabalho com as oficinas, realizei uma pesquisa (em caráter de iniciação científica) com os profissionais do CAPS, usuários e familiares destes. Esse tempo de experiência no serviço e, principalmente, com os usuários, suscitou-me muitas interrogações.

Percebi que a palavra crise circulava no discurso dos profissionais da saúde, pacientes e familiares, mas eu não conseguia entender muito bem o sentido que atribuíam a ela. Na maioria das vezes, os pacientes considerados em crise eram medicados e ficavam ociosos, sentados em algum canto da instituição, ou andando de um lado para o outro, muitas vezes em silêncio, outras balbuciando algumas palavras incompreensíveis, ou até mesmo apresentando comportamentos agressivos. Em alguns casos, de acordo com os profissionais da instituição, essa situação durava dias.

O que mais me causou estranhamento nessa experiência foi a forma como os profissionais encaravam a crise. Possuíam uma maneira única de lidar com ela. A meu ver, eles simplesmente não se arriscavam a intervir para além da medicação. O paciente era medicado até ser “passível” de intervenção. Era comum escutar os profissionais da instituição dizendo: “hoje fulano está em crise, não vai poder participar da oficina, deixa ele lá”. A crise era encarada como algo incapacitante, como um acontecimento que não deveria ser contestado, mas sim isolado até que desaparecesse ou o sujeito fosse capaz de atingir certo grau de “normalidade” esperado.

Imersa nesse contexto, muitas dúvidas me ocorreram. Será que a falta de intervenção se justifica pelo fato dos profissionais não saberem lidar com a crise? Não saberem conceituá-la? Existe outra forma de intervir na crise para além da medicação? O que é crise? Qual o sentido da mesma para quem passa por ela?

Desde então a temática da crise me incomoda. Carregava a sensação de que para conseguir trabalhar com os pacientes em crise eu deveria saber do que se tratava esse fenômeno.

Em decorrência desta minha aflição, decidi construir um projeto de pesquisa, a fim de sanar algumas das minhas interrogações e refletir sobre o conceito de crise, palavra carregada de sentido, que costuma ser determinante nas demandas de saúde mental e que se tornou um fenômeno para a psicopatologia.

Ao construir meu objetivo de pesquisa passei por muitas dificuldades. Falar de crise me deixava confusa, não era um tema claro para mim, não me sentia confortável para defini-la, e essa dificuldade de nomear meu objeto de trabalho colocou-me em uma situação de agonia. Como vou falar de um tema que não conseguia classificar, conceituar, nomear? Eu precisava de um objeto bem definido, aos moldes positivistas, para que eu pudesse explorar e retirar sentido do mesmo. Demorou até que eu tomasse consciência de que não seria necessário conceituá-lo de forma rígida, para que minha pesquisa obtivesse um norte. Posso dizer que vivenciei uma crise dos meus fundamentos, pois precisei romper com uma forma dominante de pensar, arriscar-me pelas veredas do desconhecido e experimentar entrar em contato com um tema complexo e subjetivo, que fala do sujeito e do meio que o rodeia e constitui.

A fim de pensar sobre a crise, na saúde mental, desenvolvi esta pesquisa. Portanto, proponho refletir sobre possíveis conceituações, reflexões e discussões em torno do tema da crise no campo da saúde mental. Por meio de levantamento bibliográfico exploratório, pude perceber que diversas noções de crise circularam e ainda circulam nos dispositivos responsáveis por “acolher” a loucura.

Como trabalho empírico, efetuei observações em um CAPS e realizei entrevistas com alguns profissionais do serviço, a fim de identificar como cada profissional significa e se posiciona diante da situação de crise. As observações, o diário de campo e as informações que já possuía em virtude do tempo que lá fui estagiária foram de suma importância para as análises das entrevistas.

É importante salientar que, inicialmente, a proposta desta pesquisa não se restringia a compreender a noção de crise dos profissionais da saúde do CAPS, pretendia também compreender o sentido da crise para o sujeito que a vivencia. Entretanto, após alguns encontros e conversas com uma usuária do CAPS, eu e minha orientadora entendemos que aquela segunda proposta tornaria esta pesquisa de mestrado muito extensa, e que talvez fosse impraticável nos dois anos que este curso compreende. Tomamos como foco, então, a compreensão da crise apenas no que diz respeito aos profissionais. Todavia, em decorrência da importância da fala da usuária entrevistada, utilizo alguns trechos da entrevista nas considerações finais dessa pesquisa.

Neste primeiro capítulo introdutório expus minhas inquietações com relação à temática e aos objetivos que direcionaram a pesquisa. No segundo capítulo reflito sobre algumas noções de crise presentes ao longo da história do campo da saúde mental, desde as ideias apresentadas pela psiquiatria clássica até as noções da reforma psiquiátrica atual. No

terceiro capítulo discorro sobre os caminhos metodológicos utilizados na coleta e análise do material empírico. Para tanto, recorri à análise de conteúdo como referencial teórico metodológico para a leitura das entrevistas. Em seguida, no quarto capítulo, apresento o serviço onde realizei a pesquisa, discorrendo sobre algumas de suas peculiaridades, e realizo as análises das entrevistas.

Acredito que essa proposta de trabalho me possibilitou compreender a situação de crise para além de uma “ruptura com a normalidade” e a questionar certas concepções, ainda existentes, que tendem a generalizar a crise, a não contextualizá-la, a não colocar em relevo a singularidade de cada um. Além disso, me permitiu refletir em torno dos saberes e práticas que circulam no CAPS e que afetam direta ou indiretamente o tratamento do sujeito em crise.

Em síntese, são objetivos da pesquisa:

Objetivo geral:

Problematizar a noção de crise, que dá sustentação aos CAPS enquanto serviços de atenção a crises e urgências em saúde mental, através de um estudo de caso.

Objetivos específicos:

Investigar as noções de crise no transcorrer da história da saúde mental: desde as ideias defendidas pela psiquiatria clássica até os saberes difundidos pela reforma psiquiátrica.

Identificar e discutir possíveis noções de crise presentes no discurso dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de uma cidade do interior de Minas Gerais.

II - UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE O CONCEITO DE CRISE NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Especificamente no campo da saúde mental, é necessário levarmos em consideração que qualquer esquema para definir “crise” deve analisar a organização psiquiátrica existente em determinada época e momento histórico particular. Portanto, é problemática uma definição única de crise em saúde mental (Dell’Acqua & Mezzina, 1991).

De acordo com Ferigato, Campos e Ballarin (2007), quando tentamos especificar a crise dentro do campo da saúde mental, encontramos diferentes conjecturas sobre a sua caracterização. Cada abordagem utiliza um critério para determinar se se trata ou não de uma crise mental.

Foucault (1991) discorre sobre as diversas visões de loucura ao longo da história, e deixa claro que o conceito de loucura para o qual o de crise pode ser remetido é algo construído historicamente e culturalmente, dependendo do contexto social em que está inserido. O que hoje denominamos de “crise psicótica” já foi entendido como bruxaria, forma de purificação, revolta social, manifestação de sabedoria e, apenas a partir do século XVIII, como doença.

As formas de lidar com a doença mental também evoluíram ao longo da história. Variou desde fogueira, confinamento, tratamento moral, eletro-choque, contensão física e/ou medicamentosa, até outros recursos psicodinâmicos e psicossociais de tratamento.

Na conjectura atual, com o movimento da reforma psiquiátrica, é possível perceber que vivenciamos um momento de ruptura epistemológica, ou seja, uma dicotomia entre os saberes defendidos pela reforma e o saber biomédico que predominou por muitos anos. A reforma aspira transformar o lugar da loucura, atribuindo-lhe um estatuto que vai além de sintomatologias características, atingindo a dimensão da subjetividade. Pretende-se romper com o saber biomédico que se fundamenta em uma descrição nosográfica e em um tratamento baseado na contenção medicamentosa, na tentativa de restaurar a normalidade perdida.

É com base nessa dicotomia de saberes que proponho essa revisão bibliográfica. O levantamento bibliográfico exploratório realizado deixa claro que existem basicamente duas noções de crise que imperam na história da saúde mental. Uma delas vincula-se a um saber de tipo biomédico, em que a doença se resume ao sintoma, como já mencionado. É uma noção típica dos autores da psiquiatria clássica, são eles: Pinel, Esquirol, Morel, Kraepelin dentre outros. A outra ideia de crise vincula-se às iniciativas da reforma psiquiátrica.

Optei por trabalhar com essas duas perspectivas de análise, pois estão presentes como abordagens antagônicas na literatura e ainda lutam por espaço dentro dos serviços de atendimento em saúde mental, provocando um conflito de saberes. A revisão bibliográfica foi efetuada sem se ater a algumas abordagens de importância na história da saúde mental, como a psiquiatria fenomenológica psicodinâmica e a psicanálise. Ambas inauguram um novo olhar sobre o adoecimento psíquico, levando em consideração a relação do sujeito com a doença. A não discussão em torno dessas abordagens não diminui a importância das mesmas.

São muitos os autores que se propuseram a estudar a loucura com visões divergentes. Os autores da psiquiatria clássica - movimento que teve início no século XVIII e que propagava a visão de louco como aquele desprovido de razão - lançam um olhar ora moral, ora biologicista sobre a loucura, classificando-a como doença e sugerindo uma forma de tratamento baseada na internação hospitalar, que promovia a exclusão do doente mental do seio da sociedade, sendo o tratamento feito no isolamento.

Nos primórdios da psiquiatria clássica, Pinel, Esquirol, Morel e Kraepelin apresentaram formas de pensar e lidar com a doença mental que se resumiam na descrição de sintomas, delineado por cada um deles à sua maneira, como relacionado ao aparecimento da doença (Becherie, 1980).

Durante a história da psiquiatria clássica, o hospital psiquiátrico representou o principal instrumento de intervenção em situações de crise. Dell'Acqua e Mezzina (1991) apontam o papel central do hospital psiquiátrico no atendimento à saúde mental, no qual permaneceu por muito tempo como carro chefe, por questões históricas, ideológicas e sociais que não nos cabe aqui aprofundar².

O hospital psiquiátrico, típico do modelo que antecede a reforma, permitia o uso acrítico de esquemas técnicos impermeáveis e seletivos que classificavam comportamentos e homogeneizavam grupos de problemas, para os quais preveem respostas, buscando interpretar as situações de crise dentro de parâmetros definidos e controláveis. Não se reconhecia o paciente como uma entidade complexa; o sistema tendia a reduções, sendo a crise o ponto máximo de simplificação. O serviço equipou-se para perceber e reconhecer a doença por meio

² O hospital psiquiátrico como o principal instrumento de atendimento à saúde mental é abordado na obra de diversos autores. Dentre eles destacam-se: Michel Foucault (2006) em *O Poder Psiquiátrico*, Erving Goffman (1987) com a obra *Manicômios, Prisões e Conventos*, Paulo Amarante (1998) em *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*, Franco Basaglia (1985) em *Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*, Manuel Desviat (1999) com o livro *A Reforma Psiquiátrica* e Robert Castel (1978) em *Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*.

do próprio sintoma. A complexidade da existência de sofrimento do sujeito se reduzia a um mero sinal característico de crise (Dell'Acqua & Mezzina, 1991).

Durante a maior parte da história de atendimento ao paciente psiquiátrico, principalmente durante o predomínio da psiquiatria clássica, a crise foi reduzida ao que podemos chamar de agudização da sintomatologia psiquiátrica. Isto é, a uma gama de sinais e sintomas catalogados como característicos: delírios, alucinações visuais e auditivas, agressividade, agitação psicomotora, embotamento afetivo, dentre outros. O objetivo dessa linha de raciocínio seria a supressão da sintomatologia, a fim de atingir a homeostase, a partir de um modelo de adaptação e estabilização do quadro de crise. Para os estudiosos da psiquiatria clássica, o que rompe com a homeostase e com a organização mental do indivíduo é algo negativo e destrutivo, que coloca o sujeito em um lugar não aceito socialmente (Ferigato et al., 2007).

Com base na linha de raciocínio da psiquiatria clássica, podemos dizer que a preocupação central dos estudiosos se resumia a entender a doença e nomeá-la, a fim de enquadrar o sujeito em uma nosologia. Paul Becherie (1980) apresenta discussões em torno da construção histórica do saber psiquiátrico. Ele introduz a discussão citando Charcot: “a clínica psiquiátrica é essencialmente a observação morfológica e a descrição formal dos distúrbios psicopatológicos” (Charcot citado por Becherie, 1980, p. 21).

A passagem destacada nos mostra quais foram as bases da clínica psiquiátrica tradicional. Ainda hoje, o uso automático e muitas vezes acrítico do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), que lista diferentes categorias de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-los com base na mera descrição de comportamentos, é recorrente nos cursos de graduação em saúde e nos dispositivos de assistência à saúde mental.

Sterian (2003) defende que a psiquiatria, enquanto uma especialidade médica, tende a procurar por sinais e sintomas que indiquem um desvio da normalidade, uma alteração orgânica e funcional. O parâmetro da psiquiatria é o visível, o padronizado, aquilo que para determinada época e cultura é considerado sadio, adequado. Esta visão é considerada pela autora como parcial, pois não leva em consideração os motivos subjetivos do aparecimento da doença.

As ideias de crise, defendidas pela psiquiatria clássica baseadas na concepção de ruptura com a normalidade, ainda estão presentes no discurso atual. Autores como Kaplan e Sadock (2007), importantes referências ainda hoje, continuaram a defender um conceito de loucura vinculado aos critérios de normalidade difundidos pela sociedade. Para os autores, o psicótico é caracterizado como aquele indivíduo que apresenta limitações graves no

funcionamento pessoal e social, e é marcado pela incapacidade de cumprir papéis comuns. As características apresentadas pelo indivíduo diagnosticado como psicótico são classificadas como limitações, pois não se enquadram na ordem social. O louco não adere aos papéis impostos pela sociedade. O discurso psiquiátrico lança mão dessa lógica para classificar o que é normal e o que é patológico.

Para Sterian (2003), a psiquiatria criou a nosologia para lhe assegurar um caráter de ciências médicas. Essa postura contribuiu para que surgissem novas concepções em torno da crise e fez com que outros estudiosos colocassem em questão essa abordagem dos transtornos psíquicos e propusessem novas maneiras de pensar e fazer. A partir de uma postura crítica, outras teorias foram desenvolvidas a respeito da subjetividade, que colocavam em foco a relação do sujeito com a realidade que o constitui.

Contrária às colocações da psiquiatria clássica, a antipsiquiatria, movimento característico da década de 1960/70, amplia as concepções de crise por meio de reflexões que vão além da sua sintomatologia, incluindo nela aspectos do contexto social, familiar e relacional, aprofundando na vivência subjetiva da crise e na sua singularidade para o sujeito que a vivencia concretamente.

Com o movimento da antipsiquiatria - que propõe a desconstrução literal do modelo hegemônico pregado pela psiquiatria clássica - a representação social de loucura tende a mudar. O chamado doente mental passa a ser visto como um sujeito que fala e questiona através da doença. Dá-se voz ao doente. Ele não é mais percebido como um alienado da realidade, um desprovido de razão, mas como sujeito de sua história.

De acordo com essa nova representação social de loucura, a antipsiquiatria juntamente com outras propostas revolucionárias, como a psicoterapia institucional francesa e a desinstitucionalização italiana, dão início a um movimento da reforma psiquiátrica centrado na crítica ao próprio saber médico e não apenas nas formas de tratamento. Franco Basaglia, na direção do Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia, na Itália, inicia, também na década de 1960, um movimento de transformação radical do hospital psiquiátrico que dará origem a uma nova forma de se pensar a assistência em saúde mental como um todo. Basaglia defendia a ideia de que a prática psiquiátrica produz um saber sobre o doente mental, impondo-lhe uma série de consequências que não são decorrentes do seu estado. O tratamento do modo como vinha sendo feito na psiquiatria clássica, através da internação, contenção física e medicamentosa, produzia a doença ao invés de tratá-la. O doente mental passou a ser visto como produto da sociedade que o rejeita e da psiquiatria que o gera (Amarante, 1996).

A condição de excluído à qual é condenado o doente mental impõe-lhe uma série de outras conseqüências que não podem ser identificadas como decorrentes de sua condição de doente. E se é a psiquiatria que exerce esse mandato, é esta que deve ser questionada e não o sujeito (Amarante, 1996).

Inspirados pelas ideias de Basaglia, Dell'Acqua e Mezzina (1991) propõem uma definição de crise que considera os dispositivos que participam de sua produção cultural, de sua leitura enquanto acontecimento social e subjetivo. Retiram assim a crise do seu estatuto simplesmente psicopatológico e reafirmam sua complexidade.

Com o início da reforma psiquiátrica no Brasil, especialmente com o movimento de Luta Antimanicomial, percebemos uma enorme mudança na assistência em Saúde Mental, com o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), dos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs), todos eles caracterizados como serviços de atenção à crise.

O abandono do hospital psiquiátrico e a constituição dos centros de saúde mental, como etapa fundamental do trabalho de desinstitucionalização, enfatizaram o problema prático e teórico de compreender a complexidade coexistente ao aparecimento da demanda psiquiátrica e, dentro dessa demanda, a complexidade da crise (Dell'Acqua & Mezzina, 1991).

O tipo de laço entre psiquiatra e paciente é algo que define as relações constituintes do hospital psiquiátrico. Nos serviços substitutivos, propostos pela reforma, o psiquiatra não ocupa uma posição central no atendimento. A urgência não é endereçada exclusivamente ao psiquiatra, mas sim à equipe à qual pertence. Segundo Ana Lobosque (2003), na prática antimanicomial, não existem pontos de centro, todas as especialidades trabalham em conjunto, em prol da qualidade de vida do sujeito.

A reforma prioriza a capacidade do serviço de elaborar a rede de relações e de conflitos que constituem os limites da crise que antes eram escondidos e banalizados devido ao processo de simplificação dos modelos anteriores, baseados na centralização do hospital psiquiátrico (Dell'Acqua & Mezzina, 1991). No modelo da clínica ampliada proposto pela reforma, o conflito que se manifesta com a crise não deve ser contido e ocultado pelo serviço (como acontecia com o modelo anterior de contenção ou remissão dos sintomas), mas assumido como estímulo à transformação e ao crescimento do próprio sujeito (Lobosque, 2003).

Nesta perspectiva, a clínica ampliada propõe um compromisso radical dos profissionais de saúde com os seus usuários, ampliando sua responsabilidade e ética no

sentido de evitar as exclusões e dar resolutividade às suas demandas. Deste modo, os profissionais devem desenvolver a capacidade de ajudar as pessoas não somente a prevenir e tratar as doenças, mas a transformar-se. Mesmo que a doença seja crônica, que ela não o impeça de continuar a produzir, trabalhar e viver o seu dia a dia. Entende-se que, assim, os profissionais passam a ter um compromisso com o usuário de modo singular, tornando-o parceiro e corresponsável no seu processo saúde-doença. Também se faz necessário que os profissionais reconheçam os limites do seu núcleo de ação e das tecnologias empregadas e façam parcerias com outros setores para além da saúde. O campo do saber da clínica ampliada passa a ser multiprofissional e intersetorial, e essa ampliação das práticas de atenção integral dependem da reorganização dos novos padrões para o atendimento. (Cunha, 2005)

Baseado em uma linha de pensamento similar ao de nossa reforma psiquiátrica, Ronald Laing, muito antes da reforma psiquiátrica se efetivar, já criticava o poder psiquiátrico, as práticas do electrochoque e as lobotomias, bem como todas as formas de tratamento que não dessem conta de compreender os desejos dos pacientes. Para Laing, toda a psicopatologia clássica possui premissas que impedem uma compreensão da pessoa. Em primeiro lugar, ela pressupõe um modelo de funcionamento na saúde e um modelo de funcionamento na doença, o que implica um dualismo que o autor critica radicalmente (Laing, 1978). O teórico considerou que ao utilizarmos a linguagem psiquiátrica estamos utilizando uma linguagem fabricada com o objetivo de isolar o paciente numa determinada entidade nosológica. Defendeu a importância crucial de compreender o indivíduo em crise como uma pessoa, e não como uma categoria nosológica. Sendo assim, recusou o olhar diagnóstico. A sua proposta foi a do olhar existencial. Para ele o paciente deve ser tratado como pessoa, um ser no seu-mundo, no qual tenta construir significado para a sua vida (Gabriel & Teixeira, 2007). Portanto, como alguém que não perdeu sua capacidade subjetiva, embora em processo de sofrimento.

Ronald Laing (1978) considera que a crise possui um significado existencial, representa uma tentativa de o sujeito dizer sobre uma situação insustentável, em busca de um sentido para sua vivência. Para o autor, o meio em que o indivíduo está inserido define formas de ser e estar no mundo, que devem ser cumpridas a qualquer custo. Caso contrário, a sua existência está ameaçada. Este estilo de vida imposto produz no sujeito um mal estar, uma inquietação, levando-o ao classificado por nós como loucura ou como uma situação de crise.

Nessa perspectiva, Bichueti (2000) denuncia que, em geral, a crise acaba sendo um veredito alheio que define para alguém a condição de inconveniente, que frequentemente fala das expectativas da sociedade. Para o autor, o sujeito em crise revela uma desadaptação à vida

social organizada, ele é o depositário de certa crise coletiva e histórica. “O louco pode ser uma linguagem de protesto contra a sociedade que lhe desconserta e lhe mercadeja o corpo” (p.09). O mesmo autor apresenta a crise como uma forma que o sujeito encontra para questionar a situação que vivencia. Fala de uma sociedade que lhe impõe formas de conduta, que violentamente o priva de ser um ser da diferença. Para Deleuze e Guattari citados por Bichuetti, 2000, o sujeito em crise pode ser visto como alguém que se nega a funcionar como cópia, renuncia à lógica hegemônica e se coloca como ser do devir. De acordo com o autor, a crise é uma realidade subjetiva que perpassa pessoas e instituições, e o sujeito experiencia o vazio e a incerteza. Trata-se, portanto, de uma possibilidade de se redescobrir e se reinventar.

Laing (1978) tentou tornar o enlouquecimento inteligível, pois, para ele, a loucura teria um significado existencial passível de compreensão. Laing defendeu a compreensão do indivíduo, do sentido da sua vivência, e repudiou sua classificação em uma entidade nosológica. A seu ver, mesmo os comportamentos mais estranhos e bizarros seriam inteligíveis, do ponto de vista do próprio sujeito que está perturbado. Ressalta que para compreender isso, é preciso dar voz aos pacientes, regressando à experiência vivida pelos sujeitos, mas contextualizando-a na existência.

A obra do epistemólogo das ciências da vida, George Canguilhem (2000), também apresenta preocupação em compreender as particularidades do sujeito. Para o autor, o limite entre o normal e o patológico é impreciso para vários indivíduos, mas é perfeitamente preciso para um único e mesmo indivíduo. Aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outras condições. O indivíduo é que avalia essa transformação, pois é ele que sofre suas consequências.

Como podemos perceber, os estudiosos críticos radicais da psiquiatria clássica propõem uma noção de crise centrada no sujeito, nas suas peculiaridades, e o coloca em uma posição de autonomia, sendo ele a única pessoa capaz de falar de sua doença e decidir por ela. Concepção que reforça as ideias da reforma. Essa preconiza que o paciente deve participar, juntamente com toda a equipe, do seu tratamento.

Com a reforma psiquiátrica e os novos dispositivos de atenção à saúde, podemos perceber que a noção de crise tende a mudar significativamente. Ela passa a ser encarada de maneira não uniformizante, de modo a permitir encontrar sua especificidade na singularidade do sujeito. O sintoma passa a ser reelaborado como significante de uma realidade que se torna inteligível. Objetiva-se conectar o sujeito em crise ao seu sistema de relações e de recursos humanos, materiais e simbólicos. O paciente deve poder atravessar a crise conservando sua continuidade existencial e histórica. A intervenção na crise pode ocorrer em qualquer lugar,

em lugares da vida do paciente. E a finalidade central dos novos dispositivos de atenção à crise e da política da reforma é a de manutenção dos vínculos do paciente e de construção de novas redes de relação (Dell'Acqua & Mezzina, 1991).

Conforme a situação em que se encontra o paciente, ainda são recorrentes episódios de internação, devido à gravidade do caso ao qual pode se expor. A internação torna o tratamento incompatível com a vida integral do paciente, furta o sujeito do seu contexto e o subordina a regras institucionais baseadas em uma abordagem médica (Dell'Acqua & Mezzina, 1991). Episódios de internação e até mesmo o tratamento oferecido em alguns centros de atenção à crise mostram-se contraditórios se levarmos em consideração os princípios defendidos pela reforma e a complexidade da situação de crise.

De acordo com Lobosque (2003), não podemos esquecer que o nascimento das disciplinas psi ocorreu nos hospitais psiquiátricos, nas prisões e reformatórios, nas instituições criadas para disciplinar e adestrar os homens e adequá-los às normas que os tornam subservientes. Para a autora, a vocação histórica da clínica da saúde mental tem sido a de fazer valer estas normas, de disseminá-las e torná-las aceitas e de culpabilizar e corrigir aqueles que se desviam.

A reforma psiquiátrica defende a inclusão do cidadão em sofrimento psíquico no seio da sociedade. Contudo, em muitos centros de atenção à crise, incluir apresenta-se como sinônimo de adaptar, normalizar, tornar igual, extinguir a diferença. As disciplinas psi historicamente sustentam esta propensão, desde o nascimento do hospital psiquiátrico até os dias de hoje (Lobosque, 2003).

Para a autora, incluir deve apresentar-se como acolher, criar lugar. O sentido de incluir deve ser eminentemente político, trata-se de uma questão de cidadania, de retirar a clínica da saúde mental de sua tradicional função de controle social, e colocá-la a serviço da autonomia e independência das pessoas.

A questão da crise no campo da saúde mental é um tema permeado por contradições que merecem uma reflexão especial. A reforma psiquiátrica defende novas formas de pensar e fazer em torno da crise. Entretanto, as maneiras de encarar a mesma, ainda enraizadas em práticas clínicas enrijecidas, determinam muitas de suas significações e conseqüentes intervenções que não levam em consideração a complexidade e o caráter subjetivo da mesma.

A palavra crise é polissêmica e carrega consigo as marcas da cultura de cada época, como já indicado por Dell'Acqua e Mezzina (1991). Como apontado pelos teóricos da antipsiquiatria, ela denuncia algo que vai além da expressão individual de sintomatologias características.

A polissemia da palavra inaugura uma turbulência na saúde mental, pois com base nas ideias da reforma psiquiátrica, não há critérios únicos para determinar se trata-se verdadeiramente de uma crise (Costa, 2007). Este posicionamento pode servir como uma das justificativas para explicar a dificuldade de lidar com o paciente.

Segundo Saraceno, Ansioli e Tognoni (2001), citados por Ferigato et al (2007), a crise e seu manejo estão submersos por um conjunto de interesses, no qual o paciente e “a sua crise” são uma parte do tratamento e não a totalidade. Conscientes disso, somos levados a compreender esse fenômeno dentro de uma série de fatores que consideram o contexto sócio-cultural-histórico-familiar, proporcionando algum nexo e nos colocando mais próximos de uma compreensão.

Na maioria das vezes, focalizamos a crise no indivíduo. Individualizando e nos referindo apenas ao paciente, não problematizamos o serviço, a instituição psiquiátrica, as concepções de crise que vigoram nos centros de atenção à saúde mental e nem o contexto de vida do usuário (Dell`Acqua & Mezzina, 1991). Para os autores mencionados, as individualizações da crise referem-se a uma impossibilidade dos serviços de se colocarem em crise, de questionar a complexidade da mesma e entender que ela denuncia algo que vai além do sujeito, além da agudização de sintomas característicos.

Diante dessa visão de crise como algo que não se resume a um acontecimento psicopatológico, mostra-se relevante a proposta de ampliar o entendimento sobre sua temática no campo da saúde mental, levando em consideração a prática clínica. Discorrer sobre crise, refletir em torno dos seus diversos significados e complexidade pode ser enriquecedor se seguido de uma proposta que valorize um maior aprofundamento na vivência subjetiva do sujeito que a vivencia concretamente.

A crise, em geral, é o determinante das demandas em saúde mental, e é um dos fenômenos de maior interrogação entre os profissionais da saúde. A reforma psiquiátrica inaugura uma ruptura epistemológica, propõe uma noção de crise e, conseqüentemente, um tratamento divergente do que vinha sendo usado ao longo dos tempos, baseado nas ideias da psiquiatria clássica.

Natural que os profissionais vinculados aos dispositivos de atenção à crise vivenciem um embate, epistemológico e técnico-assistencial. Durante muitos anos esse episódio foi definido unicamente como um quadro de agudização de sintomatologias características, e o único tratamento oferecido era a contenção física e medicamentosa. Sem citar todo o estigma ao qual a pessoa fica submetida. Com a reforma, a proposta é outra: propõe-se uma noção de crise centrada no sujeito e que rompa com as práticas asilares da psiquiatria clássica. Muitos

profissionais da saúde mental, cientes dessa transformação, tentam adaptar-se ao novo modelo e oferecer um trabalho técnico-assistencial que se vincule à prática antimanicomial. Contudo, por mais que já tenhamos presenciado muitos avanços no que diz respeito às iniciativas da reforma, em alguns centros de atenção à crise ainda estamos longe de atingir uma plena consciência crítica no que diz respeito ao saber e à prática profissionais.

III - EXPLORANDO A REALIDADE EMPÍRICA: OS MUITOS DESAFIOS DA PESQUISA QUALITATIVA

O presente trabalho é um estudo de caso em uma perspectiva essencialmente qualitativa. O termo qualitativo implica uma partilha densa com pessoas, fatos e locais que constituem objeto de pesquisa para extrair desse convívio os significados visíveis e latentes, que somente são perceptíveis a partir de uma interação e de uma atenção sensível. Os pesquisadores qualitativos interrogam a neutralidade científica do discurso positivista e afirmam a necessidade de investigação dos problemas éticos, políticos e sociais. Declaram-se comprometidos com a prática, com a emancipação humana e a transformação social (Chizzotti, 2003).

Na pesquisa qualitativa existem múltiplas possibilidades de abordagens metodológicas. Entendemos metodologia como o caminho e instrumento de abordagem da realidade. A metodologia ocupa lugar central no interior das pesquisas sociais, pois ela é parte intrínseca da visão social de mundo vinculada à teoria. Dessa forma, a metodologia inclui concepções teóricas de abordagens diversas e um conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também do potencial criativo do pesquisador (Minayo, 1999).

O estudo de caso, em muitas diferentes formas, é prática comum na área da saúde, sendo tradicionalmente utilizado em pesquisas médicas e psicológicas. Ele possibilita a construção de problematizações sobre a realidade abordada em diferentes níveis, permitindo uma investigação mais profunda do campo de pesquisa (Passos & Barboza, 2009).

De acordo com as autoras o pesquisador deve utilizar diferentes técnicas para alcançar um número maior e variado de informações tendo como finalidade apreender a “totalidade” de uma situação e descrever a complexidade de um caso. Mesmo considerando a impossibilidade de uma abordagem plena da realidade o estudo de caso permite ao pesquisador lidar com a comunidade estudada e descobrir fatos inesperados que devem ser articulados com os múltiplos fenômenos que se observa em campo.

O estudo de caso é o estudo exaustivo de um caso em particular, a fim de compreendê-lo enquanto instância singular, que, ao mesmo tempo em que possui dinamismo próprio, está inserida em uma realidade situada. Na maioria das vezes o interesse do pesquisador é o de estudar a unidade em suas especificidades, mas isso não o impede de ficar atento ao contexto e às inter-relações desse com o todo. Nesse sentido, o estudo deve ser “retrato vivo” da situação investigada, tomada em suas múltiplas dimensões e em sua complexidade própria.

No estudo de caso o pesquisador deve ter um plano de trabalho flexível, que se configure no transcorrer da pesquisa. Além disso, o contexto deve ser “interpretado” a partir de uma variedade de informantes e fontes de informação e situações. As informações e interpretações formuladas devem ser incluídas mesmo que apresentem pontos de vistas conflitantes entre si (Minayo, 1999).

A metodologia, como definida por Minayo (1999), compreende todo o processo de investigação de uma pesquisa, começando pelo caminho do pensamento, a partir dos pressupostos epistemológicos que o tema ou objeto da pesquisa requer, seguindo pela escolha do método e das técnicas que buscarão responder às indagações do pesquisador. Esse processo compreende, ainda, a criatividade do pesquisador, ou seja, sua capacidade de percorrer o caminho da pesquisa imprimindo sua marca pessoal na forma de articular teoria, métodos e achados empíricos.

Descreverei o método de pesquisa a partir da proposição do Ciclo de Pesquisa de Minayo (1999), no qual a pesquisa qualitativa passa por três fases principais. A primeira, que se constitui como uma fase de exploração, na qual se busca delinear o objeto de pesquisa e a preparação para a entrada em campo. A segunda, que diz respeito ao trabalho de campo, no qual o pesquisador, a partir do referencial teórico elaborado na primeira etapa, vai à prática empírica. E a terceira, e última etapa, referente à análise e tratamento do material empírico.

3.1. Primeira Fase: Levantamento Bibliográfico

A primeira fase constituiu-se no levantamento bibliográfico exploratório acerca da temática em questão: as possíveis noções de crise desde a psiquiatria clássica aos saberes atuais da reforma psiquiátrica, a fim de refletir sobre a produção desses saberes e identificar se e como estão incorporados nos dispositivos de atenção à crise.

Realizei sucessivas buscas em bibliotecas, periódicos e sites acadêmicos usando a palavra crise como tema central. Encontrei alguns livros e artigos que abordam o tema no campo da saúde mental, mas me surpreendi com a escassez de material na área, principalmente no que diz respeito à literatura atual. Com o surgimento dos Centros de Atenção à Crise, consequência da política da reforma psiquiátrica, imaginei que a temática da crise seria mais discutida e interrogada do que realmente está sendo.

De acordo com Passos e Barbosa (2009), há ainda poucas pesquisas de cunho antropológico no Brasil que abordam relações e significações sociais em torno do sofrimento mental. Com base em um levantamento recente sobre a evolução das publicações no campo da Reforma, as autoras afirmam que existe pouco conhecimento aprofundado dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e dos princípios da Reforma por parte da comunidade. Além da escassez de recursos destinados à pesquisa em saúde mental, ainda existe pouca incidência de pesquisas que abordam dimensões psicossociais.

Como resultado da pesquisa literária, construí uma revisão bibliográfica exploratória do tema, apresentada no capítulo anterior.

3.2. Segunda Fase: Trabalho de Campo

Na segunda fase iniciei o trabalho de campo. Realizei visitas sucessivas ao CAPS para observar a dinâmica da instituição. Como recurso para minhas observações, recorri a um diário de campo, para que fosse possível registrar minhas impressões. Juntamente com as observações e as entrevistas com os especialistas do serviço, conversava com os profissionais não especialistas (motorista da van, segurança, vigias, responsável pela limpeza) e com os usuários, para colher informações sobre a instituição, o dia-a-dia da mesma e a relação que estas pessoas possuem com o serviço. Como havia frequentado o serviço durante o tempo de estágio da graduação, já possuía muitas informações relevantes sobre o mesmo.

O trabalho de campo constitui-se numa etapa essencial da pesquisa qualitativa e refere-se a um recorte espacial relacionado ao objeto pesquisado. Na pesquisa de campo, o pesquisador confronta-se diretamente com o seu objeto de interesse, a fim de entrar em contato com a fonte viva do saber acumulado sobre o mesmo. O trabalho de campo permite ao pesquisador compreender uma realidade e se apropriar de um saber que até então se encontrava afastado ou obscuro para si (Minayo, 1999).

Não é possível pensar um trabalho de campo neutro, ele deve ser pensado a partir de referenciais teóricos e também a partir de aspectos operacionais que envolvem questões conceituais. A forma de realizá-lo revela a preocupação científica do pesquisador, que seleciona os fatos a serem coletados e o modo de recolhê-los. O campo social não é transparente; tanto o pesquisador quanto os sujeitos-objetos da pesquisa interferem dinamicamente no conhecimento da realidade.

De acordo com Minayo (1999), são componentes fundamentais do trabalho de campo: as observações participantes e as entrevistas. As primeiras referem-se ao momento em que se efetiva o contato informal do pesquisador em campo, que pode ajudar ou até mesmo prejudicar o conhecimento da realidade proposta. A partir das observações devemos analisar o conjunto de regras formuladas ou implícitas nas atividades dos componentes de um grupo social, a forma como essas regras são obedecidas ou transgredidas. O sentimento de amizade ou antipatia que permeia os membros do grupo deve ser observado. É preciso notar os aspectos íntimos das relações sociais, assim como as tradições e os costumes, a importância atribuída aos mesmos, o sentimento do grupo e a forma como são verbalizados.

Com base nessas informações, procurei observar a dinâmica da instituição, para que fosse possível efetuar as análises das entrevistas recorrendo às observações participantes como suporte.

Após três semanas de observações, de convívio na instituição, iniciei a realização das entrevistas com os profissionais da saúde³.

A entrevista é a técnica mais utilizada no trabalho de campo. Na pesquisa em questão trabalhei com a entrevista semi-estruturada. Essa é composta por perguntas abertas e não diretivas, que possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto sem respostas pré-fixadas pelo pesquisador. Segundo Minayo (1999), podemos obter, por meio da entrevista, dados que se referem diretamente ao indivíduo, como seus valores e opiniões. As entrevistas possibilitam ao pesquisador obter informações profundas da realidade na qual os atores sociais estão envolvidos. A fala revela condições estruturais, sistema de valores, normas e símbolos, e tem a capacidade de transmitir por meio de um porta-voz as representações de grupos determinados, em condições socioeconômicas e culturais específicas.

Os sujeitos que participaram das entrevistas foram os funcionários do CAPS. Dentre os onze profissionais que trabalham na instituição, entrevistei seis. Todos profissionais com formação superior na área da saúde, exceto a coordenadora da instituição, que não possui graduação, apenas o segundo grau completo. Os demais, que não possuem formação na área da saúde, não participaram da entrevista propriamente dita, mas também contribuíram com algumas informações⁴. As entrevistas e a conversa que realizei com os demais profissionais foram gravadas e transcritas na íntegra. O termo de consentimento utilizado para a realização da pesquisa e gravação está nos anexos.

³ O roteiro de entrevista utilizado na pesquisa se encontra nos anexos

⁴ Conversei com o motorista, porteiro e auxiliar de serviços gerais do CAPS.

É preciso salientar que o trabalho de campo coloca o pesquisador em uma posição relativamente íntima com a vida dos observados. A decisão sobre o que gravar, como lançar mão de informações, que tipo de informações são apropriadas e como aproximar-se do universo pesquisado são questões que devem ser analisadas com cuidado. A pesquisa colaborativa implica no fato de haver mais de uma pessoa envolvida na investigação. Trata-se de uma situação em que as pessoas que estão sendo estudadas também estão envolvidas no processo de modo ativo, transformando a investigação em um processo reflexivo no qual pesquisador/pesquisado trocam informações que possibilitam a construção de novos saberes (Minayo, 1999).

3.3. Terceira Fase: Análise das Entrevistas

A expressão comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa é a Análise de Conteúdo (AC). Entretanto, o termo significa mais do que procedimento técnico. Faz parte de uma histórica busca teórica no campo das investigações sociais (Minayo, 2004).

De acordo com Moraes (1999), historicamente a análise de conteúdo tem oscilado entre o rigor da suposta objetividade dos números e a fecundidade da subjetividade. A grande importância dessa técnica de função heurística tem sido a de impor um corte entre as intuições e as hipóteses que encaminham para interpretações mais definitivas. Essa iniciativa faz parte de um esforço teórico secular.

O termo “análise de conteúdo” é uma expressão recente. Surgiu nos Estados Unidos, durante a Primeira Guerra Mundial. O campo mais favorável para seu desenvolvimento foi o jornalismo da Universidade de Columbia. Dentre os nomes que ilustram a história dessa técnica destaca-se Lasswell, que fazia análise do material da imprensa e de propaganda desde 1915. Nessa época, em todos os ramos da ciência crescia o interesse pelo rigor matemático. Assim como nas demais áreas, na análise de conteúdo o rigor científico invocado era a pretensa objetividade dos números e das medidas (Minayo, 2004).

De acordo com Minayo (2004), no período posterior à Segunda Guerra Mundial a análise de conteúdo sofreu seus anos de depressão. Os próprios criadores da técnica aparentaram desânimo e desencanto com as repercussões dos seus trabalhos para o avanço do conhecimento.

De acordo com Bardin (1994), a célebre definição de análise de conteúdo surgiu no final dos anos 40-50, com Berelson, auxiliado por Lazarsfeld afirmando que a análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação. Posteriormente, ocorreram outras tentativas de aprimoramento, aprofundando o significado, regras e princípios do método. A partir dos anos 50 e, sobretudo na década de 60, a análise de conteúdo ressurgiu dentro de um debate mais aberto e diversificado. A Antropologia, a Sociologia e a Psicologia se juntaram à Psicanálise e ao Jornalismo, e houve uma retomada de problemáticas anteriormente inquestionáveis. Os adeptos das técnicas qualitativas aprofundaram sua argumentação dentro da seguinte linha: colocaram em cheque a minúcia da análise de frequência como critério de objetividade e cientificidade; tentaram ultrapassar o alcance meramente descritivo do conteúdo manifesto da mensagem, para atingir, mediante inferência, uma interpretação mais profunda.

Contudo, a análise de conteúdo também sofreu as influências da busca da cientificidade e da objetividade, recorrendo a um enfoque quantitativo que lhe atribuía um alcance meramente descritivo. A análise das mensagens com essa finalidade se fazia pelo cálculo da frequência. Tal deficiência cedeu lugar à análise qualitativa, possibilitando a interpretação dos dados, pela qual o pesquisador passou a compreender características, estruturas e/ou modelos que estão por trás das mensagens (Godoy, 1995).

Em 1977 foi publicada uma obra notável sobre a análise de conteúdo, na qual o método foi configurado em detalhes: Bardin, *Análise de Conteúdo*, que serve de orientação até os dias de hoje (Minayo, 2004).

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, como maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações. (Bardin, 1994, p.27)

Godoy (1995) afirma que na sua origem a análise de conteúdo privilegia as formas de comunicação oral e escrita, mas isso não exclui outros meios de comunicação. Qualquer comunicação que vincule um conjunto de significações de um emissor para um receptor pode ser traduzida pelas técnicas de análise de conteúdo. Parte do pressuposto que por detrás do discurso aparente esconde-se outro sentido que convém descobrir.

Dessa forma, Moraes (1999) afirma que a matéria-prima da análise de conteúdo pode constituir-se de qualquer material oriundo de comunicação verbal ou não-verbal, como

jornais, revistas, cartas, livros, relatos autobiográficos, entrevistas, diários pessoais, filmes, dentre outros. Contudo, os dados advindos dessas diversificadas fontes chegam ao investigador em estado bruto, necessitando, então, ser processado para facilitar o trabalho de compreensão, interpretação e inferência a que aspira a análise de conteúdo. A vertente qualitativa desta análise parte de uma série de pressupostos, os quais servem de suporte para captar seu sentido simbólico. Esse sentido nem sempre é manifestado e o seu significado não é único. Poderá ser focado em função de diferentes perspectivas. Por isto um texto contém muitos significados. Não é possível uma leitura neutra. Toda leitura gera uma interpretação.

As tendências históricas da análise de conteúdo conduzem-nos a uma certeza. Todo o esforço teórico para o desenvolvimento de técnicas visa, mesmo que de formas diversas e até mesmo contraditórias, ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma consciência crítica diante da comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação.

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais profundo: que ultrapasse os significados manifestos. Para isso a análise de conteúdo em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem. (Minayo, 2004, p. 203)

Para a autora citada acima, na busca de atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo têm sido desenvolvidas diversas técnicas ligadas à análise de conteúdo. São elas: Análise de Expressão, Análise de Relações, Análise Temática e Análise da Enunciação. Para fins dessa pesquisa, recorri à Análise Temática.

A noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser satisfatoriamente apresentada através de uma palavra, uma frase, um resumo. Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência tenham significado para o objetivo analítico visado. Ou seja, tradicionalmente, a análise temática se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definidoras do caráter do discurso. Ou, ao contrário, qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

Para Minayo (2004), a proposta que acompanha a análise de conteúdo se refere a uma decomposição do discurso e uma identificação de unidades de análise ou grupos de

representações para categorização de fenômenos, a partir do qual se torna possível uma reconstrução de significados que apresentem uma compreensão mais profunda da interpretação da realidade do grupo estudado.

Ainda que diferentes autores proponham diversificadas descrições do processo de análise de conteúdo, na presente pesquisa a arquitetura como constituída de três etapas, como proposto por Minayo (2004).

A primeira fase, pré-análise, consiste na escolha dos documentos a serem analisados, na retomada das hipóteses e dos objetivos da pesquisa, na reformulação frente ao material coletado e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. Pode ser decomposta nas seguintes tarefas: 1. Realização de leitura flutuante a fim de tomar contato com o material, no caso com as entrevistas realizadas, permitindo que surjam hipóteses iniciais. 2. Organização do material de forma que possa responder a algumas normas de validade: exaustividade (que contemple todos os aspectos levantados no roteiro de entrevista; representatividade (que contenha a representação do universo pesquisado); homogeneidade (que obedeça a critérios preciosos de escolha de termos de temas, técnicas e interlocutores); pertinência (os documentos analisados devem ser adequados aos objetivos do trabalho). 3. Formulação de hipótese e objetivos que devem ser deixados em aberto de modo que permitam hipóteses emergentes a partir da exploração do material.

A segunda fase, composta pela exploração do material, consiste na operação de codificações. De acordo com Bardin (1994), essa fase prima pela transformação dos dados brutos a fim de alcançar o núcleo de compreensão do texto. A análise temática tradicional trabalha essa fase com o recorte do texto em unidades de registro. Nessa pesquisa utilizei frases anunciadas pelos entrevistados como unidade de registro, para expor os “núcleos” do texto e enfatizar as análises feitas. Nesta segunda fase, em alguns casos, escolhem-se regras de contagem para que sejam expostos índices de frequência dos dados ou categorias de forma quantitativa. Contudo, nessa pesquisa não foi utilizada análise estatística dos dados ou qualquer outra forma de análise quantitativa. Optei por realizar uma análise de conteúdo puramente qualitativa. Para finalizar a segunda fase, foram formuladas categorias teóricas que abrangem temas que aparecem nas entrevistas.

Na terceira e última fase, ocorre o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação. Os resultados obtidos são submetidos à análise interpretativa a fim de ampliar a compreensão do tema pesquisado. Em muitos casos, os resultados brutos são submetidos a operações estatísticas simples ou complexas, que permitem colocar em relevo as informações obtidas.

Entretanto, nesta pesquisa, trabalhamos com significados, com o sentido de cada tema dentro do universo pesquisado, sem mencionar inferências estatísticas.

Toda leitura de um texto constitui-se numa interpretação. O analista de conteúdo exercita com maior profundidade esse esforço de interpretação e o faz não só sobre os conteúdos manifestos, como também sobre os latentes. No movimento interpretativo podemos destacar duas vertentes. Uma delas relaciona-se a estudos com uma fundamentação teórica claramente explícita *a priori*. Nesses estudos, a interpretação é feita através de uma exploração dos significados expressos nas categorias de análise em contraste com essa fundamentação. Na outra vertente, a teoria é construída com base nos dados e nas categorias de análise. A teoria emerge das informações e das categorias. Neste caso, a própria construção da teoria é uma interpretação. Teorização, interpretação e compreensão constituem um movimento circular, e em cada retomada do ciclo procura-se atingir maior profundidade na análise (Minayo, 2004).

Na pesquisa em questão, mesmo existindo uma teoria que norteia todo o trabalho, as categorias de análise foram criadas a posteriori, ao longo do processo de análise, e a partir das categorias foram efetuadas as interpretações possíveis. A emergência das categorias é resultado de um esforço, criatividade e perspicácia, exigindo uma releitura exaustiva para definir o que é essencial em função dos objetivos propostos. Os títulos das categorias só surgiram no final da análise.

É importante salientar que é necessário seguir alguns critérios de constituição de categorias de análise. As categorias necessitam ser adequadas e pertinentes ao que está sendo analisado. Todos os aspectos analisados devem estar representados na categoria. As categorias também necessitam ser inclusivas, possibilitar a inclusão de todas as unidades de análise. Devem obedecer ao critério da homogeneidade, ou seja, sua organização deve ser fundamentada em um único princípio ou critério de classificação. Além dos critérios anteriores, as categorias devem ser exclusivas, um mesmo dado não pode ser incluído em mais de uma categoria. Além disso, elas devem ser consistentes, não devem existir dúvidas quanto às unidades de conteúdo que compõem cada categoria (Moraes, 1999).

Para a análise de cada categoria desta pesquisa foram produzidos textos que expressam o conjunto de significados presentes nas diversas unidades de análise. Por meio de passagens, recorte de frases das entrevistas, é possível ilustrar as unidades de análise e atingir uma compreensão mais aprofundada do conteúdo das mensagens através de inferências e interpretações.

No momento de leitura das entrevistas recorri a contribuições da análise do discurso (AD). Mesmo que esta não seja a metodologia escolhida nessa pesquisa, ela foi muito útil no processo de compreensão das entrevistas.

A AD nos permite compreender uma dada realidade por meio da linguagem. Como elemento de mediação necessária entre o homem e sua comunidade e como forma de engajá-lo na própria realidade, a linguagem é lugar de conflito ideológico e não pode ser estudada fora da sociedade, uma vez que os processos que a constituem são histórico-sociais. Seu estudo não pode estar desvinculado das suas condições de produção. (Brandão, 2004)

De acordo com Orlandi (1987) a AD é uma proposta crítica, que busca problematizar as formas de reflexão estabelecidas. Nela o texto é tomado enquanto unidade significativa e pragmática, ele revela o contexto situacional expresso pelo sentido.

Não existe uma análise única do discurso. Ela objetiva produzir um sentido analítico do texto a partir de um texto fragmentado e confuso, mas o sentido produzido não se resume àquele proposto pelo analista do discurso. A AD efetuada por um dado analista é apenas uma leitura possível de textos e contextos. Não há sentido sem interpretação, sempre será preciso uma interpretação para dar sentido ao que o sujeito pretende transmitir com seu discurso. (Gill, 2007)

Assim como na AD, a análise de conteúdo considera o momento da análise e descrição do material como de extrema importância. É o momento de expressar os significados captados e intuídos nas mensagens analisadas. Não adianta investir muito esforço num conjunto de categorias, se não existir os mesmos cuidados no momento de apresentação dos dados. Será através do texto produzido como resultado da análise que se poderá perceber a validade da pesquisa e de seus resultados.

Uma compreensão dos fundamentos da análise de conteúdo certamente é importante para o analista conseguir tirar o máximo dessa metodologia. Compreender sua história, entender os tipos de matérias que possibilita analisar, estando ao mesmo tempo conscientes das múltiplas interpretações que uma mensagem sempre possibilita, levando ao entendimento de uma multiplicidade de objetivos que uma análise de conteúdo pode atingir, auxiliam a explorar melhor as possibilidades dessa metodologia de análise (Minayo, 2004).

3.4. Sobre as Implicações da Pesquisadora

Meu primeiro contato com o campo de pesquisa ocorreu a partir de minha experiência como estagiária do CAPS (descrita no Capítulo 1). Todavia a investigação que pretendia desenvolver no mestrado não era direcionada para este CAPS especificamente. Como ele se localiza em uma cidade distante de Belo Horizonte, a intenção era realizar a pesquisa na capital mineira. Entretanto, em decorrência de barreiras institucionais, minha orientadora e eu resolvemos efetuar a pesquisa no CAPS onde eu era estagiária.

Escolher realizar a pesquisa em um local que já conhecia foi positivo, pois facilitou o meu acesso à instituição, aos profissionais e aos usuários. O vínculo necessário para o transcorrer das entrevistas, para conseguir travar um diálogo com os pacientes e profissionais já existia, e isto foi de extrema importância para minha imersão no campo. Contudo, fazer pesquisa em um ambiente familiar produziu certo conflito, pois minhas impressões anteriores me impossibilitaram, durante um tempo, de perceber variáveis importantes e significativas para a pesquisa.

A partir de minha entrada formal em campo, realizei registros em um diário de pesquisa. Registrava tudo o que observava da instituição: serviços oferecidos pelos profissionais, relação profissional-paciente, opinião dos pacientes sobre a instituição, relato dos estagiários sobre as oficinas⁵, e outras informações que considerava importante para maior compreensão do meu objeto de pesquisa.

Após a realização das entrevistas, analisei as informações coletadas. Efetuei sucessivas leituras das entrevistas a fim de encontrar pontos em comum, conflitantes, discordantes e até mesmo desconhecidos que compõem os “núcleos de sentido” das entrevistas. Esses pontos levantados foram norteadores das categorias de análise.

Analisei as entrevistas recorrendo à metodologia escolhida. Entretanto, ao levar as análises para orientação e após comentários da minha orientadora sobre o material analisado, percebi o quanto minha experiência anterior na instituição e os conceitos que possuía *a priori* interferiram na compreensão das entrevistas. Estar inserida na instituição antes da pesquisa fez com que eu construísse um juízo de valor sobre o CAPS, o que interferiu no meu olhar inicial sobre as entrevistas e na análise dos registros efetuados na observação. Foi necessário tomar distância e me permitir vislumbrar outros horizontes.

Após compreender essa minha postura, de ir a campo com o conhecimento já estabelecido sobre o mesmo e colocá-lo na frente de qualquer oportunidade de construção de

⁵ As oficinas que existem no CAPS são ofertadas pelos alunos da universidade da cidade. Elas acontecem todos os dias da semana, no turno da manhã. São oferecidas oficinas de teatro, música e práticas corporais.

novos saberes, pude iniciar uma nova análise das entrevistas. Compreender esse fato, e tomar distância do campo de pesquisa e das entrevistas para analisar o discurso e as impressões registradas no diário de campo, permitiu-me dar outro norte à minha investigação.

Apesar de ter tido este problema no início das análises, realizar este trabalho no mesmo campo empírico onde nasceu os questionamentos desta pesquisa foi uma experiência enriquecedora. Possibilitou-me compreender o universo pesquisado de outra maneira. Estar inserida em uma instituição como parte dela fez com que eu ficasse alienada a muitos conflitos que foram possíveis vislumbrar apenas quando passei a me posicionar como pesquisadora e não mais como estagiária da instituição.

Existem muitas formas de abordar a realidade na pesquisa qualitativa. Todas elas exigem uma autocrítica constante por parte do pesquisador. Ele deve ter rigor científico ao entrar em campo e efetuar a coleta de dados, e ser capaz de suspender juízos ao analisar o material empírico, a fim de oferecer um resultado fidedigno e de qualidade.

IV- SABERES E PRÁTICAS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Este capítulo está dividido em três partes. A primeira delas discorre sobre o funcionamento do CAPS, apresenta como o serviço se organiza, os tipos de atividades que oferece, fazendo uma comparação com a Portaria n.º 336/GM que regulamenta o CAPS. A segunda parte realiza a descrição da equipe de profissionais que compõe o serviço onde foi realizada a pesquisa. A terceira parte deste capítulo compreende o processo de construção das categorias de análise. Este terceiro momento é dividido em quatro subitens que abordam cada categoria de análise e suas possíveis reflexões.

4.1. Funcionamento do CAPS

O serviço no qual fiz a pesquisa é um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de uma cidade do interior de Minas Gerais. Para garantir o sigilo sobre a identidade do serviço, dos profissionais e do usuário que participaram da pesquisa, a instituição não será identificada.

De acordo com a coordenadora do CAPS, o serviço surgiu a partir de pressões da reforma psiquiátrica. Com a lei 10.216 de 2001, o hospital psiquiátrico de referência da região começou a questionar a cidade sobre a inexistência de dispositivo de atenção para os pacientes psiquiátricos em crise e a defender a necessidade de um CAPS para o município. A partir de então, a coordenadora da saúde mental da época se interessou pela ideia e iniciou um movimento para a criação do Centro. Na ocasião, o coordenador de um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) de outra cidade mineira (considerada como possuidora de uma boa rede de assistência à crise) capacitou a equipe a pedido da Prefeitura e do Estado. Em janeiro de 2004 o CAPS iniciou seu funcionamento, sendo inaugurado em junho.

A partir das propostas da lei 10.216, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, o Ministério da Saúde estabelece a Portaria n.º 336/GM em 19 de fevereiro de 2002. Esta portaria propõe como dispositivos de atendimento em saúde mental o CAPS I, II, III, CAPS ad (álcool e drogas) e CAPSi (infantil). Esses dispositivos passam a regulamentar a rede de assistência em saúde mental, sendo definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. O CAPS I atende municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; o CAPS II atende municípios entre 70.000 e 200.000 e o

CAPS III municípios acima de 200.000. O CAPS ad é um serviço para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas para municípios com população superior a 70.000 mil habitantes; e o CAPSi atende crianças e adolescentes e é referência para uma população de cerca de 200 mil habitantes.

O CAPS onde foi realizada a pesquisa é um CAPS I, apesar de a cidade possuir capacidade para CAPS II, visto que atende os pacientes da cidade em que se encontra e das cidades vizinhas, somando mais de 70 mil habitantes.

A portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002 define que o CAPS I deve possuir as seguintes características:

- a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- f - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas, executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro;

c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

O CAPS em questão está de acordo com a portaria em alguns pontos, contudo em outros não cumpre com o que está regulamentado. Por exemplo, com relação aos atendimentos prestados, o CAPS não oferece atendimento à família, atendimento em grupo nem visitas domiciliares. As oficinas que os pacientes participam não são oferecidas pela instituição, mas pelos alunos da universidade da cidade. São oferecidas oficinas de música, teatro, literatura e expressão corporal, três vezes por semana, no turno da manhã. Antes dessa iniciativa da universidade não havia oficinas no serviço. Não são realizadas atividades comunitárias com frequência. Alguns eventos culturais são realizados ao longo do ano, como a passeata do “18 de maio” dia nacional da “Luta antimanicomial”.

O CAPS deve funcionar como regulador da porta de entrada da rede assistencial de seu território, supervisionar as unidades hospitalares psiquiátricas, supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental e, além disso, organizar a demanda e a rede de cuidados de seu território. Contudo, essas atividades estão ausentes no CAPS em questão. A coordenadora afirma que isto se deve à superlotação do CAPS e à falta de recursos humanos especializados em saúde mental em outros dispositivos de saúde. Na entrevista realizada com a coordenadora do CAPS, ficou clara a desorganização da rede de assistência em saúde mental da cidade.

(...) Existe essa rede? Existe. O PSF e a Saúde Mental [se refere ao núcleo de saúde mental da prefeitura]. O que não tá acontecendo é o preparo dessa rede. Não tem separado, o que é CAPS, o que é rede, o que pode ser trabalhado lá, o que pode ser trabalhado na saúde mental, o que pode ser

trabalhado no CREAS, no CRAS. Não tá definido isso ainda. Existe um fluxo sim, mas esse fluxo não tá correto não. (...) (entrevista de pesquisa)

De acordo com ela, os serviços de atenção básica ainda não sabem determinar quais casos devem ser encaminhados ao CAPS. Além disto, o CAPS é o único dispositivo da rede que possui psiquiatra, sendo assim o Centro acolhe toda a demanda que lhe chega, indiscriminadamente. Segundo a coordenadora,

(...) o que acontece é que tudo cai pra gente, porque a Saúde Mental não tem psiquiatra, não tem uma equipe preparada. E às vezes o PSF também, pelo fato da gente não ter feito a rede, às vezes tem médico que tem uma resistência de atender paciente nosso entendeu? Então cai tudo pra cá. Às vezes uma coisa que podia ser medicado lá cai pra gente. (...) a rede ainda não sabe o que é pra cá e o que ainda não é. Então manda tudo pra cá. Acha que aconteceu alguma coisa tem que mandar para cá (...) (entrevista de pesquisa)

O CAPS em foco atende adultos, crianças, adolescentes e casos de uso e dependência química de substâncias psicoativas. Mesmo que a cidade tenha demanda para receber um CAPS ad (álcool e drogas), ainda não existe esse dispositivo. O único psiquiatra de referência que a rede de assistência à saúde possui se encontra no CAPS. Portanto, esse profissional atende todos os casos de saúde mental da cidade e região. Tal fato produz uma superlotação do serviço. Sendo assim, o CAPS também oferece serviço ambulatorial. O farmacêutico do serviço esclarece:

(...) O primeiro esquema quando chega em crise tem que ficar no intensivo. Aí fica um determinado tempo, cada um tem seu tempo, e aí quando a gente percebe...sendo que quem define são as psicólogas, percebe que tem uma estabilização do quadro, que não tem delírio nem alucinação, aí aquele que vem todos os dias faz uma redução pra três, pra dois, pra um, até chegar num ponto de estabilização, que fica no semi-intensivo, até chegar no não intensivo. E o nosso objetivo, a gente tem muitos pacientes no não intensivo hoje, que já participaram que estão há muito tempo nesse sistema e que ficam muito ambulatorial. Só vêm mesmo em uma consulta, quase que por obrigação, e a um mês atrás, a gente começou a colocar esse pessoal no regime trimestral. A gente criou meio que da nossa cabeça. Que muita gente não precisava da consulta todos os meses, aí a gente conversou com o psiquiatra e começou a passar essas pessoas. Nós temos em torno de 150 pessoas não intensivas nesse esquema de trimestral. O que é o esquema trimestral? Ele consulta hoje, passa três meses sem consulta e vai consultar no quarto mês de novo. E a cada mês [o psiquiatra] faz a receita e a gente entrega a medicação. Então a pessoa pega a medicação todos os meses e a cada 3 meses ela faz uma reavaliação do caso clínico dela (...) (entrevista de pesquisa)

Como relatado acima, os pacientes frequentam o CAPS na modalidade intensivo (todos os dias da semana), semi-intensivo (pelo menos três vezes por semana) e não intensivo

(uma ou duas vezes por semana), até saírem da crise e passarem a frequentar uma vez por mês para uma consulta com o psicólogo e com o psiquiatra. De acordo com o farmacêutico, dependendo do estado do paciente ele passa a ir ao CAPS apenas para pegar remédio, pois o atendimento psicológico e até mesmo médico é feito em outros centros de saúde, geralmente no serviço de atenção básica à saúde de referência do bairro do paciente.

(...) A gente está se preparando, eles continuam pacientes do CAPS, mas o próprio médico do PSF fazem as receitas e qualquer alteração no caso clínico o próprio psicólogo do bairro dele que encaminha eles. Eles vão ter um atendimento mais direcionado nos bairros, com os psicólogos dos bairros, os médicos vão estar fazendo as consultas deles e com isso a gente vai estar conseguindo diminuir o número de consultas aqui e dar melhor atenção aos pacientes intensivos e semi-intensivos, a gente quer dar mais atenção para eles(...) (entrevista de pesquisa)

O CAPS atende, em média, 150 pacientes por semana, dentre eles 50 pessoas na modalidade semi-intensivo, intensivo e não intensivo, e 100 pessoas em atendimento ambulatorial com o médico e para tomar medicação. O número de pacientes fixos que frequentam o CAPS durante a semana está de acordo com o regulamentado pela portaria. Entretanto, ele recebe toda semana pacientes esporádicos, que chegam na instituição encaminhados pelo PSF da cidade ou de cidades vizinhas, levados pelas famílias, corpo de bombeiros, polícia ou que vão espontaneamente. A ausência de profissionais da saúde mental em outros dispositivos de saúde da cidade produz um excesso de atendimentos que impede os profissionais do CAPS de desempenharem outras obrigações, conforme apresentado pela portaria.

Chega paciente com demanda espontânea (...) a gente acolhe (...) às vezes o bombeiro, a polícia ou alguém encontrou ele no meio da rua, ou o familiar acionou (...) a gente acolhe, atende, inclui outros serviços de fora, avalia como crise e depois a gente entra em contato com as unidades do PSF (...) (entrevista de pesquisa)

O CAPS em questão conta com os seguintes profissionais: 1 técnico de enfermagem; 1 auxiliar de enfermagem; 1 auxiliar de serviços gerais; 1 auxiliar administrativo; 1 enfermeira; 2 psicólogas (uma delas pediu demissão durante a pesquisa); 1 farmacêutico; 1 psiquiatra; 1 coordenador/gerente; 2 vigias (terceirizados); 1 motorista (cedido pela secretaria da saúde).

Dentre os funcionários que trabalham na instituição, os vigias são terceirizados e os demais são concursados da prefeitura da cidade. Os profissionais de nível superior cumprem a

carga horária de vinte horas semanais, quatro horas por dia⁶, e os funcionários de nível médio fazem cinco horas diárias. Somente o médico faz duas horas. De acordo com a coordenadora, o promotor da justiça da cidade emitiu uma liminar para que todos os médicos e dentistas da prefeitura diminuíssem a carga horária para dez horas semanais, já que a prefeitura não pode pagar pelo que os médicos e dentistas reivindicaram com relação ao salário. O CAPS em questão possui o serviço do psiquiatra de segunda à quinta, de 07h às 09h30min. Até o momento de realização da pesquisa era o único psiquiatra disponível na rede. Foi-nos informado pela coordenadora do CAPS, no final da pesquisa, que outro psiquiatra passou a trabalhar no CAPS todos os dias, fazendo dez horas semanais e que a rede de saúde mental recebeu o apoio de uma psiquiatra que está no serviço um dia por semana.

A instituição localiza-se em um bairro afastado da cidade, em uma casa grande, arejada e arborizada. O serviço possui o auxílio de uma Van, fornecida pela secretaria de saúde, para que os usuários possam ser transportados de casa ou de pontos de referência até o CAPS. Este serviço facilita o acesso dos pacientes ao CAPS. Todavia, o serviço da Van é oferecido apenas para aqueles pacientes que frequentam a instituição ao menos uma vez por semana, ou seja, aqueles que se encontram em crise. Os pacientes que vão ao CAPS uma vez por mês para pegar medicação ou para consulta com o psiquiatra e psicólogo não usufruem desse serviço.

A rede de assistência à saúde da cidade conta com um Núcleo de Saúde Mental da prefeitura que faz atendimento ambulatorial e possui um médico neurologista e quatro psicólogos. O núcleo de Saúde Mental oferece atendimento para crianças e adultos, pacientes que não se encontram em crise, mas precisam de acompanhamento. Além do atendimento médico e psicológico, pertence ao Núcleo de Saúde Mental o Centro de Convivência da cidade.

4.2. A equipe

Para a efetivação da pesquisa foi entrevistado praticamente todo o *staff* técnico do serviço, a saber: o psiquiatra, a coordenadora, o farmacêutico, uma psicóloga, a técnica de

⁶ Apenas o farmacêutico faz cinco horas diárias, extensão de jornada.

enfermagem e a enfermeira. A auxiliar de enfermagem se recusou a participar e a outra psicóloga não realizou a entrevista, pois pediu demissão do CAPS.

O psiquiatra possui aproximadamente 70 anos de idade e 43 anos de experiência como médico na área da saúde mental. Irei tratá-lo por Pedro⁷. A coordenadora do CAPS tem 35 anos, trabalha na saúde mental há 15 anos, possui o segundo grau completo, é concursada pela prefeitura como auxiliar administrativa. Atualmente ela ocupa o cargo de coordenadora do serviço. Irei tratá-la por Maria, e ela explica sua inserção no serviço:

(...) Porque eu fui colocada em um cargo, e como eu expliquei para as meninas aqui, eu sei que eu não tenho estudo pra isso, que eu não tenho uma formação pra isso, mas o que eu vou tentar é o que acho, eu acho que eu posso fazer o melhor dentro do que eu já trabalhei, eu acho que eu posso melhorar dentro do que eu sei né? (...) Todo mundo me fala que eu sou louca de pegar a coordenação de um CAPS, porque é muita responsabilidade. Mas pela experiência que eu tenho, eu quero arriscar, fazer o que há 15 anos venho observando e não posso mudar. Você sabe o que é trabalhar em um serviço por 15 anos ver um tanto de coisa errada e não poder mudar? Então agora eu quero poder fazer algo. (...) (entrevista de pesquisa)

Maria exerce a função de coordenadora há menos de um ano. Assumiu o lugar do antigo coordenador, que é psicólogo e pediu transferência da instituição, por não receber um salário condizente com a função que exercia. Em decorrência da saída do ex-coordenador e em função do tempo de experiência de Maria na saúde mental, a equipe a indicou para assumir o cargo. Ela relata que assumir um cargo de coordenação é um desafio, especialmente por não possuir ensino superior. Sobretudo o interesse de Maria em apreender mais sobre o campo da saúde mental e seu envolvimento com o serviço ao qual pertence, fez com que ela se destacasse entre os profissionais do CAPS e fosse indicada ao cargo. A ausência de formação superior motiva Maria a buscar conhecimento e aprendizado, se mostrando aberta a novos saberes e experiências.

O farmacêutico trabalha na saúde mental há três anos, sempre como funcionário do CAPS e irei tratá-lo por João.

A psicóloga do CAPS trabalha lá há três anos. Ela segue a orientação psicanalítica como suporte epistemológico de seu trabalho. Irei tratá-la por Vera.

⁷ Todos os nomes dos entrevistados são fictícios.

A enfermeira da instituição trabalha na saúde mental há três anos, sempre no CAPS. Ela é responsável pela equipe de enfermagem do serviço, composta por ela, uma técnica em enfermagem e uma auxiliar de enfermagem. Irei tratá-la por Sandra.

A técnica de enfermagem trabalha no CAPS e na saúde mental há seis anos. Irei tratá-la por Glória.

Segue um quadro com os dados sucintos dos entrevistados.

| Entrevistado | Profissão/Cargo | Tempo de profissão | Tempo de trabalho na Saúde Mental | Data da entrevista |
|---------------------|---------------------------------------|---------------------------|--|---------------------------|
| Pedro | Médico / Psiquiatra | 43 anos | 43 anos | 06/06/2011 |
| Maria | Auxiliar administrativa /Coordenadora | 15 anos | 15 anos | 03/10/2011 |
| João | Farmacêutico | 15 anos | 3 anos | 06/10/2011 |
| Vera | Psicóloga | 21 anos | 3 anos | 25/07/2011 |
| Glória | Técnica de Enfermagem | 30 anos | 6 anos | 29/07/2011 |
| Sandra | Enfermeira | 3 anos | 3 anos | 26/07/2011 |

4.3. Categorias construídas para a análise das entrevistas

A partir da leitura das entrevistas e da exploração do material levantado na observação, foi possível formular hipóteses iniciais sobre temas centrais das entrevistas. Estes surgiram a partir de pontos comuns e conflitantes que aparecem nas falas dos entrevistados.

Como apontado na metodologia, foi realizada uma análise temática do material das entrevistas. Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência tenham algum significado. A

presença de determinados temas denota os valores de referência presentes no discurso dos entrevistados.

Portanto, após uma leitura exaustiva das entrevistas, foi possível agrupar os temas emergentes em categorias de análise. Estas foram moldadas aos poucos devido à preocupação em construir categorias que obedecessem a critérios de homogeneidade, exclusividade e consistência. Elas devem ser representativas de certos temas, possuir um único critério de classificação e não deixar dúvidas quanto à sua exclusividade.

Após a leitura das entrevistas, foram construídas quatro categorias de análise que abrangem temas presentes nas mesmas. São elas: Hierarquização do saber; Medicalização; Supervalorização do protocolo; Concepções de crise. Ao longo da análise das categorias, são apresentados recortes das entrevistas, unidades de registro que exemplificam os temas analisados. Segue abaixo a análise das categorias.

4.3.1 Lugar do saber/conflitos de poder: hierarquização do saber

Um dos pontos centrais encontrados durante as observações e entrevistas está descrito nessa categoria de análise que denominamos de Hierarquização do saber.

Como vimos, o CAPS é composto por saberes multiprofissionais, e cada profissional contribui, de acordo com sua competência, para o tratamento do usuário. Essa contribuição deve ser feita de forma conjunta e interativa, sendo fundamental a troca de informações entre os membros da equipe interdisciplinar. Contudo, a análise das entrevistas mostra que existe certo conflito entre esses saberes multidisciplinares e o lugar que ocupam dentro do CAPS onde foi realizada a pesquisa.

(...) Um tratamento ideal? Pra mim, na minha opinião, como eu já falei né, ele tem que ser tratado pela equipe multiprofissional. Isso eu acho que seria ideal, sabe porque? Ele passou pela psicóloga, ele passou pelo médico, passou pelo farmacêutico, pela enfermagem, ele passou pela equipe né? mas parece que o atendimento está muito fragmentado (...) (entrevista de pesquisa)(Sandra)

Para a profissional, enfermeira chefe, o tipo de tratamento ideal a ser oferecido ao paciente em crise seria um tratamento multiprofissional e interdisciplinar. O CAPS possui uma equipe multiprofissional, mas o trabalho não acontece de forma interdisciplinar.

(...) Eu acho que aqui tem uma questão de hierarquia que acontece isso e atrapalha muito “Ah, você está passando na minha frente”. Eu acho que isso atrapalha um pouco. Se é uma equipe multiprofissional a pessoa pode atender o paciente independente de ter a autorização de alguém né? (...)
(entrevista de pesquisa) (Sandra)

De acordo com a entrevistada, no CAPS em questão existe uma hierarquia a ser seguida, que impede a troca de saberes e a atuação dos profissionais. Esses não são livres para atuar e expor suas opiniões. A função de cada profissional já está estabelecida, não sendo permitido extrapolar os limites definidos implicitamente pelo grupo.

(...) Como diz o outro, eu faço o que vem de lá, o que me mandar (...) Eu não acho nada, eu acho que eu tô aqui, mas vem a hierarquia. Médico, psicólogo e nós aqui, pra cuidar (...) Eu acho que é pelo respeito à hierarquia. Eu tenho opinião, mas eu fico com ela pra mim, entendeu? Eu posso ser sincera com você? Eu acho que você não está me perguntado nada que venha da enfermagem. As coisas que eu observo, eu observo. Eu não vou chegar lá e falar para a psicóloga o que eu penso (...) (entrevista de pesquisa)

A fala acima pertence à Glória, técnica de enfermagem. Ao receber o convite para participar da entrevista, Glória se recusou. Disse que não tinha nada para falar, que não ia dar conta de responder às perguntas e que não poderia contribuir com a pesquisa porque não tinha nada importante para relatar. Ela foi encorajada pela auxiliar de enfermagem, que a estimulou a participar.

Glória aceitou participar da entrevista desde que a auxiliar de enfermagem a acompanhasse. Assim aconteceu. A técnica respondeu às perguntas rapidamente, parecia impaciente e falava alto.

Glória ficou assustada com as perguntas feitas, negou-se a responder, alegando que não cabia a ela falar sobre esse assunto. Ficou aparente que ao responder as perguntas, Glória estaria entrando em uma área que não lhe compete dentro do serviço, e estaria transgredindo as normas implícitas que vigoram no CAPS. Ao ser entrevistada, a técnica de enfermagem assumiu um lugar que não lhe é atribuído no CAPS: o de falar, colocar-se e dar sua opinião. Ela ficou irritada, pois as perguntas a colocaram em uma posição que ela não consegue suportar. Ao se negar a responder, Glória incorpora o lugar de não saber e legítima a hierarquia, a fragmentação dos saberes e competências que vigoram no serviço. Enquanto

alguns profissionais questionam a forma como o serviço se organiza, outros profissionais simplesmente se calam.

Se existe uma hierarquia entre saberes no CAPS, quem ocupa o topo da “pirâmide”?

(...) Quem dá a voz final do tratamento tem que ser o médico né? Ele é que sabe manusear as medicações. Se o pessoal insiste eu falo: - então, vamos usar o seu [tratamento/conhecimento], vamos ver? (Risos) Quem dá a voz final do tratamento é o médico. Ele é aquele profissional que se especializou em fazer a terapêutica (...) (entrevista de pesquisa) (Pedro)

As especialidades presentes na instituição trabalham de forma isolada, sendo o saber médico, como apontado na sequência acima, o ponto “ápice” da pirâmide. Essa hierarquia culmina em uma relação de poder entre os pares, supervalorizando alguns saberes e negligenciando outros.

O primeiro contato é com o psicólogo. Aí o psicólogo vai fazer a avaliação dele e passa pra mim. E me dá uma opinião do que ele tá achando. E eu, dentro da opinião dele, ou fora da opinião dele tomo as devidas providências. (entrevista de pesquisa) (Pedro)

Na fala de Pedro, ele desafia os outros profissionais no que diz respeito à eficácia das intervenções. Sua postura é contraditória com as propostas do CAPS. Ele é um funcionário da instituição como os demais, está vinculado a um dispositivo que se baseia na reforma psiquiátrica, no saber multidisciplinar, a fim de estimular a autonomia do sujeito e o rompimento com a lógica de tratamento clínico hospitalar. Contudo, continua a reproduzir um tratamento baseado na clínica médica, em que cabe ao médico falar sobre a doença e decidir por ela. De acordo com Pedro,

Não existe tratamento ideal. Existe tratamento de acordo com os sintomas. Pela pouca experiência que a gente tem, a gente medica tentando diminuir aquilo que, aquele quadro de transtorno no qual ele apresenta. Você não tem um plano terapêutico. Agora quando há determinadas coincidências a gente segue o mesmo plano daquela coincidência, entendeu? Ou com doses menores ou com doses maiores, depende da resistência do paciente (...) (entrevista de pesquisa)

Sendo assim, o médico ocupa uma posição de destaque, pois ao mesmo tempo em que possui o poder de definir a doença do paciente, por meio do diagnóstico, ele também possui o poder de exterminá-la, por meio da medicação, da eliminação dos sinais e sintomas que caracterizam a doença.

O lugar que o saber psiquiátrico ocupa no CAPS está relacionado a uma construção sócio-histórica do lugar social do médico. Para Foucault (2006), na clínica, tão importante na história da psiquiatria, a palavra do médico aparece como tendo um poder maior do que a palavra de qualquer outra pessoa. Desde os anos 1830 até os dias de hoje, o médico se constitui, por meio da clínica, como mestre da verdade. Na clínica o doente é obrigado a reconhecer tudo que se diz sobre ele. As marcas do saber permitem que o médico reine no interior dos asilos e exerça o sobrepoder. Esse jogo de saber e poder faz com que a figura de autoridade do psiquiatra se corporifique no serviço.

O lugar que o saber médico ocupa dentro do serviço é reforçado no discurso de alguns profissionais e na forma como o serviço se organiza. A desorganização da rede de assistência à saúde da cidade é justificada pela ausência de psiquiatra em outros serviços, colocando-o como o principal agente no tratamento dos usuários.

O que acontece? Às vezes acontece da gente receber pacientes que não é nosso porque a rede não tem psiquiatra, então a gente acaba acolhendo todo mundo. Coisas que não são responsabilidade do CAPS, que não é uma crise, é uma depressão leve, é um paciente que parou de tomar medicação e precisa de uma reavaliação do médico, uma coisa assim, de rotina mesmo né? (...) Quando a gente encaminha, porque a gente prefere acumular tudo aqui, porque tem esse risco de encaminhar e não ser atendido. E o que acontece, o PSF tem medo de pegar usuário, e isso eu até concordo, pois eles não têm psiquiatra fora daqui. (...) (entrevista de pesquisa) (Maria)

Participei de algumas reuniões de equipe, mas não fui autorizada a grava-las por serem discutidas, nas reuniões, peculiaridades da vida de cada paciente. O médico não participa da reunião, mas suas idéias são mencionadas a todo o momento. Aparentemente os casos são discutidos com ele em outra ocasião e durante a reunião a coordenadora menciona a opinião do médico, sendo ela reforçada por outros profissionais. Por outro lado, podemos considerar que o fato de a reunião dos profissionais do CAPS acontecer em um horário em que o médico não está presente pode ser uma estratégia, inconsciente do grupo, para evitar confrontar o saber médico.

Contrária a essa realidade, Lobosque (2003) aponta: os princípios e propostas dos serviços substitutivos modificam significativamente a forma de presença do psiquiatra nos serviços de saúde mental. Isto porque a urgência deixa de ser endereçada de forma específica ao psiquiatra. Um traço comum aos serviços substitutivos diz respeito ao fato de o psiquiatra não ocupar uma posição central. O CAPS, como um dispositivo de atenção à crise, foi criado a fim de oferecer ajuda ao sujeito, mas uma ajuda que não exerça controle e domínio. Segundo Lobosque, cabe aos profissionais da saúde oferecer uma ajuda sem domínio, que se

encontre subordinada a um projeto político e social. Essa ajuda é chamada pela autora de *Clínica em Movimento*: uma clínica que não caminha para si mesma, mas combina-se e articula-se com tudo o que se movimenta e se transforma na cultura, na vida, no convívio entre os homens. Assim como apresentado por Lobosque, a fala da psicóloga do serviço está em comum acordo com os pressupostos da clínica em movimento:

(...) porque eu acho que não impede, várias abordagens, porque não depende só do psicólogo, só do psiquiatra, só da enfermagem né? Por isso que eu acho que é na ambiência, é na ambiência porque é formado no tratamento como um todo ali, que é dado pela equipe, a forma de conduzir o tratamento é da equipe toda, não adianta o psicólogo fazer uma coisa aqui e outra ali não. (...) Então, a equipe, quando passa sobre o tratamento né? eu chamo isso de ambiência, quando fala sobre a abordagem, sobre a vida dele aqui no serviço, sobre os dias que ele passa aqui. Se ele percebe que é co-participante do tratamento, se ele é respeitado enquanto cidadão, ele passa a acreditar nele mesmo. Porque ele vem muito afetado na auto-estima né? eles costumam dizer que não quer ficar aqui porque não é louco, então é importante ele saber que ele não está destituído totalmente da razão, que são apenas episódios, e a gente tratar ele assim. Não é só falar no discurso, mas na prática, lidar com ele assim né? Porque você ter um discurso é uma coisa, mas você tratar ele assim é outra né? (entrevista de pesquisa)

As entrevistas mostram que, por mais que exista a preocupação em seguir as diretrizes apontadas pela reforma, em muitos momentos isto não é feito. Os profissionais afirmam que a rede não está montada, que não existe o apoio matricial, que não são realizados projetos em conjunto com outros dispositivos de saúde devido ao excesso de trabalho, que não é permitido aos profissionais se organizarem para programar essas ideias básicas. O modo de funcionamento do CAPS e a atuação dos profissionais revelam o quanto o serviço ainda se encontra vinculado a um saber técnico-assistencial anterior às iniciativas da reforma. A necessidade de dar lugar a um novo saber, a um trabalho interdisciplinar, já é questionado, mas não é desenvolvido.

Sobre essa fragmentação de saberes presente nos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, Dell'Acqua e Mezzina (1991) afirmam: os serviços que operam em torno do hospital psiquiátrico, o CAPS, por exemplo, tendem a efetuar ações especializadas de reabilitação e ressocialização. Porém, frequentemente estas intervenções são propostas de modo fragmentado e não coordenado. Ainda que estes serviços contribuam para a diminuição de internação, não preveem a elaboração do fracasso, são feitos para atender às necessidades específicas, são seletivos e impermeáveis entre si.

Os profissionais que compõem o CAPS ainda não assumiram um referencial epistemológico único. Por se tratar de um serviço de atenção às pessoas em sofrimento

psíquico, pressupõe-se que o serviço em questão compartilhe do mesmo referencial epistemológico da reforma psiquiátrica atual. Todavia, essa divergência de referências entre os profissionais produz um conflito de saberes e de práticas, inviabilizando até mesmo o processo de comunicação entre os profissionais.

(...) Eu acho que a ideia é bem individualizada, cada um tem a sua. É uma questão de formação profissional, dentro da formação você tem várias formas de abordar o transtorno mental. Cada um tem sua terapêutica né? que é diferente da psiquiátrica, que é única né? diferente da psicologia. Cada um segue um caminho pra chegar ao mesmo lugar. Cada um tem sua técnica, diferente de cada um, e nesse aspecto a gente tem muita dificuldade de discutir, pois são muitas linhas, o conceito da psiquiatria... na hora da discussão tem um conceito muito mecanizado né? (...) (entrevista de pesquisa) (Vera)

Há que se perguntar: será que se chega “ao mesmo lugar”? Que lugar seria este? A lógica de tratamento que impera no CAPS em questão não está vinculada aos saberes da reforma. É centralizada no saber biomédico, portanto o serviço tende a se fechar para trocas, o que inviabiliza o tratamento em rede e a participação integrada dos demais profissionais no tratamento do paciente em crise.

Todas as práticas que foram desenvolvidas continuam a propor espaços separados de intervenção e a fragmentar ofertas terapêuticas como resposta à necessidade de ajuda e apoio por parte do paciente. Essa fragmentação do serviço, o ir e vir do paciente e a rigidez com que é colocado o saber, oferecendo um tratamento fragmentado, não apenas não resolve, bem como, com frequência, determina a emergência da crise. (Dell’Acqua & Mezzina, 1991.)

As ideias apresentadas por Dell’Acqua e Mezzina estão de acordo com a realidade do CAPS em questão. O serviço costuma receber muitos pacientes reincidentes. Este fato é questionado durante a entrevista com a coordenadora:

Entrevistadora: Maria, eu observei que tem muito paciente que está aqui muito tempo. Tem paciente aqui que freqüentava quando eu fazia estágio, a uns 3, 4 anos atrás, quando eu comecei. Você teria alguma explicação para essa reincidência? Por que eles voltam tanto?

Entrevistada: Porque a rede não está preparada. Porque quando a gente reencaminha o paciente para o PSF ele dá início ao tratamento lá, um dois meses e depois pára. Eles não continuam o tratamento e aí quando voltam, voltam pra gente em crise. Não tem continuidade (...) (entrevista de pesquisa)

O CAPS existe com o intuito de oferecer um tratamento substitutivo à internação, e que possibilite que o sujeito possa reelaborar toda a complexidade de sua crise e participar de seu tratamento, que deve ser multiprofissional e interdisciplinar. A instituição onde foi realizada a pesquisa não segue essa conduta atribuída ao CAPS. Ela se concentra em torno da

crise do paciente. Equipou-se de modo a perceber e reconhecer a doença por meio de um modelo de simplificação do sintoma. Para Dell'Acqua e Mezzina (1991) quando o serviço não está em condição de reconhecer o sujeito como uma entidade complexa, ele tende a simplificações e reduções.

O tratamento oferecido pelo CAPS se resume a essa simplificação, não sendo o serviço questionado, interrogado diante de sua atuação. Para os autores mencionados os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico diante da necessidade e das demandas excessivas e impróprias da clientela, não costumam ter a capacidade de 'colocar-se em crise', de questionar a forma como atuam e se organizam.

O circuito psiquiátrico que contava apenas com o hospital psiquiátrico caminhou em direção à articulação de um modelo operativo mais complexo, mais aperfeiçoado, rico de múltiplos momentos, porém não se modificou absolutamente nada do modelo cultural de referência.(Dell'Acqua & Mezzina, 1991). Esta afirmativa ilustra a realidade do CAPS em questão. O modelo cultural de referencial ainda encontra-se centrado na figura do médico e no saber ao qual este está vinculado. Como apresentado em trechos de entrevista citados no transcrito deste trabalho, o psiquiatra defende que "não existe um tratamento ideal, existe tratamento de acordo com os sintomas".

O modelo cultural de referência, mencionado pelos autores e presente na fala de alguns dos profissionais, não apenas na do psiquiatra, está vinculado ao modelo de simplificação da doença, a um saber estanque e fechado, em que a crise se resume ao próprio sintoma, sendo função do CAPS exterminar esse sintoma. Por mais que alguns profissionais tenham em mente a complexidade da crise e a necessidade de se trabalhar de forma que exista uma integração de saberes, isso não acontece. O CAPS em questão, além de ser um dispositivo criado para atender a crise, também se encontra em crise, uma crise epistemológica. Nesse dispositivo, a crise ainda não encontrou espaço e oportunidade para manifestar toda sua complexidade, uma vez que qualquer manifestação de loucura é ocultada pelo serviço por meio de uma intervenção medicamentosa.

O conflito que surge com a crise do paciente é acolhido no interior de um sistema que cristaliza o paciente e aqueles que participam de sua crise, impedindo a todos a possibilidade de emancipação. Se a finalidade de uma intervenção for só a de tirar o sujeito da crise, estaríamos lhe tirando a oportunidade que a ele se abre, de subjetivação e de transformação (Knoblock, 1997).

Para Dell'Acqua e Mezzina (1991) "O conflito que se manifesta com a crise pode, dessa maneira, não ser contido e ocultado pelo serviço, mas assumido como estímulo à

transformação, ao crescimento da situação em seu todo”(p.58). Mas, isso só será possível se o serviço não colocar como objetivo apenas a supressão do sintoma, nem fixar uma única possibilidade de intervenção. De acordo com os princípios da reforma, o serviço precisa acolher a complexidade da crise, a necessidade de uma gama de terapêuticas para lidar com esta e oferecer instrumentos de produção social para a pessoa em crise, permitindo que o sujeito tenha um espaço aberto de manobra diante da situação de crise, que permita o desenvolvimento de sua autonomia.

Creio que se pudermos equacionar a verdadeira dimensão de uma crise, para além do sujeito louco, que abarca na verdade todo o seu contexto de relações, enxergaremos que nunca podemos achar que temos um único modo, apropriado e completo, para tratar a loucura. Não há uma abordagem clínica única que dê conta dessa complexidade. A crise traz uma intensificação das diferenças das subjetividades. (Frayze-Pereira, 1997)

Essa categoria de análise ilustrada pela fala de alguns profissionais e o silêncio de outros revela não apenas um conflito de saberes e de poder entre os profissionais do serviço, mas também a dificuldade do CAPS de reconhecê-lo e trabalhá-lo, de modo a avançar em direção a uma perspectiva interdisciplinar. Quando digo CAPS me refiro aos profissionais que compõem o serviço, pois é deles a dificuldade de assumir a crise epistemológica na qual se encontram e encará-la como uma oportunidade de repensar seus saberes e práticas, a fim de oferecer um tratamento que se aproxime ao máximo de uma real clínica em movimento.

4.3.2. A medicação como foco quase exclusivo do tratamento

Não existe tratamento ideal. Existe tratamento de acordo com os sintomas. Pela pouca experiência que a gente tem, a gente medica tentando diminuir aquilo que, aquele quadro de transtorno no qual ele apresenta. Você não tem um plano terapêutico. Agora quando há determinadas coincidências a gente segue o mesmo plano daquela coincidência, entendeu? Ou com doses menores ou com doses maiores, depende da resistência do paciente (...) (entrevista de pesquisa) (Pedro)

O meu contato como farmacêutico com o paciente é pequeno, é depois que ele passa por esses procedimentos, com o psicólogo, com o médico, é aí que a prescrição vai para a minha mão. Aí eu passo a seguir a conduta do médico e a ter um certo controle sobre a medicação, e aí eu vou orientar, principalmente no caso da crise, eu vou orientar, principalmente aos familiares sobre a importância do tratamento, sobre tomar os medicamentos na hora certa (...) (entrevista de pesquisa)

Hoje em dia se a gente tivesse leito retaguarda, o paciente que fica com a gente com 15 dias de crise em 7 dias a gente poderia tá abaixando essa crise. Porque vai pra casa e não toma medicação, ou usa alguma droga ou o álcool. Vamos supor que ele entra na segunda, chega na sexta a medicação tá começando a baixar, no fim de semana não toma o remédio, aí na segunda volta pra gente agitado. Na segunda o trabalho é inicial, do mesmo jeito, porque no fim de semana não tem continuidade o tratamento. E a gente sabe que é difícil, se veio pra cá é porque a família não tá dando conta. Pra mim o ideal pra crise, como tratamento de urgência seria o leito pra ajudar. (...) Aqui dentro a questão da medicação, acho que é o ideal (entrevista de pesquisa) (Maria)

As passagens acima deixam clara a importância atribuída à medicação no tratamento da crise. O remédio é visto como agente fomentador da cura do paciente. A medicalização, que tem na prescrição medicamentosa seu coroamento, mas cujas implicações vão além disto, como veremos, atravessa a fala da maioria dos entrevistados. Esta categoria, Medicalização, está intimamente relacionada com a anteriormente descrita, a hierarquização do saber com a supremacia do saber médico.

Mas aí minha função fica nisso, não quer tomar injeção toma comprimido ou gota que fica mais fácil, até ele ficar mais tranquilo e aceitar mais a situação. O que acontece é o seguinte, tem que tomar a medicação. O [paciente X] chega toda semana agitado, o que acontece? A gente acha que no fim de semana ele não toma, a família dele não tem aquela preocupação dele tomar a medicação. De segunda à sexta ele toma a medicação aqui, de manhã e de tarde. Ele já sai daqui, a dose que ele tomaria a noite a gente joga ela pra tarde, fica mais concentrado no momento, mas mantém ele bem tranquilo (...) (entrevista de pesquisa) (João)

Como mencionado acima, a função do farmacêutico do CAPS é avaliar qual a melhor forma de ministrar a medicação para o paciente, se é comprimido, gota ou injeção. Ele revê as dosagens de medicação dos pacientes e avalia se os mesmos estão tomando a medicação. Como a questão medicamentosa perpassa toda a formação profissional do farmacêutico, cabe a ele falar sobre ela e colocá-la em um local de destaque no tratamento.

Assim como apresentado nos trechos de entrevistas acima, a fala abaixo também menciona a medicação:

Nós já estamos pactuando com a UPA. Seria, o paciente chega no CAPS de manhã, ser atendido de tarde, ser atendido e medicado e se de tarde ele não tem condição de ir pra casa ele ir para o leito de retaguarda e ele ficaria no pronto socorro até no outro dia e se o CAPS funcionar o CAPS o pegaria de volta até ele sair da crise. E no final de semana também, pra ele não ter que voltar pra casa, ele ficaria pra poder ser medicado. Pra nós aqui acho que

isso ia adiantar uns 50%. A gente ver que isso é melhor do que voltar pra casa (...) (entrevista de pesquisa)

Maria cita o leito de retaguarda como um suporte necessário para que o sujeito em crise continue em tratamento. Mas o “tratamento” mencionado é exclusivamente medicamentoso. O leito é a saída encontrada pelo CAPS para que o paciente continue tomando a medicação, já que existe o risco do paciente não usá-la durante o período que está em casa.

Na lógica que vigora no CAPS, é mais pertinente recorrer a uma estratégia que mantenha o sujeito tomando a medicação, mesmo que seja em um local afastado do seu meio de convívio, do que elaborar estratégias psicossociais que vinculem a família ao tratamento do paciente.

(...) e o que acontece, o PSF tem medo de pegar usuário, e isso eu até concordo, pois eles não têm psiquiatra fora daqui, só tem o “Pedro” aqui. E a gente não consegue ficar atendendo os pacientes daqui e dando suporte à rede. É que o médico do PSF tem medo de medicar o paciente, eles tem um receio danado. Lá eles não tem quem receber. Eu creio que agora, como vai ter um outro psiquiatra na saúde mental, ele vai dar suporte para a rede. Aí eu creio que eles vão estar muito mais seguros de estar medicando, de estar recebendo (...) Não tem psiquiatra lá fora. E a rede? A rede também não atende, pois tem medo de medicar paciente psiquiátrico. Teve uma médica no posto de saúde que não quis passar uma receita de ansiolítico pro paciente porque falou que ansiolítico quem passa é só psiquiatra, sendo que ansiolítico ela podia medicar. Então se tivesse um médico pra dar suporte, o que pode medicar ia ajudar (...) (Maria)

A coordenadora justifica a ausência de organização da rede de assistência à saúde na inexistência de psiquiatra, de profissional “habilitado” a medicar o usuário da saúde mental. A fala dela reforça a “importância” atribuída ao psiquiatra e, conseqüentemente, à medicação no tratamento do sujeito. A ênfase que é dada à medicação, como a grande responsável pela “cura” do paciente, está relacionada ao poder que o saber médico detém. Como cabe ao médico diagnosticar e decidir pela doença, nada mais natural que a sua terapêutica exclusiva seja a mais valorizada.

O fenômeno da medicalização pode ser compreendido como um processo de apropriação, por parte da medicina, de tudo aquilo que não é da ordem exclusivamente médica. Consiste na ideia de tornar médico aquilo que é da ordem do econômico, do político, do cultural e do social (Amarante, 2007).

O uso da medicação se insere no campo da relação médico e paciente, em que são estabelecidos lugares sociais, nos quais o médico é aquele que sabe e o doente aquele que espera, pacientemente, a cura. Neste sistema vertical e hierárquico implicado no ato da prescrição e da receita médica, o medicamento irá atuar na confirmação dessa relação de dependência do paciente para com o médico (Hora, 2006).

As estereotípias e limitações do modelo médico-centrado, que parecem ainda guiar as práticas de muitos profissionais desses serviços de saúde, contrapõem-se às orientações que preconizam uma Atenção Psicossocial sensível às complexidades e especificidades do sujeito em sofrimento psíquico. (Ferrazza, 2009)

De acordo com Hora (2006), a medicalização é o processo pelo qual o modo de vida dos homens é apropriado pela medicina e que interfere na construção de conceitos, regras de higiene, normas de moral e costumes prescritos – sexuais, alimentares, de habitação – e de comportamentos sociais. Este processo está intimamente articulado à ideia de que não se pode separar o saber - produzido cientificamente em uma estrutura social - de suas propostas de intervenção na sociedade, de suas proposições políticas implícitas. A medicalização tem como objetivo a intervenção política no corpo social.

As diretrizes e as propostas da Atenção Psicossocial advindas do movimento da Reforma Psiquiátrica ganham cada vez mais espaço entre os profissionais dos dispositivos de saúde e entre a sociedade em geral. Entretanto, ainda assim enfrentamos diversos problemas no que tange à problemática da superação do modelo manicomial e do paradigma psiquiátrico.

(...) quando o paciente chega aqui o que é feito? (...) a gente tem uma ficha que a gente chama de acolhimento, que o profissional preenche (...) após que é feito o acolhimento ele vai direto no médico. O médico olha, prescreve né, faz a avaliação, preenche o diagnóstico, logo em seguida ele passa pelo farmacêutico e vai pra enfermagem pra ser medicado (...) o paciente chega aqui e passa direto pro médico. Não! Porque não é só a medicação, seria interessante passar por uma equipe multiprofissional, geralmente pela grande demanda que a gente tem aqui não dá... não acontece isso, um atendimento multiprofissional (...) (entrevista de pesquisa) (Sandra)

Quando ele é acolhido, quando ele percebe que está sendo observado por nós né? o comportamento dele já começa a ficar diferente, eu percebo isso. Ele passa a se sentir mais acolhido, não fica assim agressivo. Tem muitos pacientes que os familiares relatam que “ah ele tá assim em casa, tá agressivo e aí como ele está?” Muitas vezes eles nem acreditam que aqui eles não estão tendo nenhum desses tipos de comportamento. Eu acho que isso é pelo conjunto da assistência aqui. No início eu ficava muito apegada na parte do medicamento até ele sair da crise, mas não, as outras partes também influenciam, e muito (entrevista de pesquisa). (Sandra)

As duas passagens acima ilustram a angústia de Sandra quanto à forma que o tratamento é conduzido no serviço. Em um primeiro momento, ela enfatiza a necessidade de um tratamento para além da medicação. Em seguida, relata que a melhora do paciente também deve ser atribuída à atuação dos outros profissionais.

Não objetivo aqui questionar a eficácia da medicação no tratamento da crise, mas alertar para a existência de outras intervenções. A crítica que podemos fazer ao CAPS diz respeito ao papel primordial que a medicação ocupa no tratamento do sujeito em crise e na dinâmica do CAPS. Se é atribuído ao medicamento o poder de curar, de retirar do sujeito o incômodo produzido pela doença, e nenhuma outra intervenção é utilizada, as especialidades profissionais que detêm conhecimento com relação à medicação acabam por assumir o tratamento do sujeito, retirando a credibilidade das outras profissões e práticas vinculadas a elas. Essa situação seguramente está relacionada com os saberes estanques que existem dentro do serviço, e com a hierarquização que alguns profissionais questionaram nas entrevistas.

Portanto, é prudente destacar as dificuldades em superar o modelo da psiquiatria tradicional que parece se perpetuar, especialmente, na estrutura ambulatorial. E, infelizmente, os dispositivos considerados estratégicos na constituição de uma atenção psicossocial, os CAPS, não estão isentos do risco de se tornarem serviços que reproduzem aquelas práticas medicalizadoras e de controle social tão características dos ambulatórios de saúde mental (Ferraça, 2009).

Outro ponto observado diz respeito às oficinas oferecidas por alunos de uma das universidades da cidade. As oficinas são uma das estratégias do CAPS regulamentada pela portaria GM 336 de 2002, que defende a necessidade de um artesão entre os profissionais de nível técnico, para realizar as oficinas. Contudo, o CAPS em questão não possui artesão, e nenhum dos profissionais da instituição realiza oficinas com os usuários. As oficinas não são vistas pelos profissionais como uma intervenção importante. Os alunos responsáveis pelas oficinas não possuem um local adequado para realizá-las, elas acontecem ao lado da piscina, ao ar livre ou em uma sala que é usada como depósito de materiais. Os profissionais tratam as oficinas como uma brincadeira. Durante as observações presenciei alguns funcionários se referindo às oficinas como brincadeira. A oficina não está incorporada ao serviço. Outras estratégias de intervenção, para além da medicação, são secundárias ou desnecessárias, já que não possuem o poder imaginário da cura.

O excesso de medicação é questionado pelos alunos da universidade que exercem as oficinas na instituição. Em conversa com eles, durante as observações no CAPS, relataram

que alguns pacientes não conseguem participar das oficinas por aparentemente estarem “dopados”. Eles apresentam dificuldade em falar, expressar sua opinião, e permanecerem de pé. Além disso, os universitários relataram que no início da semana é difícil realizar as oficinas, pois os pacientes ficam sem concentração e muito deles apresentam desequilíbrio e tremores. No final da semana esse quadro já se modifica em alguns pacientes, em virtude da diminuição da concentração de medicação no organismo⁸.

Em uma conversa realizada com o porteiro do CAPS⁹, ele menciona que:

Entrevistadora: *E qual sua função aqui dentro?*

Entrevistado: *Eu não deixo eles saírem, igual eles tão em crise eles não podem sair. No caso deles saírem e se perderem.*

Entrevistadora: *E o que mais?*

Entrevistado: *Só isso...quando eles tão mais em crise as enfermeiras pedem pra eu segurá-los .*

Entrevistadora: *Segurar pra quê?*

Entrevistado: *Pra dar injeção neles. Quando eles tão mais agitados e não querem tomar... porque só tem enfermeira mulher né? no caso não tem muita força (...) (entrevista de pesquisa)*

A fala do porteiro do CAPS ilustra a forma de funcionamento do serviço, em casos que o paciente se nega a tomar a medicação. O remédio é o agente primordial no tratamento, em alguns casos o paciente é submetido ao procedimento mesmo contra sua vontade.

No CAPS em questão é atribuído à medicação o falso ideal de cura. O que se faz normalmente é conter a crise. Uma curiosa contradição, pois no momento em que a crise emerge, podendo ser o fio condutor de um processo de ressignificação pelo sujeito, ela é literalmente reprimida.

Conduas como essa afastam ainda mais o sujeito da possibilidade de saída de uma crise. Como relata Ronald Laig (1978) e outros estudiosos, o sujeito sente-se ameaçado, com uma percepção fragmentada de seu eu, distanciando-o cada vez mais de estabelecer relações interpessoais, e da possibilidade de uma cura efetiva.

4.3.3. O Protocolo: um bem ou um mal?

⁸ Informações obtidas com os estagiários, anotadas no diário de campo do dia 04 de julho de 2011.

⁹ A conversa foi gravada e transcrita na íntegra, embora não tenha sido uma entrevista formal.

Na Constituição Federal, as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) enfatizam o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Elas orientam a organização dos serviços e o aporte de ciência e tecnologia às ações de saúde, que muitas vezes acontecem com o emprego de protocolos (Werneck, Faria & Campos, 2009).

Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm, como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas (Werneck, et.al, 2009).

Em alguns municípios, os gestores não se posicionam e delegam aos profissionais as responsabilidades da condução das ações de saúde. Não há intervenções no processo de trabalho e não são instituídos momentos de avaliação. Nesses locais, muitos profissionais estão fazendo as ações cotidianas com a utilização de tecnologias aprendidas há algum tempo, nem sempre realizadas de forma refletida ou crítica. Em outros municípios os gestores chamam para si a responsabilidade de definição pela adoção dos protocolos, e apenas comunicam sua implantação. Essa situação pode ocasionar acomodação dos profissionais e resultar em um trabalho rotineiro e desestimulante.

Nas duas situações, a falta de problematização do processo de trabalho não permite que os protocolos tenham significado para seu cotidiano. Raramente refletimos sobre eles. Na maioria das vezes, tanto o gestor quanto a equipe não se preocupam com a existência e/ou o acompanhamento de protocolos no dia-a-dia de trabalho. (Werneck, et. al, 2009)

No CAPS onde foi realizada a pesquisa fica a cargo dos profissionais adotarem o protocolo que lhes convém, desde que em acordo com as diretrizes do SUS. Contudo, ainda não existe no serviço um protocolo que “normatize” o atendimento e a forma como os profissionais devem proceder, especialmente no que diz respeito à crise. Possivelmente a dificuldade de comunicação entre os profissionais, de interlocução entre os saberes, como apresentado na primeira categoria, dificulta a construção do protocolo. As entrevistas realizadas revelam a preocupação de alguns dos profissionais em adotarem um protocolo. Fato que justifica a construção desta categoria: Supervalorização do protocolo.

De acordo com os profissionais do CAPS, o protocolo ajudaria a definir quem está em crise e quem não está. Além disso, determinaria como agir diante da crise e quais procedimentos adotar.

O protocolo? Não. A questão do protocolo ainda não. A gente tem que protocolar e a gente ainda pretende adotar o protocolo. Inclusive na última reunião que nós tivemos aqui, a gente começou a rever o protocolo de crise, justamente para isso, pra ter um roteiro a seguir, pois a gente não tem ainda e é o que a gente tá buscando agora, fazer o protocolo de crise, o que é pra gente receber, o que não é pra gente atender. A gente tá com essa missão, mas não temos ainda. Somente temos a avaliação do psicólogo e psiquiatra. (entrevista de pesquisa) (Maria)

(...) nós estamos doidos para implantar o protocolo pra gente definir isso. Até na questão do medicamento, que é uma fase importante do tratamento, a gente tem em torno de uns 15 antipsicóticos diferentes que em questão de eficácia todos são iguais, variando só na questão de doses e nos efeitos colaterais, então uns vão causar mais efeitos, outros vão causar mais sedação, então a gente tá pensando em criar esse protocolo.(entrevista de pesquisa) (João)

(...) Assim, chegou...a gente definiu que é crise, já ter...não é ter uma receita pré-estabelecida, mas é ter uma seqüência até para a gente poder atender os pacientes (...)Há um tempo eu fui no CAPS "X" e trouxe o protocolo. Eu acho que o protocolo facilita muito o funcionamento de uma forma geral, o atendimento de uma forma geral. Até pra gente avaliar a questão de efeitos colaterais. (entrevista de pesquisa) (João)

Como a área da saúde está em constantes mudanças, há a necessidade de adaptação dos meios de trabalho. Com esta necessidade, fica aparente a dificuldade do profissional em contornar, delimitar o seu papel enquanto profissional. Para tanto, é necessária uma base de terreno firme, para produzirmos conhecimento e tecnologia. São necessários clareza da profissão e entendimento das relações dentro do processo de trabalho e de seus trabalhadores (Werneck, et.al. 2009). Os autores citados acreditam que o protocolo ajuda a regulamentar o papel de cada profissional dentro do serviço, é um instrumento de padronização das ações e do processo de trabalho.

A gente não tem nenhum protocolo, nenhum roteiro. Mas eu tô com uma idéia, de que se a gente tivesse um protocolo, eu acho que seria interessante. Pra ficar definido sobre o que realmente a gente vai fazer aqui dentro, pra não ficar assim diferente, o paciente chega aqui e passa direto pro médico, não. Porque não é só a medicação, seria interessante passar por uma equipe multiprofissional, geralmente pela grande demanda que a gente tem aqui não dá ... não acontece isso, um atendimento multiprofissional. Eu acho que isso a gente pode melhorar. (entrevista de pesquisa) (Sandra)

A passagem acima, já reproduzida na categoria anterior, mostra que o interesse da enfermeira em adotar o protocolo está ligado à esperança de que o protocolo ajude a sustentar que a crise seja percebida de uma maneira multiprofissional, e possibilite que os saberes circulem na instituição, permitindo que todos os profissionais participem do tratamento oferecido.

Acredito que os profissionais do CAPS mencionaram o protocolo tantas vezes devido à necessidade que o serviço possui de se organizar e de permitir que todos os saberes possam trabalhar em igualdade, tendo o mesmo instrumento para guiá-los. Os profissionais justificam a deficiência do serviço na falta do protocolo, contudo é mais cômodo culpar a ausência do protocolo do que problematizar o serviço, a forma como ele se regulamenta, como os saberes se dimensionam e como a crise é vista e encarada. O protocolo é encarado de uma forma heteronômica, como se pode ver nesta fala: “O SUS de uma forma geral ainda tem que chegar nessa questão dos protocolos” (entrevista de pesquisa) (João).

Autores que discutem esta questão, como por exemplo, Werneck et. al (2009), sustentam que a existência do protocolo não garante ao serviço uma plena funcionalidade, livre de conflitos. Os protocolos apresentam limites. Por isso, embora alicerçados em referências científicas e tecnológicas, não devem ser tomados para além de sua real dimensão. Sua utilização, desprovida de avaliação, de acompanhamento gerencial sistemático e revisões científicas periódicas, constitui significativo risco de se produzir um processo de trabalho pobre e desestimulante, em que planejamento e avaliação não acontecem e em que, para gestores e trabalhadores, não há lugar para a renovação e a inovação.

Portanto, mesmo que o protocolo possa surtir o efeito mencionado por Sandra e ser um instrumento de auxílio, que possibilite ao profissional da saúde ter acesso ao conhecimento e compartilhá-lo, devemos estar atentos para as consequências de seu uso acrítico.

Eu tava dando uma olhada no protocolo de “Y”, eles seguem a risca né? Ansiedade, brigas, insônia, separação, o que você pode medicar, o que não pode, qual medicação vai surtir efeito, o que você pode trabalhar, depois de quanto tempo vai surtir efeito, depois de quanto tempo você vai reencaminhar para o psiquiatra. Lá tem tudo isso. (entrevista de pesquisa) (Maria)

Ribeiro, Alonso, Pinto e Oliveira (2008) apresentam uma opinião negativa com relação ao uso dos protocolos. Para estes autores, os protocolos buscam produzir uma igualdade entre os usuários, sem levar em conta a subjetividade. Disso resulta uma verdade que só pode ser parcial. A verdade produzida pelos protocolos na forma de diagnósticos define condutas e resulta em uma exclusão subjetiva. Ao reduzir os usuários às suas doenças, eles são rotulados como doentes, o que leva ao aumento da demanda dos mesmos aos serviços de saúde, para tratamentos cada vez mais complexos, solicitados sem critério.

É importante considerar que na área da saúde é possível circular entre muitos saberes, no entanto é fundamental reconhecer que, na atualidade, há o predomínio da utilização do

saber científico. Na verdade isso se deu após um longo processo de evolução das práticas na área da saúde. O predomínio da ciência decorre de processos que iniciaram na era do iluminismo, e atinge o auge nos nossos tempos. Hoje estamos nos tempos de elevação dos objetos produzidos pela ciência ao ápice da sociedade. Uma das consequências desse predomínio é a tendência de transformar os profissionais ligados à saúde em meros aplicadores de manuais técnicos, que produzem o seu saber de forma absolutamente impessoal (Ribeiro et al, 2008).

É necessário, dentro do CAPS, a produção de saberes que possibilitem a produção de vidas, para que o sujeito possa se ver além da doença. Uma escuta ampliada é primordial, levando em conta não apenas a queixa ou a doença, mas sim a vida do usuário e sua relação com as equipes de atendimento, o que facilita o ganho de autonomia pelo usuário, e o ajuda a lidar com a doença de forma mais produtiva.

Os serviços de saúde devem prezar por um constante trabalho de avaliação sobre o lugar que o protocolo assume. Mesmo que exista o protocolo para facilitar a comunicação entre os membros da equipe e que ele seja um instrumento que direcione o profissional, a atitude a ser assumida diante de cada caso deve ser concluída por meio da equipe em conjunto com o paciente. O que há de primordial no trabalho em equipe é a integração dos saberes. Saber como lidar com a demanda, saber como lidar com os progressos da ciência e como escapar das armadilhas dos protocolos. O protocolo não pode ser um parâmetro a ser seguido à risca pelos profissionais; deve ser entendido apenas como um instrumento para se ter acesso ao conhecimento, e não ser adotado como o conhecimento.

Para que seja construído um novo lugar para a loucura e, conseqüentemente, para a crise, é necessária uma abertura epistemológica no processo de construção de saberes não protocolizados, não definidos *a priori*. É tarefa de todo profissional de saúde deixar-se surpreender pelas pessoas que acolhem a cada dia, oferecendo intervenções que se constroem a partir do contato com o paciente. Isso não significa que o tratamento do sujeito em crise deva se basear unicamente na experiência cotidiana e no improviso do momento, mas sim estar aberto ao inesperado, à singularidade de cada paciente.

4.3.4. Como os profissionais compreendem a crise

Esta categoria de análise, concepções sobre crise, discorre sobre o ponto primordial desta pesquisa. Os profissionais do CAPS que participaram das entrevistas responderam, em um determinado momento, à seguinte pergunta: o que é crise para você?

Eu acho que a cada dia que passa eu acho que sei de uma coisa e na verdade não sei é de nada. A gente vai apreendendo muito. Eu tinha um conceito de crise e hoje eu tenho outro. Antes eu achava que se a pessoa falou de mais está em crise, tomou um remédio, teve tentativa de auto-extermínio está em crise. Hoje eu já acho que é muito mais complexo. Quando me colocaram no serviço me falaram: - “Maria, todos que tiverem esse CID aqui é paciente em crise.” Tá, mas cada um é um e é tudo igual? - “Não Maria um tá mais desorganizado que o outro”. Mas cada dia me surpreendo com a crise. Essa crise me . surpreende. (...) A gente tá acostumado a ver crise assim. Quando esta delirando, gritando, quebrando coisa, vendo coisa. Por isso acho muito difícil. A cada dia que passa me surpreendo mais com a crise. (entrevista de pesquisa) (Maria)

Optei por iniciar nossas reflexões com a passagem acima, em decorrência da complexidade da resposta da coordenadora. Ela conclui a entrevista com esta fala, apresentando a noção de crise como algo em aberto, questionando suas concepções anteriores e revelando a crise como um acontecimento surpreendente. As colocações feitas por Maria favorece nossa discussão dentro dessa categoria de análise. Ela nos permite pensar a crise para além de uma definição reducionista, instiga-nos ao exercício de questionar nossas concepções, de nos colocarmos abertos a novas ideias e compreensões.

Cada profissional apresenta nas entrevistas uma ideia sobre crise. Por se tratar de um estudo sobre significações em uma prática institucionalizada de cuidado, as diretrizes do serviço no qual os profissionais estão inseridos interferiram muito nos seus posicionamentos.

Mais ou menos aquela questão, se o paciente está desorganizado, agitado, depende muito do quadro atual né? Geralmente é quem está mais desorganizado. Quem está mais estabilizado, ou está assim com uma depressão leve, aquelas pessoas que ficam numa depressão leve, aconteceu algum motivo, não consideramos crise, aí encaminhamos para o PSF de volta. (...) Mais definido como o estado da pessoa atual. Mais desorganizado, mais agressivo, com delírio mais persistente. (entrevista de pesquisa) (Maria)

A passagem acima também pertence à Maria, e expõe outra noção de crise, diferente da anterior. Nesse momento Maria fala da concepção que os profissionais do serviço utilizam para definir se o sujeito está em crise ou não, se deve ser acolhido pelo CAPS ou encaminhado a outro serviço. Ela é porta voz do CAPS, portanto suas reais concepções muitas das vezes se misturam com a noção de crise que vigora no serviço. Não é possível separar claramente o que pertence a Maria e o que diz respeito ao CAPS.

Eu acho que é o momento que o paciente está desorganizado e ele não consegue cuidar de si, não está respondendo por si, pelo seu tratamento. Ele não consegue seguir sua vida normal, de tomar um banho, de tá conseguindo ter um sono equilibrado, de ter uma alimentação equilibrada, de estar conseguindo conviver com outra pessoa, isto também é uma crise, ele está desorganizado nessas áreas. Que ele não tem cuidado pessoal, que ele não alimenta, que ele não dorme. Que ele não consegue responder quem é ele, é quando ele está fora de si mesmo, quando ele não consegue responder pelo tratamento dele, e então ele precisa de outras pessoas, de profissionais para estar ajudando ele. (entrevista de pesquisa) (Maria)

Nesse terceiro momento, Maria defende sua noção de crise, falando de um lugar que não o de coordenadora do serviço. É possível perceber que na fala acima Maria possui uma noção de crise centrada no sujeito, na relação dele com o mundo, do comportamento que o sujeito apresenta, diferente da anterior em que a noção de crise é definida por meio de um suposto diagnóstico.

Escolhi expor essas três passagens para que fosse possível visualizar a complexidade do tema. Não é possível resumir a situação de crise a uma noção fechada e estanque, sendo que a mesma pessoa pode apresentar noções variadas, a depender do lugar que ocupa, do referencial que utiliza, do momento sócio-histórico ao qual pertence.

Não é fácil definir um conjunto de situações problemáticas denominadas de “crise”, “emergências” nas quais o CAPS é chamado a intervir. Dell’Acqua e Mezzina (1991) consideram que é difícil uma conceituação única de crise em psiquiatria, e que a problematização do tema requer compreender que o ingresso de “pessoas em crise” no circuito psiquiátrico está relacionado a vários fatores: a resposta da organização sanitária e psiquiátrica à “situação de crise”, aos valores construídos socialmente, de acordo com os sistemas de reconhecimento e de percepção sobre normalidade/anormalidade, sofrimento, periculosidade, ruptura das relações familiares, de trabalho e sociais.

Como apresentado por Dell’Acqua e Mezzina (1991), para falar sobre crise é preciso levar em consideração diversos fatores. As falas dos entrevistados revelam, em muitos momentos, quais saberes predominam ao se pensar e definir crise.

A palavra crise pode nos remeter a aspectos sociais, históricos, familiares e pessoais. Porém, mesmo quando tentamos compreender a crise dentro do campo da saúde mental, encontramos diferentes teorias sobre a caracterização desse episódio. Teremos uma variedade de subgrupos que usam diferentes critérios para determinar se uma experiência pode ou não ser considerada uma crise (Ferigato et.al, 2007).

Na perspectiva da reforma, o conceito de crise representa a tentativa de aplicar uma metodologia unitária, mas não uniformizante, que permita encontrar a sua especificidade na singularidade dos problemas postos pelo sujeito, evitando o recurso de aproximações e intervenções próprias do modelo médico. Na realidade da reforma, até mesmo o sintoma pode ser reelaborado como significativo de uma realidade que se torna inteligível (Dell'Acqua & Mezzina, 19991).

Mesmo que estejamos vivenciando um momento histórico em que a noção divulgada de crise seja influenciada pelas ideias da reforma psiquiátrica, de uma clínica antimanicomial, o modelo cultural de referência anterior ao movimento de desinstitucionalização ainda está presente ao se pensar sobre crise.

Pra mim crise, é mais ou menos como todo mundo vê, o paciente agitado, agressivo, com delírio em alguns, a gente vê que é delírio, quando é um paciente que retorna a gente já consegue perceber que é um delírio, pelo histórico dele aqui no CAPS, de quando ele tava bem. Igual tinha um paciente aqui no CAPS que quando ele chegou ele tava horrível, mais muito, falando demais, demais, demais, numa fase maníaca, ainda tá, mas a gente percebe com a medicação que ele deu uma sedada. Então, se ele voltar dessa crise, eu percebo que ele tá na crise de novo, maníaca. E tem a fase depressiva também que a gente consegue perceber. Na crise de esquizofrenia a gente percebe que normalmente o paciente vem agitado, falando né, com aqueles delírios de grandiosidade né? Falando que é Deus, que pode tudo, que ele faz tudo, aí eu consigo perceber a crise aí. Mais ou menos por aí só. Não me aprofundo muito não. (...) Mas o que eu vejo é essas crise, ou o paciente muito deprimido, ou maníaco, depressão e fase maníaca do transtorno bipolar que ficam bem nítidas pra gente e a crise da esquizofrenia. (entrevista de pesquisa) (João)

Então, é o que eu te falei, é uma pessoa que tá agressiva, muito agressiva, isso daí é um... pra mim é isso. Avalio pelo comportamento. Quando ele tá muito agressivo, um comportamento diferente, um comportamento estranho, né? (...)Eu, pra mim, tô diferenciando por esse caminho. Tem muita diferença em você chegar aqui e chegar uma pessoa que não tá bem. Ele pode te agredir, às vezes ele pode não falar, ele pode não aceitar a medicação, ele pode ficar lá na dele lá. Isso pra mim é uma pessoa que não tá bem. Eu, pra mim, diferencio assim, vendo comportamento da pessoa, dele. (entrevista de pesquisa) (Glória)

O que seria crise? Um indivíduo, um indivíduo que foge às normas do que pede a sociedade. Nem sempre a sociedade pra mim está correta, mas desde que ele esteja agredindo as pessoas na rua, desde que ele esteja delirando, falando sozinho, cantando, fazendo um punhado de coisa que a sociedade reprime, ele vem aqui e a gente tenta encaminhá-lo de maneira que ele volte a se comportar dentro de um meio social mais brando né? Que fique mais brando os quadros de distúrbio de comportamento, de distúrbio de percepção, distúrbio de conduta em relação à sociedade. Pra conviver bem com ela, porque ela não aceita né? (entrevista de pesquisa) (Pedro)

A noção de crise presente nas falas acima está vinculada a um quadro de agudez da sintomatologia psiquiátrica, o que culmina em comportamentos desviantes da normalidade. Ela é vista pelos profissionais como um período de agudização de sintomas, aliada a uma intensificação da desorganização psíquica do sujeito, o que ocasiona conseqüentemente uma redução da tolerância social para com o indivíduo. Neste aspecto, além de um conjunto de sintomas patológicos, a crise também se situa na ordem do social.

De acordo com Silva citado por Silva, Souza, Oliveira, Mendonça e Hardman (2008), o que aparece como crise são aqueles aspectos que causam certa ordem de estranheza e uma perturbação social. Sem ressonância social, o fato psíquico em si é irrelevante. Essa concepção não perpassa apenas a equipe de profissionais, mas também a sociedade. O ideal de normalidade ainda está presente em nossa sociedade.

A família, quando chega com o familiar na emergência psiquiátrica ou em algum serviço substitutivo de atenção à crise, é motivada por aquilo que corresponde a uma perturbação psíquica que gera certa ressonância social, por ser atípico e causar estranhamento. Em alguns casos o paciente é levado ao CAPS pela polícia ou corpo de bombeiros. Motivados pela estranheza do comportamento do sujeito, esses dispositivos tendem a “recolher” o sujeito e levá-los até o CAPS, atribuindo ao serviço a ideia de restauração da normalidade¹⁰.

Para um paciente em crise não há necessidade de um roteiro, ele vem trazido. Ele vem quase que manietado pela família, pelos familiares, porque ele tá trazendo um transtorno muito grande para a sociedade. (...) Normalmente ele passa primeiro pelo psicólogo. (...) ele vem aqui e a gente tenta encaminhá-lo de maneira que ele volte a se comportar dentro de um meio social mais brando né? Que fique mais brando os quadros de distúrbio de comportamento, de distúrbio de percepção, distúrbio de conduta em relação a sociedade. Pra conviver bem com ela, porque ela não aceita né? (entrevista de pesquisa) (Pedro)

A situação relatada acima é explicada por Laing (1978) ao afirmar que a experiência de ser no mundo, do indivíduo portador de uma patologia, rompe com o que é permitido dentro do grupo social. Ele diz o que não se pode e faz o que não se pode. A loucura, por não ser compreendida, é cerceada pela sociedade.

¹⁰ De acordo com a coordenadora, o sujeito chega ao CAPS por meio de encaminhamento do PSF, ou é levado pelo corpo de bombeiros, polícia e família. Quando o paciente chega ao CAPS por outras vias, exceto PSF, é classificado como “demanda espontânea”.

Crise pra mim é quando o paciente não está conseguindo mais se controlar, com algum comportamento inadequado, com algum pensamento é... com alguma idéia incoerente com a realidade, com o que ele pensa, com o que ele acredita né? não consegue se controlar e muitas vezes ele não consegue nem perceber o que ele está fazendo (...) Ah, pra mim é como eu te falei. É um comportamento inadequado, diferente. Por exemplo, quando a gente tá atendendo o paciente a gente tem acesso à história dele, ao histórico de outras doenças, como que ele estava com a família, como ele estava antes, se ele consegue dormir... isso tudo eu levo em consideração.(entrevista de pesquisa) (Sandra)

Para Bichuetti (2000), a experiência da crise é dolorosa. Num mundo de identidades rígidas, a pessoa em crise sente-se na mais profunda solidão: vivendo o inusitado, sem como se revelar a si mesmo e ao outro, já que impera no universo das relações o registro do homem uniforme e uniformizado, através de um jeito de ser, de uma história linear e invariável. A crise do sujeito é violentamente negada e cerceada pelo registro do evolucionismo natural, que normatiza nosso ideal hegemônico de vida pessoal e coletiva. O sujeito em crise, atendido por um profissional que se oriente por esse ideal normatizador, além de ter sua subjetividade negada, não consegue descobrir a possibilidade de elaborar a situação vivida e encontrar novas saídas e possibilidades de vida.

Alguns profissionais apresentaram uma noção de crise centrada unicamente no comportamento do sujeito. A crise se restringe a um comportamento anormal, sendo os profissionais os responsáveis por restaurar essa normalidade perdida. Outros profissionais, em alguns momentos da entrevista, defendem uma noção de crise para além da dimensão social e comportamental, abrangendo todo contexto de relações que o sujeito está inserido e levando em consideração aspectos subjetivos. Apresentam uma concepção de crise que reconsidera a doença mental por meio da investigação do sofrimento existencial do sujeito, buscando as origens e o condicionamento desse sofrimento.

A crise é um momento onde a pessoa, se vê impossibilitada diante de (...) Diante de suas perturbações de ordem emocionais ou psíquicas...de exposição de vozes, de crise de ansiedade. De lidar, de tocar sua vida...ela dá uma interrupção na sua vida, ela não consegue continuar daquela forma, algo impede a pessoa de continuar como sempre esteve, no seu curso, na sua vida (...) É algo que acontece com aquela pessoa, de qualquer ordem, de natureza psíquica né? que paralisa ela, que interrompe ela e ela não consegue lidar com seus relacionamentos, no seu trabalho, na sua vida familiar. Começa a se sentir perturbada nas suas emoções, entendeu? (entrevista de pesquisa) (Vera)

A crise é uma forma que a pessoa vê como saída pra ela não morrer enquanto sujeito, é um recurso que ela usa, um recurso que ela tem para se manter vivo enquanto sujeito. É uma forma dele não ficar tão assujeitado

né? é uma manifestação, uma erupção de alguma coisa que, pra que ele continue se comunicando com o mundo. É isso. É uma coisa positiva, tanto que as vezes a gente tenta não eliminar totalmente o sintoma, esse negócio de dar muita medicação sabe? Porque às vezes ele precisa desse sintoma, desse momento... é o que faz ele dar conta. (entrevista de pesquisa) (Vera)

Para atender pessoas “em crise”, os profissionais da saúde precisam apreender as diversas formas e momentos da existência de quem sofre dentro e fora da mesma, sempre considerando seu contexto sócio-cultural-histórico-familiar. O profissional da saúde que está de acordo com as ideias da clínica ampliada busca oferecer uma clínica singular e compartilhada com o sujeito. Este, nos momentos de crise, deve funcionar para o usuário como um agente que liga e cimenta os fragmentos do sujeito (Knobloch, 1998).

Para Ronal Laing (1978), assim como para Vera, a crise seria uma tentativa do sujeito de construir um significado para a sua existência. A forma que ele encontrou para ser visto, ouvido e questionar sua vivência. Para compreender essa situação e ajudar o sujeito, é necessário dar voz ao paciente, regressando às experiências vividas por ele e contextualizando sua existência. Para o autor, é crucial a importância da compreensão do indivíduo perturbado como pessoa, e não como uma categoria nosológica.

Para Laing (1978), o paciente tem que ser tratado como pessoa, como um ser no mundo, que por meio da crise tenta construir um significado para sua vida. E cabe ao profissional que a “trata” ter consciência disto, e buscar tornar seu enlouquecimento inteligível, passível de compreensão. E isso só é possível se o profissional aceitar a pessoa que está por detrás da crise e construir em conjunto, entre iguais, caminhos que levem a um bem-estar, à qualidade de vida do sujeito.

Enquanto nós formos sãos e ele louco, a experiência da loucura se manterá incompreensível para nós, disse Laing (1978). O que nos impede de verdadeiramente lidar com a crise é a distância que separa os loucos e os não loucos. Se existe a diferença, torna-se impossível compartilhar experiências e ser compreendido.

Como apontado desde o início desse trabalho, a noção de crise dentro do campo da saúde mental é algo aberto e inacabado. Qualquer definição deve-se levar em conta um referencial de análise. Até mesmo entre os profissionais da saúde, que lidam com a crise em seu dia-a-dia de trabalho, ela é um tema confuso, que produz certo desconforto: “É... eu fiquei pensando aqui... é uma pergunta inteligente né? Porque eu nunca tinha parado pra pensar nisso, mesmo estando trabalhando em um centro de atenção à crise. Dessa forma profunda nunca tinha parado pra pensar” (entrevista de pesquisa) (Sandra).

Estar inserido em um centro de atenção à crise e fazer parte do quadro de profissionais responsáveis por acolher aqueles que no sofrimento da crise procuram por ajuda, não os tornam necessariamente capazes de falar sobre ela. Assim como a crise nos surpreende a cada dia, ela também é uma surpresa para quem passa por ela e, sobretudo, para os profissionais responsáveis por acolhê-la.

As entrevistas nos mostram que noções divergentes de crise convivem dentro do CAPS. Alguns profissionais a percebem e lidam com ela a partir de uma perspectiva “comportamental”, caracterizando-a como um “desajuste social”, um estado de agudização dos sintomas que compõem a doença. Outros se permitem compreendê-la de forma diferente, como um acontecimento subjetivo, e que deve ser tratado levando-se em consideração toda a complexidade da vida do sujeito, suas relações familiares, sociais e emocionais. Cada noção de crise se vincula a um tipo de tratamento oferecido. A forma como cada profissional percebe esse acontecimento gera consequências sobre a terapêutica oferecida.

As entrevistas reforçam que existe uma miscelânea de opiniões divergentes dentro do CAPS, no que diz respeito à crise. Entretanto, essas ideias não são ouvidas e compartilhadas, o que interfere na qualidade do serviço oferecido ao paciente. Posso afirmar que o serviço em questão encontra-se em um processo de conflito epistemológico.

Tem muito profissional que apenas passa por aqui, que viu um paciente agitado e foi embora. Tem profissional que questiona. Por que tal paciente tá aqui? Ele não tá agressivo. Hoje eu consigo compreender isso mais. Tem funcionário que tá aqui há 10 anos, por que ele não consegue compreender isso, a perceber diferente a crise, que não é apenas estar agitado e eu consegui? Eu acho que meu interesse me fez ver diferente. É isso. (entrevista de pesquisa) (Maria)

O CAPS é um serviço fruto da reforma psiquiátrica, portanto a noção de crise que vigora dentro dele deveria estar de acordo com os saberes da reforma. Todavia, ainda predomina nele uma noção de crise aos moldes da clínica médica.

Contudo, os saberes difundidos pela reforma já são questionados por alguns profissionais do CAPS onde foi realizada a pesquisa e estão em um processo de busca de lugar a fim de se instalar. Acredito que a situação vivenciada dentro do serviço é natural em virtude do referencial histórico-cultural de loucura como doença que predomina há tanto tempo e ainda encontra-se enraizado na mente das pessoas. Estamos vivendo um momento de construção de novos paradigmas.

V- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa aqui apresentada buscou problematizar a noção de crise, que dá sustentação ao CAPS enquanto serviço de atenção a crises e urgências em saúde mental, através de um estudo de caso realizado no CAPS de uma cidade do interior de Minas Gerais. Objetivou identificar e discutir as noções de crise presentes no discurso dos profissionais do CAPS da referida cidade. Mas, para isto foi preciso conhecer em profundidade a estruturação, o funcionamento e as dificuldades vividas pelo serviço.

Como apontado durante toda a pesquisa, o tema da crise é complexo e multifacetado. Para falar sobre crise no campo da saúde mental é necessário levarmos em consideração que qualquer esquema para definir o tema deve analisar a organização psiquiátrica existente em determinada época e momento histórico particular. Portanto, é problemática uma definição única de crise em saúde mental. Cada abordagem utiliza um critério para determinar se se trata ou não de uma crise mental.

Durante muito tempo na história da loucura, o adoecimento psíquico foi compreendido a partir da descrição de sintomas característicos que compõem a doença, sendo o hospital psiquiátrico, aliado a figura do médico, o único recurso no “tratamento” da crise.

Na conjectura atual, com o movimento da reforma psiquiátrica, é possível perceber que vivenciamos uma dicotomia entre os saberes defendidos pela reforma e o saber biomédico que predominou por muitos anos. A tentativa incansável da reforma psiquiátrica é a de desmistificar as ideias que o saber biomédico construiu sobre a loucura. Durante décadas, o louco foi encarado como o desprovido de razão, que deveria ter sua loucura contida por meio da contenção física ou moral. Hoje, por mais que exista uma militância objetivando quebrar com esse paradigma, ainda sofremos com os resquícios de épocas anteriores.

No CAPS onde foi realizada a pesquisa, fica clara essa dicotomia de saberes, gerando como consequência conflitos de poderes. O CAPS é um dispositivo que surgiu em decorrência da reforma, portanto suas diretrizes são baseadas nos princípios da reforma psiquiátrica. É composto por uma equipe multiprofissional que deve trabalhar de forma interdisciplinar, sem pontos de centro. Na lógica da clínica ampliada proposta pela reforma, nenhum saber profissional tem mais valor que o outro. Todos os profissionais trabalham em conjunto a fim de oferecer um tratamento que leve em consideração as dimensões bio-psico-

sociais que perpassam o sujeito e sua crise. Contudo, o CAPS em questão encontra barreiras que impedem que o serviço funcione dentro dessa lógica descrita.

A análise das entrevistas permitiu levantar quatro hipóteses de análise. Essas hipóteses compreendem temas centrais presentes nas falas dos entrevistados e que se configuraram em categorias de análise. Foram elas: Hierarquização do saber; Medicalização; Supervalorização do protocolo; Concepções de crise. Cada categoria expõe um tema conflituoso, eles se entrelaçam e compõem os resultados dessa pesquisa.

A primeira categoria, hierarquização do saber, como a própria expressão diz, trata dos conflitos entre os diferentes saberes profissionais que circulam no CAPS, sendo que um deles ocupa lugar central. Como em destaque na psiquiatria clássica, no serviço em questão, o saber que impera, delega e demanda dos demais, trata-se do saber médico. Essa posição é questionada por alguns profissionais, que nas entrevistas revelam não concordarem com a situação e questionam o saber médico e a hierarquia que vigora no serviço, mas na prática se calam e mantêm a situação. O médico do CAPS é o único psiquiatra da cidade e região. O seu trabalho é requisitado por toda a população usuária do serviço de saúde mental. Esta situação gera uma grande demanda para o CAPS e atribui ao psiquiatra mais poder e controle.

Como o psiquiatra ocupa um ponto de centro no serviço em questão, nada mais natural que a “terapêutica” de responsabilidade da sua área de conhecimento também seja o recurso mais valorizado. Neste ponto, caímos na segunda categoria: medicalização. No CAPS, a medicação é encarada, sobretudo pela maioria dos profissionais, como o ponto primordial do tratamento, o agente da cura.

A partir deste ponto podemos chegar à terceira categoria: Supervalorização do protocolo. Nesta categoria, é discutido o uso do protocolo. Alguns profissionais do CAPS mencionaram durante as entrevistas a necessidade de o serviço adotar um protocolo, sobretudo o da crise, para que os profissionais saibam como proceder a partir do momento que o sujeito em crise dá entrada no CAPS. Eles depositam no protocolo a esperança de regularizar a situação conflituosa que o serviço vivencia: os profissionais trabalham em prol do saber médico, e não em conjunto com esse saber. Os profissionais acreditam que o protocolo possa organizar o serviço, a rede de suporte ao CAPS e possibilitar um trabalho interdisciplinar. As entrevistas mostram que a maioria dos profissionais se encontram “perdidos” dentro do serviço, sem saber o que fazer e como atuar. Tal situação pode ser

explicada pela hegemonia do saber médico, que não deixa espaço para as demais áreas do conhecimento atuarem no serviço.

Finalmente, a última categoria, concepções sobre crise, revela o conflito epistemológico que vigora dentro do CAPS. Foi percebido que os profissionais não possuem uma forma peculiar de perceber a crise. Ela varia a depender do referencial, do lugar que o profissional assume para falar. Em alguns momentos, alguns profissionais se posicionaram em um lugar do saber aliado às ideias da reforma psiquiátrica, e falaram da crise dentro de uma perspectiva da clínica ampliada, proposta pela reforma. Em outros, abordaram a crise dentro de uma percepção psicopatológica. Por mais que exista essa miscelânea de saberes, de noções convivendo entre si, fica claro que a compreensão da crise como uma ruptura com a normalidade, como um comportamento desviante, vigora dentro do serviço. E é partindo dessa noção que a maioria dos profissionais “acolhem” e “tratam” o sujeito em crise.

A maneira como os profissionais percebem a crise influencia no tratamento oferecido, na forma como o usuário é recebido e tratado pelo serviço. Se a crise é percebida apenas como um estado de agudez dos sintomas psiquiátricos, e o sujeito é avaliado a partir do seu comportamento, não se abre possibilidades para outros tratamentos que levem em consideração toda a complexidade de relações que está por detrás da crise, que a constitui e mantém. A medicação, apesar de necessária no tratamento, não pode ser agente primordial. Toda a estratégia de intervenção tem o seu valor e aplicabilidade.

Este olhar prioritário para os sintomas como definidor para a crise geram alguns entraves, visualizados durante a pesquisa e salientados nas categorias anteriores. Além de influenciar no tipo de tratamento oferecido, que se limita ao tratamento medicamentoso, e estreitar as possibilidades de atuação dos outros profissionais, criando barreiras para trocas de saberes, inviabiliza a ampliação do conceito de saúde, proposto pelo SUS.

Antes, a saúde era entendida como um estado de ausência de doenças. Tinha como preocupação “tratar” os efeitos da doença com menor ênfase nas causas. Esta perspectiva cedeu lugar a uma nova noção centrada na prevenção e promoção da saúde. Para tanto, ela passa a ser relacionada com a qualidade de vida das pessoas, compreendendo trabalho, alimentação, renda, educação, meio ambiente, saneamento básico, lazer, moradia, dentre outros aspectos. Trabalhar exclusivamente com base na lógica médica impossibilita visualizar a crise dentro da complexidade do conceito de saúde, e oferecer um tratamento que leve em consideração os aspectos mencionados.

A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se como tendo base comunitária. Portanto, é fundamental para a sua construção a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas em sofrimento psíquico. Dentro das diretrizes do SUS e, conseqüentemente, da reforma, o debate sobre a loucura se efetiva por meio da relação com a cidade, com a comunidade, para que o sujeito seja capaz de construir seu espaço de circulação e relação com a sociedade. Neste caso, fica a pergunta: como ampliar a noção de clínica, proposta pela reforma, se o debate não se dá sobre a relação com a cidade, mas sobre o comportamento desviante? Como trabalhar aspectos interdisciplinares, se os profissionais se submetem à lógica psiquiátrica? Com a realidade apresentada pela pesquisa, seria possível implementar uma real reforma psiquiátrica e oferecer aos sujeitos em sofrimento psíquico uma ajuda sem domínio?

Estes questionamentos, norteadores do conflito epistemológico que perpassa o CAPS, ficam como reflexão para os possíveis leitores deste trabalho.

O que há de primordial no “cuidado” com a crise é a dimensão subjetiva que está por detrás dela. O trato com a crise se constrói a partir da relação com o sujeito, com a sua história de vida, familiar, profissional e emocional. Para que um tratamento efetivo se construa, precisamos romper com a hegemonia de saberes e abrir as portas para múltiplas possibilidades de perceber e lidar com a crise, a depender da demanda do paciente. Precisamos romper com fórmulas prontas de intervenção e nos permitir inovar, extrapolar o espaço do CAPS e atingir a cidade, para que a loucura esteja presente em bancos de praça, na padaria, supermercado, ruas e escolas e, enfim, na nossa “sala de jantar”. Como disse Jaques Delgado (1991) no livro *A loucura na sala de jantar*:

A nossa civilização sempre foi muito competente na feitura de indivíduos desviantes, marginais, loucos; foi também totalmente incompetente para discutir as razões desse fenômeno. A abertura do manicômio de Trieste, restituindo ao “louco” sua condição de cidadão, desmascarou estruturas hipócritas que legitimam a sanidade “de fora” em troca da “loucura de dentro”. A loucura escapava dos pavilhões, dos gabinetes dos doutores psiquiatras, dos livros grossos e empoeirados para entrar no ônibus, nos bares, no comércio... A loucura abriu portas, pulou os muros do hospital para, sem pedir licença, sentar confortavelmente na nossa sala de jantar!

Esta é a grande questão da reforma e que ainda não foi totalmente absorvida pela sociedade, nem pelos serviços substitutivos e pelos profissionais da saúde mental.

Assim como apresentado nessa pesquisa, Passos e Barboza (2009) defendem a necessidade de construção de um novo olhar sobre a loucura:

O caminho que temos pela frente no sentido de uma mudança de valores no trato com a loucura e com as pessoas em sofrimento mental é ainda longo. Nesse sentido o conhecimento de formas e estratégias sociais de convivência com o louco, e de significações da loucura e dos processos de adoecimento presentes em nossa sociedade, pode lançar luzes não só sobre a capacidade da população de incorporar essas mudanças, mas também e principalmente para a identificação dos recursos “naturais” da própria comunidade para fazer avançar os processos de inclusão social dos loucos. Uma abordagem sócio-antropológica, que vise penetrar as significações e as práticas pertinentes a uma dada comunidade, grupo ou instituição, permite a identificação e a valorização desses recursos, evitando-se a prescrição meramente normativa de comportamentos, que na maioria das vezes, tende ao fracasso (p.23,24)

As entrevistas permitem afirmar que a maioria dos profissionais não se mostra à vontade para falar de crise. O tema parece instalar uma espécie de mal estar entre os profissionais. De acordo com Knobloch (1998), a clínica da crise é sempre uma clínica do mal estar, no sentido em que entrar no traumático é possibilitar o encontro com este lugar estranho e ao mesmo tempo familiar. Mal estar que se dá por diversos aspectos: pelos frequentes paradoxos que a loucura e sua relação com a sociedade nos impõem e pelos limites da técnica com os quais nos deparamos no cotidiano da clínica.

A experiência do Programa Domiciliar de Atenção à Crise (PADAC) realizado pela Faculdade Federal da Bahia em parceria com o CAPS de Salvador mostra que a crise pode ser acolhida e “tratada” para além da medicação e de intervenções unilaterais. Este Programa, ao atender a crise, leva em consideração o paciente, suas redes de relações e o serviço. Conhecedores da dificuldade do CAPS em lidar com a crise, professores e alunos do curso de Psicologia da Universidade da Bahia criou o PADAC, afim de oferecer cuidados extra-muros ao paciente. O domicílio é escolhido como ponto estratégico para acolher e “cuidar” da crise, uma vez que é nele que florescem os tensionamentos advindos da mesma. Mas o atendimento não se limita ao domicílio. Trabalha-se o entorno social no qual o indivíduo está inserido, juntamente com sua família (Silva et.al, 2008).

Conhecer o domicílio do sujeito em crise permite à equipe de saúde mental compreender melhor sua realidade e as possibilidades de construção de redes com outros dispositivos de saúde da comunidade e serviços sociais. As intervenções domiciliares são feitas até que o usuário saia da crise e passe a frequentar o CAPS ou realizar outras atividades

que proporcionem bem-estar. A intervenção domiciliar possibilita que a crise do sujeito seja “ouvida” dentro de suas peculiaridades e em seu contexto de relações.

O pressuposto dos CAPS é a re-inserção social de seus usuários. Vale salientar que a mudança não é apenas no local do tratamento, e sim uma alteração nos paradigmas vigentes, possibilitando a construção de um lugar para o sujeito em desorganização, dentro do contexto social. Para que essa construção seja possível, faz-se necessário escutar as demandas do sujeito e o que os mesmos esperam do serviço. A diversidade de transformações sociais, culturais e institucionais derivadas da Reforma Psiquiátrica torna o campo social, por ela constituído, objeto de grande interesse para o desenvolvimento de novas formas de cuidado em saúde. Contudo, só é possível falar de cuidado se levarmos em consideração a opinião e as expectativas daqueles que esperam e buscam por cuidados.

Em minha experiência universitária em um CAPS, como já mencionado, vivenciei um momento marcante, que mostra a reforma sendo corporificada por alguns trabalhadores da saúde mental e assim cumprindo sua função. Em certo dia pela manhã, o coordenador do CAPS reuniu todos os usuários para um bate-papo. A pauta era: o que vocês acham do CAPS e o que esperam do serviço? Essa postura do coordenador, além de ter aberto espaço para que os usuários colocassem suas aflições, anseios e reclamações a fim de construir um serviço mais condizente com a realidade dos seus frequentadores, também permitiu com que os usuários ocupassem um lugar diferente daquele que sempre foi ocupado. O paciente saiu do lugar do assujeitado para se tornar sujeito. Posturas como essa, condizentes com as propostas da reforma, resultam em futuras mudanças na atuação dos profissionais e na estrutura do serviço. Abrir espaço para o usuário se posicionar aproxima a realidade do CAPS a uma real clínica ampliada. O saber que o CAPS procura, sobre como lidar com a crise nos moldes da reforma, encontra-se nos próprios pacientes.

Concluo as colocações dessa pesquisa com a fala de uma usuária do CAPS sobre a temática da crise. Na introdução desta dissertação menciono a realização da entrevista com a usuária e explico o porquê da não utilização da entrevista nesta pesquisa. Contudo as colocações feitas por ela sobre a crise que vivencia, merecem ser aludidas, em virtude da congruência que possui com este trabalho. Ela é uma usuária com histórico de três passagens por hospital psiquiátrico, sendo que cada uma das internações durou 3 meses. Ela faz tratamento no CAPS desde 2008 e frequenta o serviço no sistema intensivo, ou seja, todos os

dias da semana. A conversa realizada com ela foi gravada¹¹ e transcrita na íntegra. Iniciei nossa conversa solicitando que contasse sobre sua vida. Ela começa a conversa relatando sobre seu histórico de internações. Em determinado momento, questionei-a sobre o que seria crise. E ela respondeu:

A minhas crises é um pandedê. Eu fico ruim mesmo. Ai eu fico mais no meu mundo do que no outro e fica mais difícil ainda de recuperar. Parece que o mundo fica diferente, eu só quero andar, não ligo pros meus filhos, pra minha família, só quero andar. Não sei falar da crise... é uma coisa estranha, esquisita...só quero andar, fugir dela....mas não tem jeito. (...) Na verdade ninguém sabe...nem esse povo tudo, esses doutor sabe falar dela Você sente...e sabe, mas não dá pra falar. (entrevista de pesquisa)

A fala acima ilustra muito bem a complexidade da crise pela constatação de que a crise talvez seja justamente esta obnubilação de nossa capacidade de linguagem. Capacidade que quando reassumida já se encontra distanciada da vivência psíquica solapadora. A ausência de representação não significa ausência de sensações e afetos, mas bem, ao contrário, o seu transbordamento que só um acolhimento, na mesma medida afetivo, dê conta de suportar.

Por se tratar de um acontecimento particular, que acomete cada pessoa a sua maneira e gera consequências variáveis, não é possível um conceito definido. É impossível falar sobre crise sem um referencial de análise. Com isso, forçamo-nos a aprender as diversas formas e momentos da existência, que sofre, dentro e fora da crise, sempre considerando seu contexto sócio-cultural-histórico-familiar. Partindo deste ponto, seguramente, estaremos mais próximos da denominada clínica ampliada, localizando a crise no interior de uma série de fatores que dão a ela algum nexos e a coloca mais próxima de nossa compreensão.

¹¹ O termo de consentimento para a gravação da conversa se encontra nos anexos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

Amarante, P. (1996). *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz

Amarante, P. (org) (1998). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz

Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz

Bardin, L. (1994). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições Setenta

Basaglia, F.(1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal

Bercherie, P. (1980). *Os Fundamentos da Clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar

Bichuetti, J. (2000). *Crisevida- Outras Lembranças*. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari

Boff, L. (2002). *Crise-oportunidade de crescimento*. Campinas: Verus

Brandão, H. N. (2004). *Introdução à análise do discurso*. Campinas: Editora Unicamp.

Canguilhem, G. (2000). *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense

Caplan, G. (1980). *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar

Castel, R. (1978). *A ordem psiquiátrica : a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal

* De acordo com o estilo APA – American Psychological Association

Chizzotti, A. (2003). A Pesquisa Qualitativa em Ciências Humanas e Sociais: Evolução e Desafios. *Revista Portuguesa de Educação*. Universidade do Minho, Braga, Portugal. 16(2), 221-236.

Costa, M. S. (2007). Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em saúde mental e produção de subjetividades [versão eletrônica]. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro. 59(1).

Cunha, G. T. (2005). *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec

Delgado, J. (org). (1991). *A loucura na sala de Jantar*. São Paulo: Resenha.

Dell'Acqua, G; & Mezzina, R. (1991). Resposta á crise. In Delgado, J. (org.) *A loucura na sala de Jantar* (pp. 53-79). São Paulo: Resenha

Desviat, M. (1999). *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz

Ferigato, S. H; Campos, R. T. O., & Ballarin, M. L. G. S. (2007). O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos [versão eletrônica]. *Revista de Psicologia da UNESP*, São Paulo. 6(1), 31-44.

Ferreira, A. B. H. (2004). *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira

Ferrazza, D. A. (2009) *A medicalização do social: um estudo sobre a prescrição de psicofarmacos na rede pública de saúde*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual Paulista (UNESP), Assis.

Frayze-Pereira, J. A.(1997). Crise e Cidade. Por uma poética do acompanhamento terapêutico. In Equipe de Acompanhamento Terapêutico do Instituto A Casa. (org.) *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico* (pp. 19-35). São Paulo: EDUC.

Foucault, M. (1991) *História da loucura na Idade Clássica*. (J. T. C. Netto, Trad.). São Paulo: Perspectiva. (Obra originalmente publicada em 1961).

Foucault, M. (2006). *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France* (E. Brandão, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra originalmente publicada em 1973-74).

Gabriel, G & Teixeira, J. A. C.(2007) Ronald D. Laing: A política da psicopatologia. *Análise Psicológica*. Lisboa. 25 (4), 661-673.

Gill, R. (2007). Análise de discurso. In: Bauer, Martin W. e Gaskell, George (Org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. (P. A. Guareschi, Trad.) (pp. 244-267). Rio de Janeiro: Vozes.

Godoy, A. S.(1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas oportunidades. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo. 35(2), 57-63.

Goffman, E. (1987). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.

Hora, D. M. *Glossário do Grupo de Estudos e Pesquisas História, Sociedade e Educação no Brasil (HISTEDBR)*. Faculdade de Educação da Unicamp, 2006.

Recuperado em 06 de abril de 2009, de:
http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/glossario/verb_c_medicalizacao.htm

Kaplan, H. I; & Sadock. B. J (2007). *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas

Knobloch, F. (1998). *O tempo do traumático*. São Paulo: Educ

Laing. R.D. (1978). *O Eu Dividido. Estudo existencial da sanidade e da loucura*. (L. Cary, Trad.). Rio de Janeiro: Vozes. (Obra originalmente publicada em 1960)

Lobosque, A. M. (2003). *Clínica em Movimento: Por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond

Minayo, M.C de Souza. (1999-2004). *O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco.

Ministério da Saúde (2002). *Portaria 336/GM*. Brasília/DF: Ministério da Saúde.
Recuperado em 10 de outubro, 2011, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>

Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação*, Porto Alegre. 22(37), 7-32.

Orlandi, E.P. (1987). *A Linguagem e seu Funcionamento. As formas do discurso*. Campinas: Pontes.

Passos, I. C. F; & Barboza, M. A. G. (1999). A pesquisa etnográfica no contexto da reforma psiquiátrica brasileira: especificidade, importância e o estado da arte. In Passos, I. C. F. (Org). *Loucura e Sociedade: Discursos, práticas e significações sociais*. (pp.15-26) Belo Horizonte: Argymetvm.

Ribeiro, G.C; Alonso, A. M. R; Pinto, M. A. G. P & Oliveira, S.C.P. (2008) Integração de um Programa de Saúde da Família com um Programa de Saúde Mental em um Centro de Saúde de Belo Horizonte. In Kelly Nilo; Maria Auxiliadora Barros Morais; Maria Betânia de Lima Guimarães; Maria Eliza Vasconcelos; Maria Tereza Granha Nogueira; Miriam Abou-Yd.(Org.) *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia* Belo Horizonte:Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Silva, M. V. O; Souza, C.G; Oliveira, M.S; Mendonça, P.P & Hardman, L.V.(2008). Tecnologias Psicossociais em Saúde Mental: Atenção à Crise na Psicose. In *Anais da XV ENABRAPSO*. Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia.

Sterian, A. (2003). *Emergências Psiquiátricas*. São Paulo: Casa do Psicólogo

Werneck, M. A. F; Faria, H. P. & Campos, F. C. (2009). *Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed

Recuperado em 22 de julho de 2011, de <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>

Anexos

Anexo 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

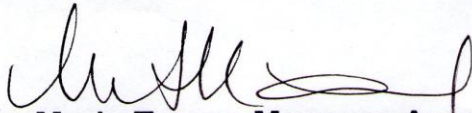
Projeto: CAAE – 0325.0.203.000-11

**Interessado(a): Profa. Izabel Christina Friche Passos
Departamento de Psicologia
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas- UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 20 de setembro de 2011, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"A noção de crise na saúde mental:saberes e práticas em um Centro de Atenção Psicossocial"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Profissionais e Usuário

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Noção de Crise no Campo da Saúde Mental: Saberes e Práticas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Pesquisador Responsável : Aline Gomes Martins

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): (31) 93585610 e (31) 25519177

Izabel Christina Friche Passos (Orientadora)

Telefone para contato : (31) 34096281 e (31) 9113-9810

- ◆ A questão da crise no campo da saúde mental é um tema permeado por contradições que merecem uma reflexão especial. Contraditório, pois a reforma psiquiátrica defende novas formas de pensar e fazer em torno da crise, mas as maneiras de encarar a mesma, ainda enraizadas em práticas clínicas enrijecidas, determinam muitas significações sobre a crise e conseqüentes intervenções que não levam em consideração a complexidade e o caráter subjetivo da mesma. A pesquisa em questão possui como objetivo geral discutir as diversas noções de crise no campo da saúde mental e o modo como influenciam as práticas de atenção ao cidadão em sofrimento mental. Para tanto irei realizar entrevistas com os profissionais da saúde de um CAPS (médico, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos e farmacêutico), a fim de identificar as possíveis noções de crise e como estas interferem na forma como lidam com os pacientes. Entrevista em profundidade com um sujeito que tenha passado por uma crise, para compreender como ele significa sua experiência. E também, irei efetuar observações sistemáticas para que seja possível colher informações relevantes sobre a dinâmica da instituição.
- ◆ A pesquisa em questão não apresenta nenhum risco à integridade física e psicológica dos sujeitos participantes.

- ◆ Os benefícios dessa pesquisa estão relacionados a necessidade de maiores discussões em torno da temática da crise. É um tema turbulento na saúde mental, mas não muito discutido e problematizado.
- ◆ Não existe nenhum tipo de gratificação financeira por participar da pesquisa.
- ◆ Você irá participar das entrevistas que podem ocorrer em um ou dois dias. As informações obtidas durante a pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Você tem total liberdade de retirar o consentimento sem qualquer prejuízo físico e moral.

Nome e assinatura do pesquisador

◆ **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo Noção de Crise no Campo da Saúde Mental: Saberes e Práticas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data _____/_____/_____/_____

Nome:

Assinatura do sujeito ou responsável:

Assinatura

do

pesquisador:

Equipe de Pesquisa:

Aline Gomes Martins (Pesquisadora)

e-mail: lininhagm@yahoo.com.br – tel (31) 93585610

Izabel Christina Friche Passos (Orientadora)

e-mail: izabelfrichepassos@gmail.com - tel. : (31) 34096281 e (31) 9113-9810

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais:

Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II – 2º. Andar – sala 2005

CEP: 31270-901 – BH – MG – Telefax (31) 3409-4592 – email: coep@prpq.ufmg.br

Anexo 3 – Roteiro de entrevista com os profissionais do CAPS

Nome:

Profissão:

Cargo que ocupa:

Tempo que trabalha na saúde mental:

QUESTÕES:

- 1) Quando o paciente chega ao CAPS, existe algum critério usado para classificar o paciente como um paciente em crise? Se sim, qual?
- 2) Existe algum “roteiro” (procedimentos habituais) a ser seguido pelos profissionais para atender o paciente em crise? Se sim, como é feito?
- 3) Qual tratamento você considera ideal para o paciente em crise?
- 4) Qual o caminho que o paciente faz pela rede assistencial até o CAPS?
- 5) O que é crise para você? Você tem alguma referencia (teórica, autor...) para definir crise?