

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Franciele Savian Batistella

**PRÁTICAS EM MOVIMENTO: contradições no processo de atenção à pessoa
em crise no campo psicossocial**

Porto Alegre

2019

Franciele Savian Batistella

**PRÁTICAS EM MOVIMENTO: contradições no processo de atenção à pessoa
em crise no campo psicossocial**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho

Área de concentração: Saúde Mental e Enfermagem

Porto Alegre

2019

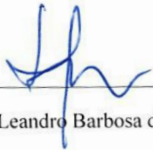
FRANCIELE SAVIAN BATISTELLA

**PRÁTICAS EM MOVIMENTO: CONTRADIÇÕES NO PROCESSO DE ATENÇÃO À
PESSOA EM CRISE NO CAMPO PSICOSSOCIAL**


Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 25 de março de 2019.

BANCA EXAMINADORA



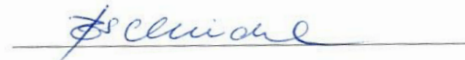
Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho
Presidente da Banca – Orientadora
PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta
Membro da banca
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Miriam Thaís Guterres *Dias*
Membro da banca
PPGPSSS/UFRGS



Profa. Dra. Rosemarie Gartner Tschiedel
Membro da banca
PPGPSI/UFRGS

AGRADECIMENTOS

Só tenho a agradecer por este momento, pelas pessoas que me acompanharam neste processo e até aqui.

Obrigada aos meus ancestrais.

Obrigada minha avó Delci Feltrin Batistella (*in memoriam*), que me cuidou e me criou, me deu as forças necessárias para desde pequena conseguir superar as dificuldades da vida, como a senhora dizia somos almas gêmeas.

Obrigada minha avó Amélia Maraschin Savian (*in memoriam*), meus avôs Américo Batistella (*in memoriam*) e Pedro Savian (*in memoriam*).

Obrigada meus pais Gelso Batistella e Bárbara de Fátima Savian Batistella (*in memoriam*) pela vida e pelo cuidado, que mesmo de longe sempre me fizeram sentir protegida. Nunca vou esquecer, mãe, do que a senhora me disse meses antes de partir, que tu só ias morrer quando eu morresse que enquanto eu estivesse viva tu estarias viva e estamos!

Obrigada meu tio Américo, minhas tias Nivia, Lilia, Bete (*in memoriam*), Sirlei e Irene que sempre me darem o apoio e o suporte necessários.

Obrigada a os meus irmãos Leonardo Batistella e Maria Eduarda Batistella, minhas primas Camila Giglio e Fernanda Batistella.

Obrigada meu companheiro de amor e de vida Lotário De Souza, você está comigo em todos os momentos e me considero uma sujeita de sorte por poder compartilhar dessa trajetória existencial contigo.

Obrigada Universidade Federal de Santa Maria e às professoras do curso de enfermagem em especial Maria Denise Schimith, Maria De Lourdes Denardin Budó Teresinha Weiller Marlene Gomes Terra vocês foram essenciais para o meu processo de formação.

Obrigada à Residência em saúde mental coletiva do Educa-saúde UFRGS, aos professores, tutores e preceptores e aos colegas de residência, em especial, Andressa Ercolani Duarte, Priscila Ferreira Lopes, Dani Santos, Dani Scholz.

Obrigada aos trabalhadores, trabalhadoras e usuários dos serviços que eu passei (NASF LESTE/POA, CAPS Centro de Novo Hamburgo, CEREST/POA, PPPSC/UFRGS, CAPS III Recantos dos Girassóis, 4º Norte do Hospital de Clínicas de Porto Alegre) vocês me fizeram aprender dia a dia a importância de uma relação ética e sensível com a vida. Obrigada Ana Paula de Lima, Marcilene Duarte, Magda Oliveira, Vanessa Menegalli, Celina, Michele Schimith, Aline Soares.

Obrigada Universidade Federal do Rio Grande do Sul, à Escola de enfermagem da UFRGS, ao PPGenf UFRGS e às professoras Agnes Olschowsky e Christine Wetzell, minhas inspirações.

Obrigada a minha banca de qualificação do mestrado professora Rose Rosemarie G. Tschiedel, uma inspiração para mim como pessoa, professora e pesquisadora, não canso de dizer que ela fez toda a diferença para o meu processo de conhecimento tanto acadêmico quanto de vida. Ao Márcio Wagner pelas tuas sempre potentes contribuições, fazendo movimentar o olhar para o mundo e para vida de forma crítica e reflexiva. Muito obrigada à Professora Míriam Thais Guterres Dias, uma referência no campo da saúde mental, das políticas públicas e do Serviço Social, é uma honra para mim ter a tua presença nessa banca! a tua trajetória, a tua história de militância e o teu compromisso com a luta antimanicomial são motivações para acreditar que nada deve parecer impossível de mudar!

Obrigada ao meu orientador Leandro pelo tempo, paciência, pela liberdade de

escrita e de produção na diferença, obrigada por estar me guiando nessa trajetória sempre muito sensível e disponível à produção do conhecimento de maneira ética e responsável.

Obrigada à equipe do CAPS II onde desenvolvemos essa pesquisa, obrigada pela forma carinhosa que me receberam, pelas palavras que me acreditaram, obrigada por entenderem minhas limitações nesse período em que tive que conciliar o trabalho na atenção básica e a pesquisa.

Obrigada à equipe da UBS Panorama - enfermeiras Cássia e Patrícia, aos técnicos de enfermagem Kátia, Rúbia, Rosângela, Sirlei, Claudia, Vera, Marlene, Adroaldo e Joel, ao pessoal da odonto Juliana, Ricardo, Cris e Daniela, à nossa Terapeuta Ocupacional Cris Kroll, aos agentes comunitários, Antônia, Michael e Vanessa, às estagiárias Camille e Tainá, aos médicos Cirlane, Carmen, Fabiano, Adriana, Luisa e em especial à nossa Coordenadora Rosa, uma inspiração para mim – Obrigada pela compreensão nesse período do mestrado e pela força que me deram para que eu pudesse finalizá-lo.

Obrigada às colegas do mestrado, em especial: Priscila Sartori, Charlise Pampusch, Fabiane Pavani, Elitiele Ortiz, Aline Basso, Fabricio Suarez.

Obrigada ao mestrado em política e serviço social e aos colegas que conheci na disciplina de metodologia da pesquisa.

Obrigada aos amigos de vida que de alguma maneira trilham junto esse caminho: Wagner Guedes, Luiza Helena Schneider, Michael Lampert Tina Reinheimer, Alidio da Luz, Jaína Vieira, Francieli Flores, Fernanda Muller.

Compartilhar dessa caminhada de vida com vocês motiva a seguir, tendo a convicção de que esse trabalho não se trata apenas de uma pesquisa acadêmica, mas sobretudo de um compromisso com as pessoas que utilizam os serviços de saúde e os trabalhadores e trabalhadoras implicados no processo de cuidado, um compromisso de vida. Muito obrigada!

Um homem da aldeia de Neguá, no litoral da Colômbia, conseguiu subir aos céus. Quando voltou, contou. Disse que tinha contemplado, lá do alto, a vida humana. E disse que somos um mar de fogueirinhas.

— O mundo é isso — revelou — Um montão de gente, um mar de fogueirinhas.

Cada pessoa brilha com luz própria entre todas as outras. Não existem duas fogueiras iguais. Existem fogueiras grandes e fogueiras pequenas e fogueiras de todas as cores. Existe gente de fogo sereno, que nem percebe o vento, e gente de fogo louco, que enche o ar de chispas. Alguns fogos, fogos bobos, não alumiam nem queimam; mas outros incendeiam a vida com tamanha vontade que é impossível olhar para eles sem pestanejar, e quem chegar perto pega fogo. (GALEANO, 2002, p. 05).

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar as contradições no processo de Atenção à pessoa em crise no CAPS. Para realizar o estudo foi utilizado o referencial teórico- metodológico materialista dialético. O estudo é de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. A produção de dados ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2018, por meio de uma roda de conversa com trabalhadores de um CAPS II do Município de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, e entrevistas individuais semiestruturada. Os participantes do estudo foram 11 profissionais do CAPS II. Para realizar a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, modalidade temática. A análise evidenciou duas categorias, a saber: processo de trabalho na atenção à pessoa em crise no CAPS II: as entrelinhas do cuidado e suas contradições e a segunda desafios e potencialidades no processo de atenção à pessoa em crise: entre o CAPS e a RAPS. Os resultados apontaram que o cuidado à pessoa em crise no CAPS II é atravessado pelas concepções de crise dos trabalhadores e da equipe, ao mesmo tempo percebe-se que as próprias concepções dos trabalhadores em relação à crise assumem perspectivas diferentes no momento do cuidado. Identifica-se uma concepção de crise baseada no modelo psiquiátrico e uma necessidade de não deixar a crise acontecer, no entanto no momento do cuidado há um encontro de uma teoria psiquiátrica com uma prática baseada no modelo psicossocial de cuidado, nesse sentido observa-se uma relação pendular entre o modelo manicomial e o psicossocial, na qual o meio entre um ponto e outro produz novas relações que se desvelam no cotidiano e nos movimentos do cuidado. Identifica-se entre os desafios da Atenção à pessoa em crise no CAPS II, a estrutura física do CAPS, falta de recursos materiais e medicamentosos, a articulação e comunicação com a rede. Entre as potencialidades identifica-se a não internação da pessoa em crise, o trabalho multidisciplinar no CAPS e a comunicação em equipe. Visualiza-se a necessidade de uma melhor articulação entre os pontos da RAPS, a melhor comunicação entre a emergência, o CAPS e a internação de maneira que possa haver um alinhamento no projeto terapêutico do usuário.

Palavras-chave: Saúde Mental; Crise; Cuidado.

ABSTRACT

This study aims to analyze the contradictions in the care process of people in crisis in a Center for Psychosocial Care (CAPS). In order to carry it out, the dialectical materialist theoretical-methodological reference was used. This is a qualitative study with a case study approach. Data production took place in November and December of 2018, through a conversation circle with workers of a CAPS II in the city of Porto Alegre, in Rio Grande do Sul, and individual semi-structured interviews. The study participants were 10 professionals who work for the CAPS II. Content analysis, in its thematic modality, was used for data analysis. The analysis revealed two categories, namely: working process in the care of people in crisis in the CAPS II: between the lines of care and its contradictions; and challenges and potentialities in the care process of people in crisis: between the Center for Psychosocial Care and the Psychosocial Care Network (RAPS). The results pointed out that the care process of people in crisis in the CAPS II is overpassed by crisis conceptions of workers and team and that, at the same time, workers' own crisis conceptions assume different perspectives in the moment of care. A crisis conception based on the psychiatric model and a need not to let the crisis happen were detected, however, in the moment of care, psychiatric theory meets a practice based on the psychosocial model of care, therefore, there is an oscillation between the asylum model and the psychosocial model, in which the space between the two points produces new relationships that are revealed in daily life and in attitudes of care. Among the challenges in the care process of people in crisis in CAPS II, the physical structure of CAPS, a lack of material and medical resources as well as articulation and communication with the network were observed. Among the potentialities, the non-hospitalization of the person in crisis, multidisciplinary work in the CAPS and communication within the team were identified. The need for better articulation among RAPS centers, better communication between emergency, CAPS and hospitalization are noticed, so that there could be an alignment in the therapeutic project of the user.

Keywords: Mental Health; Crisis; Care.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo analizar las contradicciones en el proceso de Atención a la persona en crisis en el Centro de Atención Psicosocial (CAPS). Para el estudio se utilizó el referencial teórico-metodológico materialista dialéctico. El estudio tiene un enfoque cualitativo, del tipo estudio de caso. La producción de datos ocurrió en los meses de noviembre y diciembre de 2018, por medio de una rueda de conversación con trabajadores de un CAPS II del Municipio de Porto Alegre, en Rio Grande do Sul, y entrevistas individuales semiestructuradas. Los participantes del estudio fueron 10 profesionales del CAPS II. Para realizar el análisis de los datos se utilizó el análisis de contenido, modalidad temática. El análisis evidenció dos categorías, a saber: proceso de trabajo en la Atención a la persona en crisis en el CAPS II: las entrelíneas del cuidado y sus contradicciones; y, la segunda, desafíos y potencialidades en el proceso de Atención a la persona en crisis: entre el CAPS y la Red de Atención Psicosocial (RAPS). Los resultados indicaron que el cuidado a la persona en crisis en el CAPS II es cruzado por los propios conceptos de crisis de los trabajadores y del equipo, al mismo tiempo se percibe que los propios conceptos de los trabajadores en relación a la crisis asumen perspectivas diferentes en el momento del cuidado. Se identifica una concepción de crisis basada en el modelo psiquiátrico y la necesidad de no dejar la crisis ocurrir, sin embargo, en el momento del cuidado hay un encuentro de una teoría psiquiátrica con una práctica basada en el modelo psicosocial de cuidado, en ese sentido se observa una relación pendular entre el modelo manicomial y el psicosocial, en la cual el medio entre un punto y otro produce nuevas relaciones que son reveladas en el cotidiano y en los movimientos del cuidado. Se identifican, entre los desafíos de la Atención a la persona en crisis en el CAPS II, la estructura física del CAPS, la falta de recursos materiales y medicamentosos, la articulación y comunicación con la red. Entre las potencialidades se identifican la no internación de la persona en crisis, el trabajo multidisciplinario en el CAPS y la comunicación en equipo. Se observa la necesidad de una articulación mejor entre los puntos de la RAPS, la mejor comunicación entre la emergencia, el CAPS y la internación de modo que haya una orden en el proyecto terapéutico del usuario.

Descripción: Salud Mental; Crisis; Cuidado.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Delineamento do tipo de estudo.....	51
Figura 2 – Expansão da RAPS em 2016.....	52
Figura 3 – Diagnóstico da expansão da RAPS em 2016	52
Figura 4 – Etapas da produção de dados	56
Figura 5 – Delineamento do processo de análise dos dados produzidos	60
Quadro 1 – Unidade de informação	58
Quadro 2 – Unidade de significado	58
Quadro 3 – Categorias	59

LISTA DE SIGLAS

APAC	Autorização de Procedimentos de Alto Custo
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DS	Distrito Sanitário
GD	Gerência Distrital
IMESF	Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família
MTSM	Movimentos dos Trabalhadores da Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
PL	Projeto de Lei
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RC	Roda de Conversa
RP	Reforma Psiquiátrica
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3	DELINEANDO O OBJETO DE ESTUDO	19
3.1	PROCESSOS HISTÓRICOS E SOCIAIS DO FENÔMENO DA LOUCURA: SOBRE LOUCO(S) PSQUIATRIA(S) E REFORMA(S)	20
3.2	REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA: CAMINHOS PARA A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	29
3.3	A ATENÇÃO À PESSOA EM CRISE NO CAPS: UM DESAFIO ESTRATÉGICO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	35
4	REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO	43
4.1	BREVE GENEALOGIA DO PENSAMENTO DIALÉTICO	43
4.2	ABORDAGEM TEÓRICO METODOLÓGICA.....	46
5	ASPECTOS OPERACIONAIS DE PESQUISA	50
5.1	TIPO DE ESTUDO	50
5.2	O CENÁRIO E OS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	51
5.3	VIVÊNCIA DE PROCESSOS E PRODUÇÃO DE DADOS	53
5.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	56
5.5	ANÁLISE DOS DADOS PRODUZIDOS E DOS PROCESSOS VIVIDOS.....	57
5.6	ASPECTOS ÉTICO-POLÍTICOS DE PESQUISA.....	60
5.7	VICISSITUDES DO PROCESSO DE PESQUISA	61
6	ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO À PESSOA EM CRISE NO CAPS II: AS ENTRELINHAS DO CUIDADO E SUAS CONTRADIÇÕES	64
6.1	CONCEPÇÕES DE CRISE: O ANTES, O DURANTE E O DEPOIS	64
6.2	MANEJO E RELAÇÕES DE CUIDADO: O ENCONTRO TRABALHADOR - USUÁRIO	69
7	DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO PROCESSO DE ATENÇÃO À PESSOA EM CRISE: TECITURAS ENTRE O CAPS E A RAPS	76
7.1	O CAPS II E A PESSOA EM CRISE: A ESTRUTURA, O ESPAÇO E O TEMPO	76

7.2	O TRABALHO EM REDE: DESAFIOS DA ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL	78
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
	REFERÊNCIAS	87
	APÊNDICE A – Termo de Cconsentimento Livre e Esclarecido	92
	APÊNDICE B – Roteiro de observação participante	94
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	95
	APÊNDICE D – Roteiro de entrevista	97
	ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	98

1 INTRODUÇÃO

Pela longa estrada eu vou, estrada eu sou. (SATER;TEIXEIRA)

Ao me formar enfermeira, me fiz enfermeira com os outros, mais que isso me constituí trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS), transeunte do território (saúde) mental. Meu compromisso e minha implicação de vida se construíram e se constroem no encontro com os loucos e loucas desse mundo, com gente de carne e osso, que sente, que se afeta, se indigna, que ri e chora, expressa, ocupa e que como diz a música não fogem da fera e enfrentam o leão.

A minha trajetória trouxe a cena essas implicações na proposta de pesquisa do mestrado, precisei para isso voltar aos caminhos que me trouxeram até aqui, experiências, encontros e desencontros de vida que me marcaram e foram suscitando nas nuances do tempo e dos espaços adentrados o interesse pelo estudo no campo da saúde mental e em específico sobre o tema da Atenção à Pessoa em Crise nos Centros de Atenção Psicossocial.

Ao longo desses caminhos trilhados, meu interesse pela saúde mental foi se tornando cada vez maior. Ao passo em que me aproximava do trabalho no campo psicossocial, mais me instigava a compreender o mundo do trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): a organização dos serviços, o modelo de cuidado estabelecido, as ações realizadas nas diferentes situações vivenciadas no dia-a-dia, os dispositivos e estratégias utilizadas em cada caso e os possíveis atravessamentos que operavam/influenciavam no modelo assistencial disponibilizado nesses espaços. Sobre isso, Merhy (2007) auxilia a pensar no mundo do trabalho como uma escola, como lugar de

[...] se debruçar sobre objetos das ações, de fazeres, saberes e agenciamentos de sujeitos. O mundo do trabalho, nos encontros que provoca, abre-se para nossas vontades e desejos, condenando-nos também à liberdade e a estarmos diante de nós mesmos, nos nossos atos e nossas implicações. (MERHY, 2007, p. 294).

Ao olhar para o mundo do trabalho como esse lugar de encontros e possibilidades em que a nossa implicação é a todo momento chamada a fazer composições é que foram emergindo algumas reflexões e problematizações do que vivi enquanto trabalhadora do campo psicossocial.

Como residente em saúde mental coletiva em um CAPS II, enfermeira em um

CAPS III, vivenciei muitas histórias, encontrei dificuldades e busquei as potencialidades dos bons encontros do cotidiano de trabalho. Nesse contexto, não raras vezes, me percebia em uma relação complexa e contraditória entre o que defendia como cuidado psicossocial e o que conseguia realizar na prática. Percebia as situações de atenção à pessoa em crise no CAPS como nós críticos de um cuidado que se pretendia em liberdade, ao mesmo tempo essas situações eram importantes disparadores de um “fazer pensar” necessário, pois para mim era nesse momento que as forças psiquiátricas e psicossociais mais se colocavam em jogo e em tensão, mais ficavam explícitas naquilo que se constituía como prática de cuidado no cotidiano de trabalho.

Me inquietava com as abordagens nessas situações, pois nem sempre privilegiavam as histórias, os contextos de vida e a capacidade de escolha de quem “estava em crise” já que nesse momento a pessoa passava a ser olhada centralmente sob a ótica da doença, na qual a crise fazia parte de um conjunto de sintomas que necessitavam ser suprimidos, dentro de um quadro psiquiátrico/diagnóstico. Sentir as capturas e a permanência do hegemônico manicomial nas relações que se estabeleciam com as pessoas em crise no CAPS situava-se para mim como um dos principais desafios da dimensão ética de um cuidado que se pretendia psicossocial, em liberdade e antimanicomial.

Percebia que assim como eu, a própria equipe em que eu trabalhava se afetava de forma negativa com as situações de crise, pois havia uma sensação de culpa ou de fracasso na terapêutica do caso, mas que dificilmente eram faladas, discutidas ou explicitadas de forma a possibilitar um outro olhar para essas questões. O não dito, muitas vezes, contribuía para cristalizar as ações e até mesmo naturalizar práticas manicomiais em relação a pessoa em crise, uma vez que falar sobre isso poderia produzir a necessidade do próprio serviço e seus atores se colocarem também em uma situação de crise.

Indagava-me, nesse sentido, como seria possível realizar um cuidado à pessoa em crise que ultrapassasse a psicopatologia do transtorno mental, em que a medicação psicotrópica, a internação psiquiátrica e a supressão dos sintomas não fossem as únicas estratégias viáveis para essas situações que de alguma maneira pareciam “fugir” à normativa de um comportamento adequado e de uma forma de ser e estar no mundo estabelecida como “estável”?

Diante disso, pergunto: de que maneira reconhecer, no momento da crise, que

no aparente quadro diagnóstico e sintomático existe também uma pessoa com direitos e possibilidades de escolha? Seria possível estabelecer práticas de cuidado em liberdade para atender uma pessoa em crise? Ou o cuidado à pessoa em crise é o único momento em que as práticas manicomiais e o manicômio que buscamos superar passam a ser aceitos e justificados? Qual é o ponto em que essas contradições se desvelam como forças em movimento que catalisam a Reforma Psiquiátrica no cotidiano e transformam nosso saber/fazer enquanto trabalhadores?

Por acreditar que o manicômio se fez presente de maneira hegemônica por tempo demais nas nossas práticas de cuidado, ao mesmo tempo em que o saber/fazer hegemônico pode ser problematizado no contexto da Reforma, é que surge a motivação e o interesse pelo estudo no campo da saúde mental, nos Centros de Atenção Psicossocial e com a Atenção à pessoa em crise. A escolha por essa temática não é convocada aqui, portanto, deslocada de um olhar implicado com o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira e com a luta antimanicomial, que ao mesmo tempo em que tem lado, tenta se colocar em análise e em reflexão nos próprios desafios e contradições que são vividos na pele e no corpo de quem cuida e é cuidado.

Pensando nesses aspectos e na cautela que quero ter na tentativa de superar a lógica e as formas manicomiais de cuidado na própria abordagem da temática no trabalho¹ e no modo como pesquisar, tomei emprestado o conceito de “analisador”², tendo como intuito estratégico o de potencializar as reflexões acerca do nosso tema para que pudesse se situar na dinâmica da vida e que, portanto, não se esgotasse em si mesmo, possibilitando o desemaranhar das linhas que se atravessam nessas relações de Atenção à pessoa em crise. Segundo Romagnoli (2014, p. 8),

[...] os analisadores podem ser entendidos como efeitos ou fenômenos que emergem como resultado de um campo de forças contraditório e incoerente, porta-vozes dos conflitos em assídua oposição ao harmônico e ao estático acalentados pela instituição. Os analisadores irrompem nas organizações de forma a mostrar que elas não apenas reproduzem o que já estava previsto, mas também produzem o impensado, o conflitivo, revelando a ação do *instituinte*, possibilitada pelo aflorar do negativo não integrado no equilíbrio institucional.

¹ Essa cautela se situou também em uma aposta de redação que contemplasse as implicações com o tema e por isso, assim como na tese de Jardim (2014), utilizo a expressão Atenção à pessoa em crise ao invés de Atenção à crise, para evidenciar que estarei olhando para o Atenção que tem como centro desse movimento a pessoa e não a crise.

² O termo analisador é utilizado na análise institucional de René Lourau e Georges Lapassade que a partir da dialética de Hegel focalizam seus trabalhos nos dispositivos analisadores para fazer surgir o instituinte (ROMAGNOLI, 2014).

Considero, portanto que o tema desta pesquisa é um analisador pois a Atenção à pessoa em crise nos CAPS emerge desse movimento de forças contraditórias, que ao mesmo tempo em que reproduz o previsto pode também produzir o impensado. Nessa perspectiva do conceito de analisador situo, na pesquisa, de maneira estratégica, a abordagem do tema “Atenção à pessoa em crise nos Centros de Atenção Psicossocial” como um analisador do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois permite evidenciar não apenas as contradições presentes no movimento da Atenção, mas também colocar em análise o modo e a forma como as relações de cuidado se estabelecem no espaço institucional com as pessoas que utilizam os serviços de saúde mental quando estas, de alguma maneira, “fogem” às normas de um modo de “ser” e “estar” no mundo considerado como estável, normal ou adequado.

Ao encontro de Souza (2010), considero que a resposta que é dada à pessoa em crise é um analisador da Reforma Psiquiátrica (RP) Brasileira porque permite analisar, não apenas, a amplitude e a capacidade de resposta dos serviços de saúde mental, mas, sobretudo, a consistência política em termos de sua capacidade de desinstitucionalização da loucura. Segundo Silva (2015), a resposta que damos à crise é termômetro de análise da Reforma Psiquiátrica, sendo, portanto, a Atenção à pessoa em crise, além de um analisador da RP, também um analisador da disponibilidade e capacidade de abertura dos serviços para as demandas mais intensas dos usuários.

Ao abordar o cuidado à pessoa em crise nos CAPS como analisador, pretendi deslocar o lugar da crise como central e situar novas possibilidades de enxergar as relações que os trabalhadores estabelecem com as ferramentas disponíveis para essa Atenção. Assim, entendo nesse trabalho, que a Atenção (à pessoa em crise) nos CAPS é um importante analisador de como a Reforma Psiquiátrica brasileira tem caminhado e a crise se tornou um dispositivo estratégico para olhar/analisar essa Atenção, pois considero que nessas situações as forças contraditórias do movimento do cuidado se situam em maior grau de tensão.

A partir disso, pretendi conhecer o movimento da Atenção à pessoa em crise no CAPS, os desafios, conflitos, contradições, tensões e possibilidades que os trabalhadores encontram nesse processo, entendendo, assim como Bataglia (1991), que é no viver dialético das contradições do real onde justamente se encontra o aspecto terapêutico do trabalho em saúde mental, pois, para mim, são nesses

movimentos do contraditório que habitam as possibilidades de superar as cristalizações e o lugar instituído das práticas psiquiátricas, manicomiais e excludentes.

Pretendo, nesse sentido, a partir de uma implicação ética e política de pesquisa, responder à seguinte questão norteadora: que contradições se evidenciam na Atenção à pessoa em crise em um Centro de Atenção Psicossocial? Para tanto, utilizei como referencial teórico metodológico o materialismo dialético de tradição marxista, a partir de uma pesquisa qualitativa em um CAPS II do município de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul (RS).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as contradições que se evidenciam no processo de Atenção à pessoa em crise em um Centro de Atenção Psicossocial II.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos deste trabalho são:

- a) conhecer as concepções de crise atribuídas pelos trabalhadores do CAPS;
- b) conhecer saberes e práticas dos trabalhadores no processo de Atenção à pessoa em crise em um Centro de Atenção Psicossocial;
- c) identificar limites, potencialidades e desafios na Atenção à pessoa em crise em um Centro de Atenção Psicossocial.

3 DELINEANDO O OBJETO DE ESTUDO

Para conhecer e analisar as contradições que se evidenciam nas práticas de cuidado à pessoa em crise no CAPS, considero ser fundamental entender e contextualizar as diferentes concepções, entendimentos e conceituações sobre o louco, a loucura e propriamente sobre crise que foram construídas ao longo da história. Acredito que trazer à tona essa discussão, possibilita não apenas compreender os processos que vivenciamos hoje no contexto da Atenção Psicossocial, como também auxiliam visualizar a complexidade, os aspectos e elementos contraditórios das relações presentes no processo de cuidado em saúde mental na contemporaneidade.

Na obra “História da loucura na Idade Clássica”, Foucault (2010) demonstra que as diferentes concepções e conceitos de loucura ao longo da história, para o qual o de crise pode ser remetida, é algo construído histórica e culturalmente, dependendo do contexto social em que está inserido. Elias Pessotti (1994) também nos mostra, no contexto da Grécia antiga até o século XIX, as transformações que ocorreram no entendimento e na forma, da sociedade se relacionar com o louco e a loucura.

Nesse sentido, conforme apontam Dell’Aqua e Mezzina (1991), ao elaborar qualquer esquema de definição de “crise” é necessário contextualizar o lugar e o momento histórico particular ao qual estamos nos referindo, sendo, portanto, muito difícil uma definição única de crise. Ferigato, Campos e Ballarin (2007), ao proporem ampliar o olhar para o atendimento da pessoa em crise, referem que mesmo quando tentamos definir crise, dentro do próprio campo específico da saúde mental, encontramos diferentes teorias e concepções sobre a caracterização deste episódio, não havendo, portanto uma perspectiva uniforme do que seja um momento de crise, pois conforme referem há uma variedade de subgrupos que usam diferentes critérios para determinar se uma experiência pode ser ou não considerada como crise.

Visualiza-se, que ao longo da história as diferentes concepções, entendimentos e conceituações sobre o louco, a loucura e propriamente sobre crise fundamentam e são fundamentadas pelos modos e as formas que as sociedades possuem para lidar com isso, e, portanto, não são conceituações, concepções e entendimentos que se estabelecem de maneira neutra, descontextualizada e desprovidas dos componentes ideológicos hegemônicos e/ou contra hegemônicos construídos a partir das relações que as sociedades e suas épocas vão estabelecendo entre si e com o mundo.

Pensando nesses aspectos e no tema da Atenção a pessoa em crise nos CAPS como analisador da Reforma Psiquiátrica brasileira, considero fundamental para o delineamento do objeto e do problema de pesquisa, não só as definições de crise e suas características, mas, sobretudo, os aspectos históricos e sociais da loucura e os paradigmas que, ao mesmo tempo em que são fundamentados, fundamentam as práticas e as relações de cuidado que se estabelecem com a pessoa em crise. A partir disso essa seção foi organizada de forma que pudesse abranger esses aspectos, a fim de contextualizá-los historicamente, numa perspectiva crítica, reflexiva e ampliada que pudesse ao mesmo tempo orientar o delineamento do problema e dos pressupostos de pesquisa.

3.1 PROCESSOS HISTÓRICOS E SOCIAIS DO FENÔMENO DA LOUCURA: SOBRE LOUCO(S) PSIQUIATRIA(S) E REFORMA(S)

Até o período pré-socrático não existia uma visão estruturada sobre a natureza humana e a etiologia da loucura situava-se no campo mitológico, na qual os deuses e seus instrumentos (Atê, Erínias ou Moira) roubavam ou confundiam a razão dos homens e os enlouqueciam, a interferência da divindade cedia o papel de causa aos conflitos de paixões, ao entrechoque entre o desejo e a norma ética (PESSOTTI, 1994).

Hipócrates (460 a.C. - 370 a.C.) passa a entender a loucura como desarranjo da natureza orgânica, corporal, pois para ele a saúde era a harmonia no sistema de humores e o equilíbrio entre tal sistema e o ambiente externo. A loucura, era considerada, portanto, na lógica hipocrática, como uma doença resultante da crise no sistema de humores e como tal, essa ideia de Hipócrates só irá florescer nas medicinas do século XVIII e XIX quando se inaugura a teoria organicista da loucura, com Philip Pinel (PESSOTTI, 1994).

Segundo o “Dicionário de Filosofia” (ABBAGNANO, 2007), o termo crise, para Hipócrates, indicava a transformação decisiva que ocorre no ponto culminante de uma doença orientando o seu curso em sentido favorável ou não. A crise, nesse contexto era entendida como um momento de decisão e de definição de percursos, em que o médico deveria agir sobre a doença, ela se situava, portanto como organizadora da prática médica como um todo, configuração que mudou no final do século XVIII, já que com a criação da anatomia patológica a crise tornou-se desnecessária no contexto da

medicina geral, fato que não ocorreu na psiquiatria.

Na Idade Média (séc. V ao séc. XV) a loucura esteve muito associada a uma visão demonista de mundo, principalmente pelo avanço da igreja e pela necessidade de manutenção de poder dessa instituição. O que fugia a norma instituída pela igreja era considerado bruxaria, heresia, possessão demoníaca e devia ser suprimida da sociedade. Nessa época a loucura passou a ser considerada bruxaria, os considerados hereges sofriam diversas perseguições da igreja, eram acorrentados ou queimados em fogueiras.

No século XVII a Europa vivia um período de crise econômica estabelecida pela mudança dos modos de produção, a desorganização social instaurada na época permitiu que houvesse o enclausuramento de mendigos, desempregados e pessoas sem teto na intenção absolutista de ocultar a miséria (DESVIAT, 2015). Esse período ficou caracterizado pelo aprofundamento do processo de exclusão da loucura do espaço social. O hospital³ passou a ser lugar onde os enfermos eram mantidos e curados e onde os considerados loucos, pobres, hereges, criminosos, desempregados e mendigos eram enclausurados e excluídos da sociedade, aqui temos também a marca da famosa Nau dos Loucos, onde os considerados loucos eram excluídos da cidade para ficar em alto mar.

No século XVIII com a Revolução Francesa (1789-1799), o início da industrialização na Europa e o avanço das ideias renascentistas inaugura-se uma nova forma de pensar a sociedade, o pensamento científico tentará romper com o paradigma místico religioso da loucura fundado até aqui. Em 1889 com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, o Contrato Social e a livre circulação de pessoas e mercadorias o grande enclausuramento (símbolo do absolutismo) foi abolido. As *Lettres de cachet* foram suprimidas e os considerados alienados já não podiam mais ser enclausurados de maneira indiscriminada, devido às novas normas sociais (DESVIAT, 2015).

A loucura necessitava, pois, de um outro lugar na sociedade e de outras formas de entendimento que estivessem em consonância com a nova ordem social burguesa. Assim, no final do século XVIII e nos anos consecutivos da legalidade contemporânea no século XIX, estabeleceram-se o manicômio e a psiquiatria como especialidades

³ Antes da Grande internação o Hospital geral recolhia e hospedava os pobres, suprindo-os da mendicância e da ociosidade, tinha um caráter meramente administrativo e não médico (FOUCAULT, 2010).

médicas, diferenciando as formas de loucura e alienação mental e seus espaços de reclusão, surge assim, a internação em asilos, o isolamento e o tratamento moral e a loucura passa a ser uma entidade clínica e passível de cura (DESVIAT, 2015). Segundo Foucault (2010, p. 114): “A grande internação é o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo, momento em que começa a inserir-se nos problemas da cidade.”

Philip Pinel em seu *Traité Médico-Philosophique sur L'alienation Mentale*, ou *La Manie*, publicado em 1801, estabelece as bases da construção teórica da psiquiatria clássica, iniciando um longo processo de observação, descrição e classificação da loucura em que o tratamento moral se configurou como uma das formas de lidar com o louco e a loucura, afim de corrigir seus comportamentos e condutas consideradas desviantes (DESVIAT, 2015).

Ancorado no pressuposto cartesiano, o sistema capitalista nascente necessitava de indivíduos trabalhando para o seu bom funcionamento e todos aqueles incapazes de seguir essa lógica eram segregados da sociedade: os insanos, os doentes, os desempregados, os miseráveis. Foucault (1972) alerta que as instituições (por exemplo: hospitais, manicômios e prisões) surgem não por conta de descobertas científicas, mas em função de necessidades sociais de ordem e progresso. Os loucos não produziam, não eram capazes de trabalhar sob a lógica capitalista, e, ainda, perambulavam pelas ruas incomodando os “cidadãos de bem”. O que mais fazer com eles a não ser tirá-los da cidade? Dentro do asilo, por meio do princípio de isolamento e do ideal de normalização imposto ao sujeito, a medicina se apropriou da loucura. (JARDIM, 2007, p. 171).

A psiquiatria passa então, a corrigir as condutas consideradas desviantes que escapavam às novas regras e códigos sociais de convívio, iniciando assim uma aliança complexa e contraditória entre a psiquiatria e o direito, que se mantém ao longo século XIX pelas ideias de irresponsabilidade criminal e de degeneração, fundamentando a psiquiatria ao lado de conceitos de periculosidade, incurabilidade e cronicidade que ainda perduram até os dias de hoje (DESVIAT, 2015).

Nessa perspectiva Ferigato, Campos e Ballarin (2007) referem que para os estudiosos da psiquiatria clássica, o rompimento com a homeostase e com a organização mental do indivíduo era entendido como algo negativo e destrutivo, que colocava o sujeito em um lugar não aceito socialmente. Assim, podemos dizer que os estudiosos da psiquiatria clássica, entre eles: Pinel, Esquirol, Morel e Kraepelin, tinham como preocupação central apresentar formas de pensar e lidar com a doença que se resumiam, a partir do isolamento, em observar e descrever sintomas, afim de nomeá-

los e classificá-los para que os sujeitos pudessem ser enquadrados em uma nosologia (MARTINS, 2012).

As ideias de crise na psiquiatria clássica estiveram muito baseadas na concepção de ruptura com a normalidade, a crise passou a ser justificada a partir de uma gama de sinais e sintomas classificados como característicos da psiquiatria: delírios, alucinações visuais e auditivas, agressividade, agitação psicomotora, embotamento afetivo, dentre outros (MARTINS, 2012). 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. Nesse sentido, o discurso psiquiátrico da época lançou mão dessa lógica para classificar o que era normal e o que era patológico, o que deveria ser aceito e o que deveria ser expurgado da sociedade.

A partir dessas experiências de isolamento e com loucura passando agora a ser entendida como doença, ocorreu uma massificação muito rápida dos asilos que passaram a ter superlotações onde os pacientes eram mantidos em condições desumanas de tratamento. Em consequência a esse cenário, em meados do século XIX, os alienistas franceses, inspirados pelos ideais jurídicos da Revolução Francesa, começaram a se questionar como era possível realizar um tratamento de maneira adequada, individualizada e psicológica, quando a cada médico cabiam de quatrocentos a quinhentos pacientes (DESVIAT, 2015).

Essas críticas à eficácia do asilo se produziram ao longo de todo o século XIX e a partir da primeira metade do século XX, surgiram algumas experiências isoladas de reformulação do espaço asilar. Na década de 1920, Hermann Simon funda uma proposta chamada terapêutica ativa ou terapia ocupacional. A necessidade de mão de obra para a construção de um hospital o faz lançar mão de alguns pacientes considerados cronificados para realização do trabalho. Simon (*apud* AMARANTE, 1998, p. 28) observou que “o trabalho do enfermo mental, não apenas se revelou proveitoso, como também o ambiente do estabelecimento foi todo transformado, podendo respirar-se ali uma atmosfera de ordem e tranquilidade que até então não era habitual”. A experiência de Simon será referência importante para o surgimento da comunidade terapêutica e da psicoterapia institucional francesa.

Na França, por volta da década de 1940, Tosquelles, um jovem catalão desenvolveu o hospital psiquiátrico Saint Alban que deu origem a psicoterapia institucional. Essa experiência tinha como objetivo restaurar o papel terapêutico do

hospital psiquiátrico. A hipótese inicial foi que na instituição total todos estão doentes, conforme refere Dessauant (1971 *apud* DESVIAT, 2015, p. 30): “não são os muros do hospital que fazem dele um manicômio. São as pessoas: os que prestam cuidados e os enfermos que vivem nele.” Assim a terapia deveria abarcar a instituição em todo o seu conjunto, a contratransferência constitui-se em ponto central de debate, no qual os lacanianos consideravam que era primordial a interpretação da contratransferência institucional (DESVIAT, 2015).

A consciência de necessidade de uma nova psiquiatria, de modificar formas de atendimento com base na internação asilar instigava muitas psiquiatras que no pós 2ª Guerra Mundial fazem emergir os movimentos de Reforma Psiquiátrica, com experiências concretas e diversas em vários países, cuja a característica principal foi a luta por transformações nas práticas de Atenção às pessoas em sofrimento psíquico e mental (COSTA-ROSA, 2013). Esses processos e movimentos de Reforma Psiquiátrica, no entanto, não se configuraram de maneira homogênea e consensual, mas, sobretudo, se situaram em um campo de conflitos, disputas e tensões que se estenderam “desde mudanças cosméticas nos Manicômios e sua lógica, até propostas de desospitalização, desinstitucionalização e de total extinção dos manicômios” (COSTA-ROSA, 2013, p. 12).

A política de setor na França surge, nesse contexto, como um movimento de contestação da psiquiatria asilar a partir das Jornadas Nacionais de Psiquiatria, num cenário avassalador do pós-primeira guerra, em que nos campos de extermínio cerca de 40% dos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos franceses morreram (DESVIAT, 2015).

A política de setor francesa tenta, dessa maneira, romper com a centralização do hospital psiquiátrico, buscando uma assistência descentralizada, setorizada em pequenas zonas de 50 a 100 mil habitantes com uma multiplicidade de serviços territoriais, na qual o efeito cronificante da instituição psiquiátrica deveria ser evitado. Segundo Mignot (1961 *apud* DESVIAT, 2015, p. 31), a política de setor implicava “uma modificação profunda da atitude da sociedade para com as doenças mentais”. No entanto, na opinião de Rotelli (1994 *apud* AMARANTE, 1998), a experiência francesa de setor não conseguiu ir além do hospital psiquiátrico porque ela de alguma maneira conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos e, portanto, não fazia nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria.

No enredo da segunda guerra mundial, duas experiências irão se destacar e

constituir uma nova direção para a mudança nos asilos: a inglesa com Bion e Rickmann e nos Estados Unidos da América com Meninger.

A experiência inglesa em meio a problemática de muitos soldados estarem com sintomas psicóticos e neuroses e sem número suficiente de profissionais para atendê-los, conseguiu distribuir o conjunto de internos em pequenos grupos que se caracterizavam como grupos de discussão e de atividades, com o objetivo de retirá-los da inércia. Criavam, simultaneamente, uma reunião diária, uma espécie de assembleia geral, de curta duração, quando o conjunto dos grupos se reunia com os médicos responsáveis, com o objetivo de dar conta de suas atividades e de integrar o conjunto dos grupos numa dinâmica centralizada. Através desta nova estrutura de serviço, multiplicou-se a eficácia apesar da carência de médicos, passando os grupos a adquirir uma potencialidade terapêutica, assim como a atividade de trabalho.

Meninger, responsável pelo serviço psiquiátrico do exército norte americano assim como Bion e Rickmann, procurou integrar os soldados traumatizados nos campos de batalha em nível de pequenos grupos, e a sua integração transformava-se no indicador das altas e das curas. Em 1946 T. H. Main denominará o trabalho desenvolvido em companhia de Bion e Rickmann, no Northfield Hospital, em Birgminham de comunidade terapêutica, mas é somente a partir de 1959 na Inglaterra com Maxwell Jones que o termo comunidade terapêutica é consagrado e delimitado, com base nessas experiências desenvolvidas (DESVIAT, 2015)

É preciso salientar, no entanto, que as comunidades terapêuticas apesar de serem uma forma de humanização dos asilos instaurando uma forma de micros sociedades (BIRMAN, 1992 *apud* AMARANTE, 1998), não conseguiu colocar em questão a raiz do problema da exclusão, problema este que, segundo Rotelli (1994 *apud* AMARANTE, 1998), se fundamenta no próprio hospital psiquiátrico.

A partir dessas experiências das comunidades terapêuticas inglesas, surge o movimento da antipsiquiatria na Inglaterra, desempenhando um papel importante para a crítica global e ideológica ao papel das contradições sociais e da alienação na produção da doença mental. A antipsiquiatria procurou, nesse sentido, romper com o modelo assistencial vigente, buscando destituir, definitivamente o valor do saber médico da explicação/compreensão e tratamento das doenças mentais (AMARANTE, 1998).

A loucura é entendida como um fato social, político e até mesmo, uma experiência positiva de libertação, não sendo assim, um estado patológico, nem muito

menos o louco um objeto passível de tratamento. A antipsiquiatria buscou, assim um diálogo entre razão e loucura, enxergando a loucura entre os homens e não dentro deles. O método terapêutico da antipsiquiatria não previa tratamento químico ou físico e sim, valorizava a análise do “discurso” através da “metanoia”, da viagem ou delírio do louco, que não deveria ser podada ou contida. O louco era acompanhado pelo grupo, seja através de métodos de investigação, seja pela não repressão da crise, psicodramaticizada ou auxiliada com recursos de regressão (AMARANTE, 1998).

Nos Estados Unidos, a Psiquiatria preventiva ou comunitária surge no contexto de crise do organicismo mecanicista e situa-se no entrecruzamento da psiquiatria de setor e da socio terapia inglesa, propondo-se a intervir nas causas e no surgimento das doenças mentais, almejando não apenas a prevenção, mas fundamentalmente a promoção de saúde mental. A psiquiatria preventiva representa nesse sentido, a demarcação de um novo território para a psiquiatria na qual a terapêutica das doenças mentais dá lugar a um novo objeto: a saúde mental. Para Lancetti (1989, p. 77), as três ordens prioritárias da psiquiatria preventiva são:

1. aquelas destinadas a reduzir (e não curar) numa comunidade, os transtornos mentais, promovendo a ‘sanidade’ mental dos grupos sociais (prevenção primária);
2. aquelas cujo objetivo é encurtar a duração dos transtornos mentais, identificando-os e tratando-os precocemente (prevenção secundária); e
3. aquelas cuja finalidade é minimizar a deterioração que resulta dos transtornos mentais (prevenção terciária).

O projeto da psiquiatria preventiva determina que as intervenções precoces evitam o surgimento ou desenvolvimento dos casos de doenças. Consequentemente alarga-se o campo para a intervenção preventiva que deve ter início no meio social, evitando que se produzam condutas patológicas. Aqui, o conceito chave que permite a possibilidade de uma intervenção preventiva é o da crise, pois ela é o sinal que pode conduzir a uma enfermidade. Nesse sentido, a psiquiatria preventiva de Caplan, ao considerar o conceito de crise como a possibilidade de manifestação de uma doença mental, tem como instrumentos fundamentais de intervenção um trabalho comunitário no qual as equipes de saúde exercem um papel de consultores/assessores/peritos, fornecendo normas e padrões de valor ético e moral sob os auspícios de um determinado conhecimento “científico”, utilizavam para isso a técnica de rastreamento traduzida na identificação precoce de casos suspeitos de enfermidade no meio de um grupo social qualquer.

Como resultado, temos que nos Estados Unidos da América, os programas de prevenção acarretaram um aumento relevante da demanda ambulatorial e extra hospitalar. Segundo Amarante (1998), o preventivismo significou um novo projeto de medicalização da ordem social, de expansão dos conceitos médico psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais.

Esse processo, segundo Castel (1978 *apud* AMARANTE, 1998), é denominado *aggiornamento* e representa a existência de uma atualização e de uma metamorfose do dispositivo de controle e disciplinamento social. Nesse território de competências instituídas pela psiquiatria preventiva, cabe aos saberes psiquiátrico-psicológicos a mediação da constituição de um “tipo psicossociológico ideal”, traduzido num complexo mecanismo de controle e normatização de expressivos segmentos sociais, marginalizados pelas mais variadas causas (AMARANTE, 1998).

Na Itália, por volta da década de 1960, Franco Basaglia junto com outros psiquiatras inspirados nas experiências inglesas das comunidades terapêuticas e da antipsiquiatria, transformaram num primeiro momento o hospital psiquiátrico de Gorizia em uma comunidade terapêutica. Basaglia (2005) refere que as experiências de transformação institucional que ocorreram nos países anglo-saxões e na França introduziram formas de socialização nas quais o técnico auxilia na construção de relações protegidas, “destinadas a reproduzir, dentro da instituição, modelos e condições de vida o mais possível similares aos da vida” (BASAGLIA, 2005, p. 310). No entanto, considera que as iniciativas que procuravam humanizar o manicômio, era igualmente um meio de controle social, uma forma de “tolerância repressiva” (BASAGLIA, 1979, p. 87). A partir disso, o autor propôs devolver a pessoa considerada ‘doente mental’ à sociedade, a fim de realizar não apenas uma mudança nas relações institucionais, mas sobretudo desarticular a instituição e o manicômio.

É com essas perspectivas que a chamada tradição Basagliana e a psiquiatria democrática Italiana (AMARANTE, 1998) se fundamentam. Segundo Barros (1994, p. 53), a experiência italiana pode se situar como “um confronto com o hospital psiquiátrico, o modelo de comunidade terapêutica inglesa e a política de setor francesa, embora conserve destas, o princípio de democratização das relações entre os atores institucionais e a ideia da territorialidade”.

Para Amarante (1994, p. 61), “o projeto de transformação institucional de Basaglia é essencialmente um projeto de desconstrução/invenção no campo do conhecimento, das tecnologias, das ideologias e da função dos técnicos e dos

intelectuais.” A trajetória italiana propiciou assim, a instauração de uma ruptura radical com o saber/prática psiquiátrica, na medida em que atingiu seus paradigmas. Segundo o mesmo autor, tal ruptura teria sido operada tanto em relação à psiquiatria tradicional (o dispositivo da alienação) quanto em relação à nova psiquiatria (o dispositivo da saúde mental).

Assim, as questões que se evidenciavam nesse contexto, dizia respeito a um projeto de desinstitucionalização, de desmontagem e desconstrução dos saberes/práticas/ discursos comprometidos com uma objetivação da loucura e sua redução à doença (AMARANTE, 1998). Nesse sentido:

Desinstitucionalizar não se restringe nem se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicômio. Enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos. (AMARANTE, 1998, p. 49).

Por volta da década de 1970, quando Basaglia chega em Trieste e onde dá início ao processo de desmontagem do aparato manicomial, ocorre a constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura e a doença mental. São construídos centros de saúde mental, um para cada área da cidade funcionando 24h por dia, sete dias por semana. São abertos vários grupos-apartamento, que são residências onde moram usuários sozinhos ou acompanhados. As cooperativas de trabalho são constituídas como modalidades de cuidado/criação de possibilidades. O serviço de diagnose e cura contendo leitos femininos e masculinos funcionando em regime diuturno e atuando coordenadamente com os centros de saúde mental, os grupo-apartamento e cooperativas (AMARANTE, 1998).

A experiência em Trieste demonstrou ser possível a constituição de um circuito de Atenção que, ao mesmo tempo em que disponibilizava cuidados produzia novas formas de sociabilidades e de subjetividade. Nesse contexto, inspirados pelas ideias de Basaglia, os autores Dell’Aqua 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 a crise de seu estatuto simplesmente psicopatológico e reafirmam a sua complexidade.

A desconstrução da ideia de doença mental abriu a possibilidade de um processo de despatologização da loucura e, por conseguinte, do louco e de suas

crises. Essa despatologização, no entanto, não nega o sofrimento vivido pelas pessoas, bem como, o acesso ao cuidado, mas, busca inscrever a vivência da crise e da loucura no âmbito da vida e não mais da doença (JARDIM, 2014) e é a partir dessa visão que me inspiro para nortear meu entendimento sobre crise no desenvolvimento dessa pesquisa.

3.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: CAMINHOS PARA A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

No Brasil, os questionamentos e transformações referentes às formas e modos de Atenção às pessoas em sofrimento psíquico emergem no final da década de 1970, consoante a efervescência e fortalecimento dos movimentos democráticos no país que lutavam pelo fim da ditadura civil militar⁴.

É preciso destacar aqui, conforme Amarante (1998), que o conceito de Reforma psiquiátrica se apresenta como política e conceitualmente problemático, uma vez que a expressão reforma foi utilizada para se referir a transformações cosméticas, superficiais e acessórias em oposição às transformações radicais e de base. Rotelli (1990), por exemplo, utiliza a expressão reforma para os modelos psiquiátricos inglês, francês e americano por entender que estes modelos não passaram de tentativas de recuperação do potencial terapêutico da psiquiatria clássica (AMARANTE, 1998). No entanto utilizaremos conforme o autor o termo Reforma Psiquiátrica para designar “um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.” (AMARANTE, 1998, p. 87).

Amarante (1998) subdivide o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira em três momentos. O primeiro deles, que marca o início da reforma pode ser considerado a partir da conjuntura de redemocratização do país no final da década de 1970 em que o crescimento da insatisfação popular decorrente do regime civil militar faz crescer movimentos de crítica à estrutura e a organização do poder. Nesse contexto, surgem os primeiros importantes movimentos do setor da saúde, entre eles o Movimento dos

⁴ Os movimentos de crítica ao modelo manicomial se desdobram até a atualidade com algumas variações importantes nomeadas “Psiquiatria Comunitária”, “Reforma Psiquiátrica”, “Luta Antimanicomial” e “Atenção Psicossocial”, na qual essas duas últimas – Luta antimanicomial e Atenção Psicossocial - compreendem conjuntos de ações, saberes e políticas que têm procurado superar a Reforma Psiquiátrica como uma reforma estrita da Psiquiatria (COSTA-ROSA, 2013).

Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) que assume um papel relevante, ao abrir um leque de denúncias e acusações ao governo militar, principalmente sobre o sistema nacional de assistência psiquiátrica, que incluiu torturas, corrupções e fraudes.

Um marco para o surgimento do MTSM é o que fica conhecido como crise da Divisão nacional de Saúde Mental (DINSAM). A crise é deflagrada a partir de uma série de denúncias, reivindicações e críticas que profissionais “bolsistas” dos quatro hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro faziam, ao trazerem a público as irregularidades e a trágica situação das unidades hospitalares. Essas denúncias ganham apoio de outros trabalhadores e movimentos da saúde que começam a se organizar e fomentar debates em todo o país. O MTSM passa a constituir-se em um espaço de luta não institucional e durante um longo período desempenha o principal papel tanto na formulação teórica quanto na organização de novas práticas em saúde mental.

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira nesse primeiro momento teve como fundamentos não apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas, sobretudo, uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas (AMARANTE, 1998).

O segundo momento da Reforma Psiquiátrica, conforme Amarante (1998), é o da trajetória Sanitarista, que tem início nos primeiros anos da década de 1980, em que parte considerável do movimento da Reforma Sanitária e Psiquiátrica passam a ser incorporados no aparelho do Estado. Para o autor, esse momento foi vigorosamente institucionalizante, pois os marcos conceituais que estavam na base do pensamento crítico em saúde passam a dar lugar a uma postura menos crítica onde, aparentemente parte-se do princípio que a ciência médica e a administração podem e devem resolver o problema das coletividades. Nesse sentido, a trajetória institucional da estratégia sanitária situa-se como uma tentativa tímida de continuar fazendo reformas, sem trabalhar no âmago da questão, sem desconstruir o paradigma psiquiátrico, sem reconstruir novas formas de Atenção, de cuidados, sem inventar novas possibilidades de produção e reprodução de subjetividades.

No campo específico da Saúde mental, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 1987, marca o início do fim da trajetória sanitária e o início de outra, a trajetória da desinstitucionalização, ou da desconstrução/invenção. Nesse contexto o movimento pela Reforma Psiquiátrica reencontra suas origens e se distancia do movimento pela Reforma Sanitária. Segundo Amarante (1998), parte da

explicação desse afastamento pode ser encontrada no fato de que a Reforma Psiquiátrica sempre manteve um viés desinstitucionalizante em relação à doença e ao sujeito da doença, ao passo que o movimento sanitário perde de vista a problematização do dispositivo de controle e normatização próprios da medicina como instituição social.

Essa nova etapa do processo de Reforma Psiquiátrica, inaugurada na I CNSM e consolidada no Congresso de Bauru, repercutiu no modelo assistencial, na ação sociocultural e jurídico política da Reforma, em resumo, o movimento resgatava o tom inicial de suas origens quando denunciava a psiquiatrização e a institucionalização da loucura conseguindo ultrapassar, estratégica e conceitualmente as transformações apenas no âmbito assistencial (AMARANTE, 1998).

Nesse período, surgem experiências de novas modalidades de Atenção, que passaram a representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional, a exemplo do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo no ano de 1987 e em 1989 a intervenção e posterior fechamento da Casa de Saúde Anchieta em Santos, por condições precárias de tratamento, que possibilitou a criação das condições para a implementação de um sistema psiquiátrico que se definia como completamente substitutivo ao modelo manicomial. Esse sistema substitutivo deu-se com a redefinição do espaço do antigo hospício e com a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), além de cooperativas, associações e instituições de residencialidade. Segundo Nicácio (1994), os NAPS representaram um eixo fundamental para o processo de substituição do modelo manicomial na trajetória Santista ao mesmo tempo em que juntamente com a experiência do CAPS Luiz da Rocha Cerqueira serviram de modelo de serviços para todo o país.

A partir dessas experiências e em decorrência dos resultados objetivos desta primeira desmontagem do aparato manicomial e sua substituição por uma proposta de cuidado territorial em saúde mental, foi apresentado em 1989 o projeto de lei (PL) 3657/89 que regulamentava os direitos do doente mental em relação ao tratamento e indicava a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos não manicomial de atendimento. No âmbito jurídico-político, o PL 3.657/89 estimulou outros estados a elaborarem e aprovarem nos anos 1990 projetos de lei com o mesmo propósito como foi o caso do Ceará, Pernambuco, Minas Gerais e Rio Grande do Sul.

Em meio a esse contexto no ano de 1992 foi realizada a II CNSM que embora

não tenha respeitado as decisões e encaminhamentos da I CNSM, reafirmou e renovou os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira na linha da desinstitucionalização e da luta antimanicomial.

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, nesse sentido, visou ampliar a concepção de cuidado à pessoa em sofrimento, que antes era centrada apenas no hospital psiquiátrico, para uma rede de serviços e dispositivos sanitários, territoriais e socioculturais, abrangendo uma perspectiva de cuidado em liberdade privilegiando as histórias e escolhas de vida das pessoas. Sabe-se, no entanto, que apesar desses avanços surgiram também inúmeros desafios para a efetivação das políticas públicas e da Reforma Psiquiátrica no cotidiano dos serviços de saúde e da própria sociedade.

Sobre esses aspectos Amarante (1999) refere que o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira é complexo e abrange quatro campos/dimensões fundamentais: a teórico-conceitual, a técnico-assistencial, a jurídico-política e a sociocultural. Assim, as mudanças propostas nessas diversas dimensões configuram-se como um novo paradigma de Atenção em saúde mental, no qual a Atenção à pessoa que necessita de cuidados em saúde mental implica a produção de práticas e posturas ético políticas que tenham como eixo norteador o respeito e a corresponsabilidade das práticas terapêuticas.

Essa nova configuração das práticas em saúde mental a partir do processo de Reforma Psiquiátrica e do movimento de luta antimanicomial tem permitido nesse sentido, processos de superação do paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador, atribuindo novos modos de entender e se relacionar com a loucura e possibilitando a efetivação do modelo de Atenção Psicossocial.

Segundo Costa-Rosa (2013, p. 12), a Atenção Psicossocial tem se caracterizado por um conjunto de práticas cujo arcabouço teórico-técnico e ético-político caminha na direção da superação paradigmática da psiquiatria asilar, “representando a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes”. Essas mudanças paradigmáticas têm possibilitado uma série de transformações no campo da Atenção em saúde mental, numa tentativa de superar a Reforma Psiquiátrica como uma reforma estrita da psiquiatria.

Para o mesmo autor quatro parâmetros básicos definem o Modo Psicossocial e a matiz de transformações nesses parâmetros, nos permitirão definir a pertinência do paradigma psiquiátrico, ou do paradigma psicossocial, para as práticas designadas

pelo conceito “psicossocial”. São eles:

- a) concepções do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com ela;
- b) concepções da organização das relações intrainstitucionais, inclusive da divisão do trabalho interprofissional;
- c) concepção da forma das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral e vice-versa;
- d) concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos.

A partir desses aspectos considero importante trazer uma reflexão crítica sobre as questões referentes a esses serviços de Atenção, que no meu entendimento são eixo fundamental e estratégico para pensar a Atenção à pessoa em crise numa perspectiva de cuidado Psicossocial que visa superar o paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico-medicalizador.

Uma dessas questões se refere a lei n. 10.216, de 2001, que ao mesmo tempo em que favoreceu a criação e implantação do modelo de serviços substitutivos, prejudicou a proposta original que defendia o fim dos manicômios, sendo aprovada uma ambígua reorientação do modelo assistencial que, segundo Jardim (2014), pode ser visualizado a partir dos seguintes aspectos:

A Lei 10.216/2001 proíbe a internação de pessoas em instituições com características asilares (art. 4 § 3º), entretanto, aponta a internação involuntária como opção de cuidado, afirma o hospital psiquiátrico como parte da rede (art. 4º), admite a internação compulsória (art. 9º) e utiliza o termo “evasão” para se referir a eventual saída da pessoa assistida pelo CAPS/NAPS sem a ciência ou anuência da equipe (art. 10º). (JARDIM, 2014, p. 52-53).

A segunda questão refere-se à portaria 336, de 2002 (BRASIL, 2002), que atualizou a portaria n. 224/1992, nela os NAPS passam a ser suprimidos da proposta e substituídos integralmente pelos CAPS. Segundo Luzio (2010), essa mudança das siglas NAPS/CAPS apenas para CAPS produziu efeitos importantes para os rumos do modelo assistencial em saúde mental. Para a autora:

O CAPS foi implantado como um serviço intermediário entre o ambulatório e a internação psiquiátrica, funcionando em cinco dias da semana, por no máximo oito horas diárias, cuja proposta terapêutica era a de uma prática clínica centrada na vida cotidiana da instituição, de modo a permitir o estabelecimento de uma rede de sociabilidade para fazer emergir a instância terapêutica. Buscava inspiração essencialmente na análise institucional, na psiquiatria de setor. O NAPS foi criado como um serviço substitutivo ao

hospital psiquiátrico, portanto para funcionar durante as vinte e quatro horas. Ficava responsável pelo atendimento integral à demanda de Saúde Mental de uma região, principalmente aos casos graves, através de uma multiplicidade de ações, as quais tinham como objetivo a restituição do poder contratual do usuário, de modo a possibilitar a ampliação de sua autonomia. Os NAPSs foram inspirados essencialmente na experiência da psiquiatria democrática italiana. (LUZIO, 2010, p. 19-20).

Diante disso a portaria citada estabeleceu que os CAPS pudessem constituir-se nas modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (art.1), colocando as três modalidades de serviços cumprindo a mesma função no atendimento público em saúde mental, devendo estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com “transtornos mentais severos e persistentes” em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo (art.1 §1º) retirando o cuidado a pessoa em crise das modalidades de serviço de CAPS I e II, além disso estabelecendo que os CAPS deveriam constituir-se “em serviço ambulatorial” de atenção diária funcionando segundo a lógica do território (art.1 § 2º). Nessa perspectiva, é possível observar que diferentemente dos NAPS, os CAPS da forma como foram abordados na portaria 336/2002 não foram organicamente pensados para substituírem o manicômio, mas, para poder conviver com ele dentro do circuito psiquiátrico, atendendo à lógica do diagnóstico (JARDIM, 2014).

Aliado a esse contexto, temos um terceiro aspecto que se refere à forma de financiamento para os novos serviços de Atenção em saúde mental, que, segundo Jardim (2014), herdaram uma lógica produtivista praticada nos hospitais psiquiátricos, que acarretava, inclusive, na extensão vitalícia de algumas internações. Segundo Luzio (2010, p. 22):

A forma de financiamento foi alterada, passando este a ser realizado mediante o processo de Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC). Dessa forma, os recursos disponíveis para o pagamento dos procedimentos do CAPS não estão contidos nos tetos financeiros dos estados e municípios e funcionam como recursos “extrateto”.

Nessa forma de financiamento, o pagamento era efetuado por meio das Autorizações de Procedimentos de Alto Custo (APACs) geradas após a realização dos procedimentos. A APAC era preenchida com dados sobre a psicopatologia da qual o usuário seria portador justificando-se a sua inserção no CAPS (JARDIM, 2014). Segundo a mesma autora, essa cultura criada pelo financiamento ex-post, apesar de não estar mais em vigor atualmente, ainda hoje continua alimentando uma lógica

centrada na valorização de intervenções curativas e de práticas vinculadas à doença.

Sobre esse cenário, Da Silva (2015) traz elementos importantes de análise quando aborda sobre a conjuntura geradora de perdas para as políticas sociais, em que há uma des-responsabilização do Estado diante da influência neoliberal, na qual observam-se aberturas para o setor privado gerir os serviços de responsabilidade Estatal, com vistas a obtenção de lucros. Para a autora a precarização dos vínculos de trabalho, por meio de contratos terceirizados, temporários, compatíveis com essa conjuntura, refletem no âmbito da política de saúde mental e na forma de assistência prestada aos usuários, uma vez que, as condições necessárias para a execução da referida política, recebem influência direta das ideias neoliberais.

Nesse sentido, é importante destacar que o setor da saúde pública tem sofrido com as implicações desastrosas dos ajustes neoliberais tanto na perspectiva das políticas públicas que influenciam no modelo assistencial, quanto nos vínculos cada vez mais precarizados dos trabalhadores, com conseqüente rotatividade de profissionais nos serviços de saúde/saúde mental. Esses atravessamentos se constituem em elementos importantes para entender a reprodução de antigas concepções nos próprios CAPS, podendo transformá-los em pequenos manicômios.

A partir desses aspectos considero fundamental uma reflexão crítica sobre os rumos da Reforma psiquiátrica brasileira sob a ótica estratégica da Atenção à pessoa em crise, pois ao passo dos inegáveis avanços das políticas em saúde mental, do aumento considerável do número de CAPS em toda a extensão territorial brasileira e da redução de leitos psiquiátricos nas últimas décadas, muitos desafios têm se delineado no que tange à manutenção e avanço dos direitos conquistados até aqui. A exemplo disso, cito a nova Portaria sobre a Política de Saúde Mental de 2017 da Comissão Inter gestores Tripartite (CIT), na qual hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas passam a fazer parte da Rede de Atenção Psicossocial.

Nesse sentido, cabe o questionamento de se nessa correlação de forças o cuidado à pessoa em crise está, nesse processo se desdobrando em práticas de uma Reforma estritamente da psiquiatria ou se está caminhando para uma perspectiva de sua superação.

3.3 A ATENÇÃO À PESSOA EM CRISE NO CAPS: UM DESAFIO ESTRATÉGICO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O que fazer quando a noite vem? Continua o manicômio no imaginário coletivo como o abrigo seguro para as situações críticas? (PITTA, 2011, p. 4580).

A partir das questões expostas até aqui, considero importante situar o cuidado à pessoa em crise nos CAPS como um dos desafios estratégicos para o campo da Atenção Psicossocial, entendendo que as próprias contradições que habitam, coexistem e atravessam as propostas e entendimentos de CAPS são forças fundamentais para a compreensão do movimento contraditório da Atenção à pessoa em crise. Diante disso, esses serviços comunitários constituem-se em espaços potentes, legítimos e em disputa sendo dispositivos importantes para o processo de mudanças e superações paradigmáticas das práticas de cuidado.

Antunes (2007) aponta que determinados processos de trabalho no campo da saúde mental ainda mantêm práticas cristalizadas, de tutela, culpabilização e exclusão da loucura, típicas do modelo manicomial. Ao encontro disso, nos estudos de Pinho (2010a) é possível visualizar que há uma coexistência entre discursos e práticas psicossociais e manicomiais nos serviços de saúde mental, que tem se concentrado, muitas vezes em dinâmicas de processo de trabalho polarizadas, frutos da própria transição entre os modelos assistenciais e que na perspectiva do autor não são vistas como retrocessos, mas ao contrário, oportunidades de transformação e mudança.

Assim, a partir desses aspectos é possível perceber que os avanços que tivemos em relação ao entendimento e os modos de cuidado na perspectiva psicossocial se produziram e se produzem a partir de processos, aspectos e elementos contraditórios que coexistem e atravessam as práticas de cuidado. É importante ressaltar, no entanto, que esses processos não ocorrem de maneira natural, mas são, sobretudo, sociais, econômicos e culturalmente construídos a partir de um campo permanente de mudanças, disputas e tensões.

Portanto, quando situo o cuidado a pessoa em crise nos CAPS, estou justamente me referindo a situações em que as demandas do usuário são mais intensas e onde esses aspectos e elementos contraditórios do cuidado podem também ser expressos com maior intensidade. Nessa perspectiva, conforme apontam Amarante (2007) e Dimenstein (2012), a Atenção à pessoa em crise, tem sido uma das questões mais conflituosas, intrigantes e estratégicas para a Reforma Psiquiátrica brasileira, sendo também um dos pontos mais complexos do processo de mudanças paradigmáticas que envolvem a reestruturação da Atenção em saúde mental no

Brasil, já que muitas vezes, de acordo com Souza (2010), as manifestações de crise, acabam justificando a entrada da pessoa no circuito médico-psiquiátrico, caracterizado, principalmente, pelo seu silenciamento por meio de isolamento, contenções mecânicas e químicas, além de diferentes formas de exclusão e segregação da pessoa do espaço social.

Nesse contexto, mesmo os serviços comunitários, como os CAPS, que pretendem superar/desconstruir as práticas manicomiais, podem reproduzi-las quando ainda, mantém uma lógica de cuidado em torno do hospital psiquiátrico, realizando ações especializadas, fragmentadas, não coordenadas e impermeáveis entre si (DELL'AQUA; MEZZINA, 1991). Conforme apontam os autores, a complexidade de existência do sofrimento da pessoa em crise, nesses cenários, passa a ser reduzida e simplificada a um sintoma em que o próprio serviço já se equipou para perceber e reconhecer apenas esse sintoma. Ou seja, a partir dessas perspectivas a relação que se estabelece com a pessoa em crise pressupõe a sua "objetualização". Sua vida, seu corpo e sua história são simplificados à psicopatologia do diagnóstico/transtorno mental e mortificados pela lógica do isolamento, tornando-se uma relação forçosamente objetual entre quem "cuida" e é "cuidado" (BASAGLIA, 1991).

Jardim e Dimenstein (2007) ao problematizarem as urgências psiquiátricas referem a dificuldade da rede de saúde mental para atender a pessoa em crise, que acabam ainda hoje, delegando esse cuidado aos serviços de emergência, privilegiando o hospital psiquiátrico como seu órgão de maior complexidade, fortalecendo o fluxo de internamentos e caminhando numa lógica contrária aos pressupostos da luta antimanicomial e da própria Reforma Psiquiátrica numa perspectiva Psicossocial.

Ao mesmo tempo, Paulon *et al.* (2012) ao realizar uma pesquisa em três emergências de Hospitais gerais no município de Porto Alegre com a intenção de investigar os modos de acolhimento realizados no atendimento aos usuários que apresentavam crise em saúde mental traz pistas importantes sobre a invisibilidade do cuidado em saúde mental nas emergências, problematizando o fato de que nesses serviços o atendimento de casos que não são da ordem da sintomatologia usual dos parâmetros da clínica biomédica são rapidamente entendidos como alheios à emergência.

Nesse processo percebo que o cuidado à pessoa em crise perpassa um campo

de contradições que se evidenciam na necessidade de superação de uma lógica centrada no tempo da emergência médica que pressupõem sempre esquemas protocolares, ágeis e pré-definidos ao mesmo tempo em que se reconhece nesse momento haver uma emergência, mas que ocorre em outra dimensão de espaço-tempo no qual esses serviços, muitas vezes não conseguem acolher.

O problema aqui, se evidencia, a partir dessas tensões em que a lógica da emergência médico-psiquiátrica, continua como um imperativo na Atenção à pessoa em crise, mesmo nos CAPS, serviços que a priori teriam que trabalhar em uma perspectiva de superação paradigmática desse modelo.

Esses jogos de forças trazem, portanto, implicações e atravessam as práticas de cuidado dos trabalhadores que também são formados e subjetivados por ideais normativo-hegemônicos da sociedade em que se inserem, ao mesmo tempo esses ideais normativos não pressupõem um cuidado em liberdade para a pessoa em crise, o que acaba culminando em ciclos de desassistência à pessoa em crise, em que o CAPS ao não dar conta dessas situações, demanda dos serviços de emergência, onde, por sua vez, o acolhimento desses casos é invisibilizado pela própria característica prevalente dos atendimentos nesses espaços. O que acaba ocorrendo, em suma, é um vazio assistencial à pessoa em crise, em que nem o CAPS, nem a emergência conseguem abranger a complexidade dessas situações, resultando, muitas vezes, na internação psiquiátrica.

É preciso salientar, que a partir da portaria 3088/2011, tanto a atenção de urgência e emergência, quanto a atenção hospitalar são componentes da Rede de Atenção Psicossocial, mesmo havendo críticas ao modelo de cuidado operado nesses espaços, mas ao mesmo tempo reconhecendo a importância de se ter um acesso mais descentralizado e com uma capilaridade maior para o atendimento em saúde mental. Nessa perspectiva é preciso refletir sobre o papel dos CAPS, das emergências, dos hospitais gerais e dos demais componentes na rede no processo de Atenção à pessoa em crise, além disso, considero importante olhar para os entendimentos de modelo assistencial que estão articulados à essa dinâmica, pois pode-se colocar o CAPS apenas como mais um componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e não como o dispositivo ordenador do cuidado psicossocial, onde as pessoas em crise e os casos críticos devem ser atendidos. Segundo Souza (2010), essa lógica pode operar em um modelo de CAPS satélites, sem vida e impotentes, que gravitam seus processos de trabalho em torno da lógica hospitalar e

do manicômio. Ou seja, acredito que é preciso não apenas pensar nos pontos de Atenção da RAPS, mas nos modos e nas formas como se desenham as tessituras entre esses pontos. Por isso concordamos com Pitta (2011, p. 4582) ao referir que:

O enfrentamento do “modelo médico hegemônico”, tão decantado, vai significar uma clínica implicada de atenção à (pessoa em) crise e à cotidianidade dos sujeitos desempenhada por todos os integrantes de uma equipe de “serviços substitutivos” ao manicômio.

Nessa perspectiva considero fundamental estabelecer o CAPS como dispositivo estratégico para pensar o cuidado à pessoa em crise, ao mesmo tempo em que o cuidado à pessoa em crise no CAPS se constitui em um importante analisador do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira.

Pensando na complexidade dessas questões, proponho um olhar que supere o conceito de crise como crise em si mesma, como crise/doença, como crise/sofrimento, e possa se perceber na relação que estabelecemos com a pessoa que a vivencia, entendendo que a crise não é uma condição objetiva em si mesma, mas o que a tornamos na relação que estabelecemos. Por isso entendo que as situações de crise da pessoa que utiliza o CAPS não são fatos isolados, pertencentes apenas ao indivíduo e restritos a um conjunto de sintomas relacionados à doença ou transtorno mental, concordando com o pressuposto de que o problema não é a crise em si, mas o tipo de relação que se estabelece com a pessoa que a vivencia. Analogamente proponho olhar para as situações de crise como o que Guattari e Rolnik (2007) se referem aos sintomas:

Os sintomas são como pássaros que vêm bater o bico no vidro da janela. Não há que se interpretar. Antes de tudo, é preciso situar sua trajetória para ver se eles estão em condição de serem indicadores de novos universos de referência, que podem vir a adquirir uma consistência suficiente para provocar uma virada na situação. (GUATTARI; ROLNIK, 2007, p. 323).

Entender as situações de crise também como esses “pássaros que vêm bater o bico no vidro da janela” provoca a pensar processos, situar trajetórias, construir alternativas e modos de superação aos formatos já instituídos de lidar com a loucura, além disso, possibilita entender a crise não como um produto determinado por uma doença/sofrimento que é vivenciada por uma pessoa que se torna objetificada e simplificada sob a ótica da patologia, dos sintomas, do transtorno e do diagnóstico, mas como uma pessoa, com direitos, possibilidades de escolha e em uma condição legítima de existência.

É importante ressaltar, que não se está negando aqui a possibilidade de sofrimento e/ou a doença da pessoa que vivencia a crise e a possibilidade de utilizar esquemas da ordem psiquiátrica, mas apostando em uma outra ética de cuidado disponível ao outro. Isso quer dizer que é possível outras formas e outros modos de relação, que trilham os caminhos terapêuticos “junto com” e que sejam capazes de superar as lógicas tradicionais de cuidado, que possuem esquemas pré-definidos, protocolares e sempre sabem o que é melhor para o corpo e a vida do outro.

Por isso compreendo que essa crise não é crise por si mesma, mas que tem relação com a vida, seus contextos e histórias. Falo aqui de uma crise que faz prenúncio, que é habitada, manifesta, faz ver, faz falar, faz calar, faz sentir, expressa, simboliza... Uma crise que não é só do outro, mas nossa, que se faz na relação e com ela enuncia possibilidades nos corpos-potência em experimentação-existência.

Nesse sentido, tenho como primeiro pressuposto de que o CAPS deve ou deveria ser o dispositivo institucional ordenador do cuidado em saúde mental, onde se revelam as contradições no processo de Atenção à pessoa em crise, principalmente pelo fato de que se trata de um cenário estratégico onde modos operantes antagônicos coexistem e atuam entre si. Assim, entendo que o CAPS pode desempenhar um papel intercessor entre as práticas manicomiais e psicossociais no contexto da Reforma Psiquiátrica.

Corroborando a isso, tenho como segundo pressuposto que o cuidado à pessoa em crise está permeado por relações complexas e contraditórias que vão produzindo e constituindo as práticas dos trabalhadores do campo psicossocial. Nesse sentido, as relações contraditórias se expressam em saberes e práticas dos trabalhadores, de formas mais ou menos explícitas no cotidiano do serviço de saúde mental.

A partir disso, tenho como uma das possibilidades que tanto os trabalhadores que cuidam quanto as pessoas que vivenciam uma situação de crise passam por movimentos de recomposição de si na própria vivência e experiência do processo de cuidar e ser cuidado. E são nessas cenas do cotidiano que as contradições dos trabalhadores no processo de cuidado se revelam, o que pretendo descobrir e problematizar em meu estudo.

Assim tenho como terceiro pressuposto que as contradições presentes no processo de Atenção à pessoa em crise nos CAPS se materializam a partir de um conflito entre as diferentes concepções/paradigmas que coexistem no movimento das práticas em saúde mental.

Entendo, portanto, que no campo da saúde mental, por ser marcado por processos de conflitos, disputas e tensões, o processo de Atenção à pessoa em crise é o cenário privilegiado para discutir essas questões. É onde a materialização dos ideais da Reforma Psiquiátrica na perspectiva psicossocial convivem cotidianamente com resquícios de modos tradicionais de operação. É onde é possível que uma prática de cuidado que se proponha psicossocial esteja sustentada ou imersa em um contexto que se organiza a partir de uma lógica e de uma concepção psiquiátrica-manicomial.

Nesse sentido, considero que a contradição não é entre o que o trabalhador “sabe” e o que “faz” mas entre as concepções paradigmáticas entre o modelo manicomial e o psicossocial, que emergem e ao mesmo tempo sustentam, ‘o que deveria ser’ e “o que é feito”, uma vez que não há qualquer prática sem saber associado ou qualquer saber sem prática que o sustente, como afirma Costa-Rosa (2012).

Para Yasui (2008) e Costa-Rosa (2012), o conflito entre proposta e prática, intenção e gesto nos serviços de saúde mental produz uma tensão permanente, revelando as contradições entre os paradigmas psicossocial e psiquiátrico que sustentam os diferentes modos de cuidado existentes, que ao mesmo tempo também fundamentam os saberes-práticas dos trabalhadores em saúde. Para Costa-Rosa (2012), é possível afirmar a hipótese de que a contradição essencial das instituições de saúde mental no atual contexto político-social se expressa nesses dois paradigmas básicos: o psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador e o psicossocial, configurados e diferenciados a partir dos modos de organização de seus parâmetros constitutivos, de suas funções produtivas e de seus modos de produção.

Sobre esses aspectos, Pinho (2010b) refere que a constituição das equipes de saúde mental está permeada de desafios, contradições e potencialidades que vão conferindo o caráter dialético das práticas dos trabalhadores e construindo nesses processos uma cascata de possibilidades capazes de trazer à tona (ou não) novos discursos e resituar (ou não) o louco e a loucura na sociedade e no cotidiano dos serviços de saúde mental. Nesse sentido, para nós, falar sobre a saúde mental no processo de Atenção à pessoa em crise nos CAPS implica justamente situar esse campo de conflitos, contradições, tensões, escolhas e possibilidades que perpassam o cotidiano de práticas dos trabalhadores dos serviços de saúde mental.

Nesse contexto, considero que o processo e movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira, cumpre um papel fundamental não apenas na mudança dos

modelos assistenciais de Atenção à saúde mental, mas principalmente no processo de mudanças paradigmáticas que visam superar o modelo tradicional de cuidado baseado no princípio de doença-cura e na visão orgânica do processo saúde-doença. Seria dar um salto no sentido de encontrar um caminho de coexistência e de superação, de modo a confrontar processos hegemônicos e reposicionar o lugar do sujeito nessas situações.

4 REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO

Nesse capítulo abordarei o referencial teórico filosófico materialista dialético que orientou a produção do conhecimento nessa pesquisa, desde o método, os conceitos até a análise. Assim, organizei, num primeiro momento, uma breve genealogia do pensamento dialético para em seguida delinear algumas considerações sobre o método materialista dialético propriamente dito.

4.1 BREVE GENEALOGIA DO PENSAMENTO DIALÉTICO

A palavra dialética vem do grego *dialegein* que significa trocar palavras ou razões, conversar ou discutir. Daí o substantivo *dialectike* indicar a arte da discussão (FOULQUIÉ, 1979 *apud* SOUZA, 2003). Assim, na Grécia antiga a dialética era considerada a arte do diálogo e com o tempo tornou-se a arte de, no diálogo, produzir uma tese por meio de recursos argumentativos, capazes de definir e distinguir os conceitos envolvidos em torno de uma discussão (KONDER, 2008).

Heráclito de Éfeso foi um dos primeiros pensadores dialéticos da Grécia antiga, referia que tudo está em transformação, num total processo de mudança (KONDER, 2008). “Tudo muda tão rapidamente, dizia Heráclito, que não é possível banhar-se duas vezes num mesmo rio”. O movimento seria, pois, o atributo fundamental das coisas – sua substância. Para ele, “a realidade não é apenas Ser, ela não é, por igual, apenas Não Ser. A realidade é uma tensão que liga, Ser e não-Ser”.

Ao contrário de Heráclito, Parmênides, seu contemporâneo sustentava que o movimento era uma ilusão e a realidade algo imutável. Este filósofo foi o responsável pelo princípio de identidade, uma espécie de lei fundamental da filosofia ocidental, que pode expressar-se na forma: $A=A$, isto é, todo ente é igual a si mesmo, ou um objeto não pode ser ao mesmo tempo e sob o mesmo aspecto igual e diferente a si mesmo.

No entanto, este princípio de identidade é exatamente o que vai ser questionado pela filosofia dialética de Heráclito, o qual admite que um objeto pode ser, ao mesmo tempo, e sob o mesmo aspecto, igual e diferente de si mesmo, é o princípio da contradição. Temos, pois, em Heráclito os traços fundamentais da Dialética na antiguidade: dois polos que se excluem, tese e antítese⁵ (SOUZA, 2003).

⁵ O terceiro elemento – a síntese – só foi explicitado, tempos depois por Hegel.

Conforme refere Konder (2008), as ideias de Heráclito, no entanto não conseguiram ser aceitas na Grécia antiga, prevalecendo a concepção metafísica inaugurada por Parmênides, principalmente porque esta correspondia, aos interesses das classes dominantes, uma vez que ao se entender que nada muda, tanto os valores e conceitos como as instituições existentes, impedia-se que os homens cedessem à tentação de querer mudar o regime social vigente. A concepção dialética foi, pois, reprimida historicamente e empurrada para posições secundárias exercendo apenas uma influência limitada (KONDER, 2008).

Assim, mais um menos um século depois do nascimento de Heráclito, Aristóteles, um importante filósofo grego, conhecido como um dos fundadores da filosofia ocidental, reintroduz os princípios dialéticos em explicações dominadas pelo modo de pensar metafísico:

Aristóteles observou que nós damos o mesmo nome de movimento a processos muito diferentes, que vão desde o mero deslocamento mecânico de um corpo no espaço, desde o mero aumento quantitativo de alguma coisa, até a modificação qualitativa de um ser ou o nascimento de um ser novo. Para explicar cada movimento, precisamos verificar qual é a natureza dele. Segundo Aristóteles, todas as coisas possuem determinadas *potencialidades*; os movimentos das coisas são potencialidades que estão se atualizando, isto é, são possibilidades que estão se transformando em realidades efetivas. Com seus conceitos de ato e potência, Aristóteles conseguiu impedir que o movimento fosse considerado apenas uma ilusão desprezível, um aspecto superficial da realidade; graças a ele, os filósofos não abandonaram completamente o estudo do lado dinâmico e mutável do real. (KONDER, 2008, p.10).

Ao mesmo tempo, Aristóteles, cria sobre os princípios da identidade de Parmênides, a Lógica Formal que vai orientar o pensamento durante a Idade Média e parte da Idade Moderna. Dois dos princípios centrais da lógica aristotélica são a lei da não contradição e a lei do terceiro excluído. A lei da não-contradição diz que nenhuma afirmação pode ser verdadeira e falsa ao mesmo tempo (A nunca poderá ser igual a Não-A) e a lei do terceiro excluído que diz que qualquer afirmação da forma A ou Não A é verdadeira.

Entre o final do século XVIII e início do século XIX Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770-1831), por ter firmado o terceiro tempo da dialética – a síntese, se projeta como o criador da dialética moderna. Na acepção moderna a dialética significa o modo de pensarmos as contradições na sociedade, o modo de compreendermos a realidade como essencialmente contraditória e em permanente transformação (KONDER, 2008).

Em um sentido amplo, filosófico, que não se confunde com o sentido que a lógica formal confere ao termo, a contradição é reconhecida pela dialética como princípio básico do movimento pelo qual os seres existem. A dialética nesse sentido, não se contrapõe à lógica formal, mas vai além da lógica, desbravando um espaço que a lógica formal não consegue ocupar (KONDER, 2008).

Para Lefebvre (1991), a contradição lógica formal conserva os dois contraditórios à margem um do outro, ela não é mais que uma relação de exclusão. Enquanto tautologia, a identidade representa uma inclusão vazia. Já a contradição dialética, segundo o mesmo autor, é uma inclusão (plena, concreta) dos contraditórios, um no outro e, ao mesmo tempo, uma inclusão ativa.

Para Hegel, a dialética não poderia se restringir a uma afirmação/negação. Entendia nesse sentido que entre a positividade da tese e o negativo da antítese, deveria ser colocado a luva da síntese que, na visão hegeliana, se constituiria na integração do que há de bom na tese e o que há de bom na antítese. Assim, para a posição hegeliana, a dialética não é só afirmação e não é só contrariedade (SOUZA, 2003).

A ideia fundamental da dialética de Hegel está no entendimento de que as coisas são reais porque são pensáveis e o modo de entendê-las é, à semelhança de Kant, entender as leis do pensamento, sendo as leis do pensamento as leis da dialética, a realidade somente pode ser entendida pela dialética imposta pela razão à Natureza e à História, não tendo assim sido deduzidas como resultado de suas observações. O mundo, dessa forma, deveria adaptar-se a um sistema de ideias que, nada mais era do que o produto de determinada fase do desenvolvimento do pensamento humano (NASCIMENTO JUNIOR, 2000).

A posição idealista da dialética Hegeliana abriu caminho para o surgimento de uma posição materialista da dialética, que teve como principal expoente Karl Marx (1818-1883) e Friedrich Engels (1820-1895), “Marx escreveu que em Hegel a dialética estava, por assim dizer, de cabeça para baixo; decidiu, então, colocá-la sobre seus próprios pés” (KONDER, 2008, p. 26). Segundo Nascimento Junior (2000, p. 122-123), “a pergunta materialista dialética é: se o pensamento determina a realidade, o que determina o pensamento? a própria realidade”. Assim, o materialismo dialético eleva a crítica às posições idealistas, mantendo de Hegel seu método dialético de análise, mas retirando seu conteúdo metafísico, modificando/invertendo o papel do pensamento na determinação do real.

Totalmente ao contrário do que ocorre na filosofia alemã (de Hegel e seus seguidores), que desce do céu à terra, aqui se ascende da terra ao céu. Ou, em outras palavras: não se parte daquilo que os homens dizem, imaginam ou representam, e tampouco dos homens pensados, imaginados e representados para, a partir daí, chegar aos homens em carne e osso; parte-se dos homens realmente ativos e, a partir do seu processo de vida real, expõe também o desenvolvimento dos reflexos ideológicos e dos ecos desse processo de vida. E mesmo as formações nebulosas no cérebro do homem são sublimações necessárias do seu processo de vida material, empiricamente constatáveis e ligado a pressupostos materiais. Não é a consciência que determina a vida, mas a vida que determina a consciência. (MARX; ENGELS, 1996, p. 37).

Dessa forma, a concepção materialista dialética de Marx e Engels (1996) entende que a filosofia deveria partir da realidade concreta, dos homens ativos em seu processo de vida real e não de uma relação metafísica, suprassensível, uma vez que, na perspectiva materialista é a partir das relações com os outros homens e com a natureza que o homem constrói sua consciência e sua história.

Nesse sentido, conforme Lefebvre (2013), a concepção marxista se recusa a aceitar uma hierarquia exterior aos indivíduos (metafísica) e ao mesmo tempo não se deixa encerrar, como no individualismo, na consciência do indivíduo e no exame isolado dessa consciência. Assim, o materialismo dialético renova a ideia do homem e do humanismo ao lhes dar um sentido plenamente concreto.

Assim, entendo que trazer a tona essa breve genealogia da dialética auxilia no próprio entendimento do método materialista dialético assim como para a análise das contradições do real no movimento da Atenção à pessoa em crise no CAPS a partir dos seus trabalhadores que estarão diretamente envolvidos nas práticas de cuidado e vivenciando no cotidiano essas contradições.

4.2 ABORDAGEM TEÓRICO METODOLÓGICA

A dialética - observa o filósofo brasileiro Gerd Bornheim – “é fundamentalmente contestadora.” Ninguém conseguirá jamais domesticá-la. Em sua inspiração mais profunda, ela existe tanto para fustigar o conservadorismo dos conservadores como para sacudir o conservadorismo dos próprios revolucionários. O método dialético não se presta para criar cachorrinhos amestrados. Ele é, como disse o argentino Carlos Astrada, “semente de dragões”. (KONDER, 2008, p. 85).

Para atingir os objetivos propostos nesse estudo foi utilizado o método de

abordagem⁶ dialético na perspectiva materialista a partir de uma releitura marxista. A escolha e utilização desse método vai ao encontro das pretensões da pesquisa: as contradições da Atenção à pessoa em crise em um CAPS a partir de uma análise que possibilitasse olhar para os processos, conflitos e possibilidades presentes no movimento da Atenção à pessoa em crise, no cotidiano de práticas dos trabalhadores. A abordagem dialética nessa perspectiva, oferece a possibilidade de compreensão do movimento da prática destes trabalhadores, nunca de forma acabada ou estática, mas sempre em movimento e transformação.

O método materialista dialético marxista pressupõe, nesse sentido, uma análise da realidade que busca apreender o conjunto de conexões internas da coisa, de seus aspectos, o desenvolvimento e movimento próprios (LEFEBVRE, 1991) a partir da compreensão dos diferentes elementos sociais interligados a uma mesma totalidade, respeitando a historicidade e as contradições contidas nesse processo.

Para Marx (1983, p. 20), “a pesquisa tem de captar detalhadamente a matéria, analisar as suas várias formas de evolução e rastrear as suas conexões internas” e, assim, “só depois de concluído esse trabalho é que se pode expor adequadamente o movimento real”.

Assim, tomando por base a ideia de constante movimento, os objetos são entendidos como em íntima interação, sendo o objetivo do método dialético o desvelamento dessas interações a fim de que se possa compreender a dinâmica dos fenômenos. Dentro dessa concepção, nenhum objeto pode ser adequadamente analisado se isolado do contexto em que está inserido. Negligenciando-se esse procedimento, não é possível uma correta apreensão do concreto, pois este seria tomado como uma mera soma de dados parciais. Ao contrário, o que o método dialético busca é produzir sínteses de abstrações, investigando a totalidade concreta da realidade, analisando cada fenômeno social como inserido dentro dessa totalidade. Com isso, busca-se captar os fenômenos como concretudes históricas, e não como fatos em si ou apenas ideias sobre os fatos (SKALINSKI, 2003)

Para Lefebvre (1991), o método dialético aplica-se à vida e à arte: tanto à vida individual e cotidiana quanto à mais refinada vida estética. Não perde de vista o fundamento do ser humano na natureza e na prática, na vida econômica e social e

⁶ Segundo Marconi e Lakatos (2010), o método de abordagem compreende as inspirações filosóficas, com característica mais ampla e um grau maior de abstração, engloba o método indutivo, dedutivo, hipotético-dedutivo e o método dialético.

por não perder jamais de vista esse fundamento, refere o autor, o método materialista dialético introduz ordem e clareza nos domínios mais afastados da prática imediata e da ação.) Lefebvre (1995 *apud* CAMPOS, 2000, p. 223) refere que o autor defendia pelo menos quatro exigências para um bom método de pensar a vida:

Primeira, o pensamento deveria sempre lidar com ambos os termos que a metafísica ou o objetivismo têm procurado separar. Assim, haveria que se descobrir relações entre o ser e o mundo, o social o individual, entre essência e aparência, entre tudo e nada. Portanto, estaria vedado optar e não optar, de modo transcendente, por um dos extremos dessas polaridades. Em segundo lugar, o pensamento somente se afirmaria como movimento, sendo, portanto, sempre, incompleto. Se nem isso fosse esvaziado de qualquer verdade, jamais também portaria toda a verdade sobre as coisas. Terceiro, seria importante considerar o caráter contraditório inerente ao pensar e ao agir, exatamente porque a partir de deslocamentos sucessivos entre os termos dessa polaridade seria possível estabelecer-se alguma crítica ao modo como um dado processo se desenvolveu.

Assim, nas pesquisas que utilizam o método dialético o pesquisador apreende o objeto de estudo, a partir de uma base concreta da realidade social, analisa as partes que compõem este objeto por meio de uma abstração, descobrindo suas variantes, conexões, determinantes, procede a síntese, ainda por meio de abstração e, por último, coloca novamente na realidade social o objeto estudado. Dessa maneira, a dialética norteia a pesquisa integralmente, porque é uma metodologia para compreender o objeto em suas múltiplas determinações (SKALINSKI, 2003).

Nesse sentido, conforme Konder (2008), o pensamento na pesquisa dialética é obrigado a identificar, com esforço, gradualmente, as contradições concretas e as mediações específicas que constituem o “tecido” de cada totalidade, que dão “vida” a cada totalidade. O mesmo autor refere que para podermos ir além das aparências e penetrar na essência dos fenômenos – precisamos realizar operações de síntese e de análise que esclareçam não só a dimensão imediata (que nós percebemos imediatamente) como também, e sobretudo, a dimensão mediata delas (que a gente vai descobrindo, construindo ou reconstruindo aos poucos).

A constituição de um saber dentro de um estudo orientado pelo método materialista dialético busca apreender o movimento dos fenômenos, entendendo-os como em um constante devir. Assim, tudo que existe é tomado como em movimento, não existindo nada que esteja parado. Esse movimento se daria a partir das contradições que se constituem social e historicamente, ou seja, a contradição seria o princípio motor do ininterrupto devir dos fenômenos. Portanto parte-se da noção de que qualquer fenômeno traz, em seu bojo, elementos contraditórios que, de alguma

maneira, confrontam-se buscando uma solução, no entanto nunca chegando a uma resolução definitiva. Isso porque mesmo a solução também já traz em si forças antagônicas que a seu tempo se manifestarão e exigirão uma nova síntese (SKALINSKI, 2003).

O método dialético busca, portanto, captar a ligação, a unidade, o movimento que engendra os contraditórios, que os opõe, que faz com que se choquem, que os quebra ou os supera (LEFEBVRE, 1991). Considerando esses aspectos, o mesmo autor refere que é na contradição que se encontra a raiz, o fundamento de todo movimento, ao mesmo tempo em que as próprias contradições em certo sentido, resultam de um movimento profundo, que as condiciona e atravessa. Para Marx (2008), o que constitui o movimento dialético é a coexistência de dois lados contraditórios, sua luta e sua fusão em uma categoria nova. Por isso pôr apenas o problema de eliminar o lado mau, interrompe o movimento dialético.

A partir, disso, a contradição, uma das categorias do método dialético, será no contexto dessa pesquisa, elemento norteador para a análise e compreensão do fenômeno a ser estudado. Buscaremos nesse sentido, conhecer essa realidade e o movimento da Atenção à pessoa em crise no CAPS a partir das contradições e dos elementos contraditórios presentes nesse processo.

5 ASPECTOS OPERACIONAIS DE PESQUISA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Para abarcar os objetivos propostos da pesquisa, buscando conhecer em profundidade as complexidades envolvidas no fenômeno estudado, a luz do referencial materialista dialético, realizei uma pesquisa de natureza qualitativa, a partir de um estudo de caso. Segundo Minayo (2003), a pesquisa qualitativa permite se trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, entendidos como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

Para Sampiere (2013), a pesquisa qualitativa objetiva o aprofundamento em determinados fenômenos a partir dos participantes envolvidos, empenhando-se, conforme Silverman (1995), na construção não estruturada dos dados a partir do significado da ação social, na perspectiva dos envolvidos. A pesquisa qualitativa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais.

Articulada a proposta de pesquisa qualitativa, o estudo de caso visa conhecer em profundidade o como e o porquê de uma determinada situação que se supõe ser única em muitos aspectos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico (FONSECA, 2002). Nesse sentido, o estudo de caso “investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especificamente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes” (YIN, 2001, p. 39).

Para um estudo de caso são necessários cinco componentes: questões do estudo, proposições, unidade de análise, coerência que une os dados às proposições e critérios para interpretação dos dados. O estudo de caso se constitui em uma vantagem diferenciada quando uma pergunta “como” ou “por que” é feita sobre um evento contemporâneo e sobre algo que o pesquisador tem pouco ou nenhum controle (YIN, 2001).

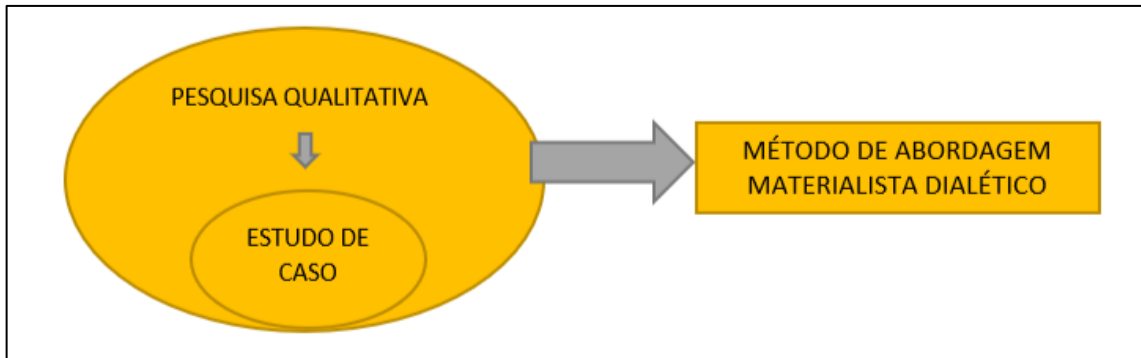


Figura 1 – Delineamento do tipo de estudo
Fonte: elaborado pela autora (2017).

5.2 O CENÁRIO E OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

O estudo foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) de um distrito sanitário do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), Brasil. Porto Alegre é a capital do Rio Grande do Sul, possui 1.409.351 pessoas. Os serviços do SUS de Porto Alegre estão distribuídos nos territórios dos 17 Distritos Sanitários (DSs), que formam as Gerências Distritais (GDs). Os DSs são: Ilhas, Humaitá/Navegantes, Centro, Noroeste, Norte, Eixo Baltazar, Leste, Nordeste, Glória, Cruzeiro, Cristal, Sul, Centro-Sul, Paternon, Lomba do Pinheiro, Restinga e Extremo-Sul.

As GDs são estruturas administrativas e gestoras regionais e também espaços de discussão e prática onde são operacionalizadas todas as estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS. Na cidade, estão distribuídas em oito regiões de saúde, que são:

- a) Centro;
- b) Noroeste / Humaitá / Navegantes / Ilhas;
- c) Norte / Eixo Baltazar;
- d) Leste / Nordeste;
- e) Glória / Cruzeiro / Cristal;
- f) Sul / Centro-Sul;
- g) Paternon / Lomba do Pinheiro;
- h) Restinga /Extremo-Sul.

As GDs são compostas por Unidades de Saúde, Centros de Especialidades e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos.

A Rede de Atenção Psicossocial do município se organiza a partir dos distritos

sanitários e conta com serviços nos diferentes pontos de atenção, conforme as Figuras 2 e 3.

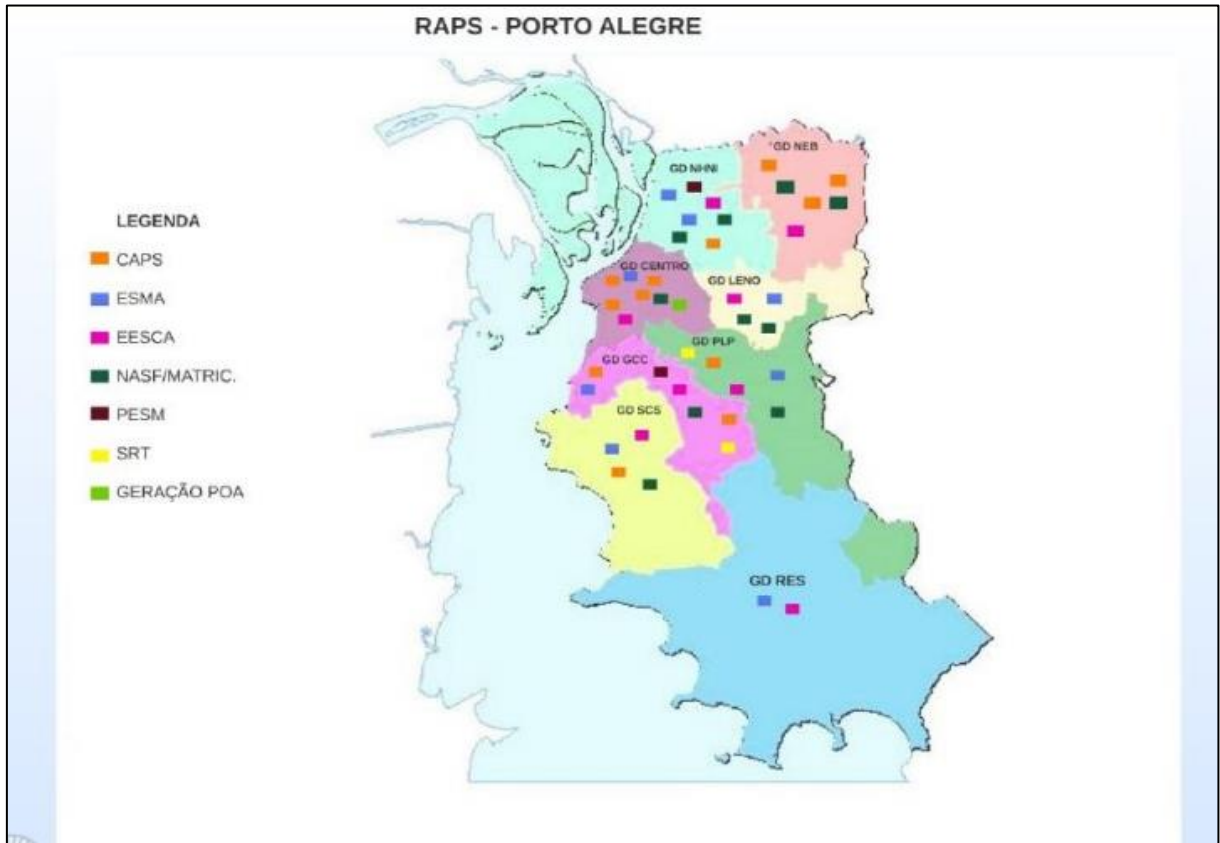


Figura 2 – Expansão da RAPS em 2016

Fonte: Prefeitura de Porto Alegre, Saúde mental: diagnóstico e processo de expansão da RAPS (2016).

Baixa Complexidade	Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde/ESF	141 / 211
		Consultório na Rua	02
		Centro de Convivência e Cultura	-
		Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Equipe Matriciamento	09 + Matriciamento nas GDs
Média Complexidade	Atenção Psicossocial Ambulatorial	Equipe de Saúde Mental Adulto	08
		Equipe Especializada Saúde Criança/Adolescente	08
		Ambulatório Especializado Hospital Geral	03
	Atenção Psicossocial Estratégica	CAPS AD III e II	03 / 02
		CAPS II	04
		CAPSi	03
	Estratégia de Reabilitação Psicossocial	Oficina de Trabalho e Geração de Renda	01
Alta Complexidade	Atenção de Urgência e Emergência	Pronto Atendimento de Saúde Mental	02
		SAMU 192	SIM
	Atenção Hospitalar	Enfermaria Especializada/Leitos em Hospital Geral	183
		Unidade de Acolhimento	-
	Atenção Residencial de Caráter Transitório	Comunidade Terapêutica	02
		Serviço Residencial Terapêutico	02
Estratégia de Desinstitucionalização	Programa de Volta para Casa	102 (Pessoas beneficiárias)	

Figura 3 – Diagnóstico da expansão da RAPS em 2016

Fonte: Prefeitura de Porto Alegre, Saúde mental: diagnóstico e processo de expansão da RAPS (2016).

Os participantes da pesquisa foram 11 trabalhadores de um CAPS II. Assim, a pesquisa nesse cenário tendo como participantes os trabalhadores, possibilitou olhar para o movimento da Atenção à pessoa em crise de uma maneira ampliada, abrangendo os objetivos propostos nessa pesquisa. A escolha do cenário em ser um CAPS II se dá em virtude de o município de Porto Alegre não possuir CAPS III (saúde mental), que seriam os serviços mais indicados para a Atenção à pessoa em crise, no entanto a escolha do CAPS II possibilitou olhar justamente para essas contradições na Atenção à pessoa em crise a partir da realidade da RAPS do município.

5.3 VIVÊNCIA DE PROCESSOS E PRODUÇÃO DE DADOS

Por entender que a produção do conhecimento a partir do referencial teórico metodológico do materialismo dialético se constitui no movimento da vida e de maneira processual, percebi que estaria sendo controversa ao utilizar apenas a expressão coleta de dados. Nesse sentido, visualizei a necessidade de aprimorar qualitativamente a forma de escrita, apostando, por isso, em uma linguagem que possibilite a aproximação com a filosofia ético política que fundamenta o materialismo dialético e encontro no termo “vivência de processos e produção de dados” uma possibilidade para avançar nesses aspectos.

Assim, para vivenciar os processos no campo de pesquisa e produzir os dados⁷, inicialmente entrei em contato com a equipe do CAPS para realizar um primeiro movimento de conversa com os participantes do estudo, apresentando a proposta e fazendo as pactuações do estudo, que puderam ser modificadas e revistas ao longo do processo de pesquisa.

Para a produção de dados realizei duas etapas. Na primeira etapa foi agendada uma roda de conversa com os trabalhadores do serviço, que aceitaram participar, afim de responder a seguinte questão norteadora: o que você entende por crise?⁸ Essa roda de conversa foi realizada no próprio serviço no momento da reunião de equipe conforme combinado anteriormente. Esse momento teve por objetivo produzir

⁷ Após aprovação prévia pela equipe do CAPS, gestão Municipal e Comitês de Ética.

⁸ Apesar de centrarmos a questão norteadora na crise, entendemos que isso não prejudicará a abordagem e o cuidado com que temos tratado do tema da Atenção à pessoa (em crise). Entendemos que ao abordar nessa primeira etapa a crise especificamente permitirá potencializar o olhar para o objetivo do estudo: analisar as contradições da Atenção à pessoa em crise no CAPS, sendo, portanto, uma etapa importante na construção da crise como esse dispositivo para olhar para a Atenção.

aproximações das concepções de crise que a equipe possui. A roda de conversa foi gravada e, posteriormente, transcrita e analisada. Após iniciamos a segunda etapa da produção de dados na qual foram realizadas entrevistas individuais e semiestruturadas sobre o tema da Atenção à pessoa em crise no CAPS.

A observação participante teve por objetivo acompanhar o processo de trabalho no serviço na Atenção à crise, ou seja, o objetivo foi observar o que os trabalhadores fazem em termos de encaminhamentos, fluxos, acompanhamento que o serviço proporciona. Interessava saber na observação como aconteciam esses fluxos e não especificamente o atendimento à uma situação singular de um usuário, no entanto considerou-se, a partir de um cuidado ético de pesquisa, o consentimento do usuário em crise nessa observação. Caso houvesse essas situações seria solicitado ao usuário, no momento da situação de crise, o acompanhamento de seu atendimento no serviço. A observação só seria realizada se o usuário aceitasse. Para validar as observações realizadas, após a estabilização do usuário⁹, ele seria convidado a participar da pesquisa, concordando que os dados produzidos na observação de sua situação de crise pudessem ser utilizados nesta pesquisa. Para tanto contou-se com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) ao usuário. Caso não aceitasse, a observação realizada seria automaticamente excluída. Para registro, seria utilizado um diário de campo e um roteiro de observação (APÊNDICE B). No entanto, nas observações que realizei no serviço, não foram identificados casos de pessoas em situação de crise. Aqui cabe salientar um dos limites que tive para realizar a pesquisa, pois não consegui ficar no serviço todo o tempo que previ no projeto, eram para ser 200 horas de observação e consegui ficar apenas 20 horas no serviço, pois fui chamada para assumir vaga de concurso público e não consegui liberação para realizar as observações previstas na pesquisa, nesse sentido conseguia ficar apenas duas horas por dia no serviço nas quintas-feiras pela manhã e algumas terças-feiras.

Assim, para vivenciar os processos no campo de pesquisa e produzir os dados¹⁰, inicialmente entrei em contato com a equipe do CAPS para realizar um primeiro movimento de conversa com os participantes do estudo, apresentando a proposta e fazendo as pactuações do estudo, que puderam ser modificadas e revistas

⁹ A estabilização do usuário seria avaliada pela pesquisadora e pela equipe, podendo demorar dias e até meses. Assim, atentamos para todo o cuidado e atenção na abordagem para a etapa do TCLE, a fim de que a conversa com o usuário nesse momento fosse respeitosa com a sua situação vivida. Caso não aceitasse, a observação seria automaticamente excluída.

¹⁰ Após aprovação prévia pela equipe do CAPS, gestão Municipal e Comitês de Ética.

ao longo do processo de pesquisa.

Para a produção de dados realizei uma vivência no serviço acompanhando dois grupos terapêuticos que acontecem nas quintas-feiras, participei de algumas discussões de caso e pude acompanhar uma reunião da RAPS da gerência distrital em que o CAPS II em estudo se encontra. Essa vivência possibilitou a aproximação com os processos de trabalho da equipe e da rede. O processo de pesquisa no campo foi do final do mês de outubro de 2018 a dezembro de 2018.

As entrevistas ocorreram em duas etapas: na primeira etapa foi agendada uma roda de conversa com os trabalhadores do serviço, afim de responder a seguinte questão norteadora: o que você entende por crise?¹¹ Essa roda de conversa, que foi realizada no próprio serviço no momento da reunião de equipe, conforme combinado anteriormente, contou com a participação de 11 trabalhadores (que são identificados na pesquisa como RCT01, RCT02... RCT07). Esse momento teve por objetivo produzir aproximações das concepções de crise que a equipe possui. A roda de conversa foi gravada, transcrita e analisada. Após iniciamos a segunda etapa da produção de dados na qual foram realizadas, entrevistas individuais e semiestruturadas sobre o tema da Atenção à pessoa em crise no CAPS.

As entrevistas individuais foram realizadas com seis trabalhadores do CAPS a partir de um roteiro semiestruturado (APÊNDICE D) afim de colocar em evidência a voz desses trabalhadores em relação ao tema e ao objeto de estudo, para esse momento foi utilizado gravador. As entrevistas foram transcritas e analisadas. Os trabalhadores entrevistados foram identificados com codinomes (T01, T02, T03, T04, T05, T06) afim de manter o sigilo das informações pessoais. O trabalhador 01 das entrevistas individuais é o mesmo trabalhador T01 na roda de conversa (RC) e os trabalhadores que estavam na roda de conversa, mas não participaram das entrevistas individuais foram identificados a partir do RCT07. Participaram da pesquisa duas psicólogas, duas terapeutas ocupacionais, 03 médicas psiquiatras, 01 enfermeira, 02 técnicas de enfermagem, 01 segurança.

Nesses momentos da produção dos dados foram explicados os objetivos da

¹¹ Apesar de centrarmos a questão norteadora na crise, entendemos que isso não prejudicará a abordagem e o cuidado com que temos tratado do tema da Atenção à pessoa (em crise). Entendemos que ao abordar nessa primeira etapa a crise especificamente permitirá potencializar o olhar para o objetivo do estudo: analisar as contradições da Atenção à pessoa em crise no CAPS, sendo, portanto, uma etapa importante na construção da crise como esse dispositivo para olhar para a Atenção.

pesquisa e os aspectos éticos que envolviam a participação dos participantes e os compromissos do pesquisador.

A análise documental foi realizada a partir de documentos oficiais e produzidos pela equipe, foram utilizados como documentos as políticas de saúde mental do Ministério da Saúde e alguns arquivos históricos do CAPS II em estudo a fim de abranger de forma mais ampla as complexidades e os movimentos do processo de cuidado.

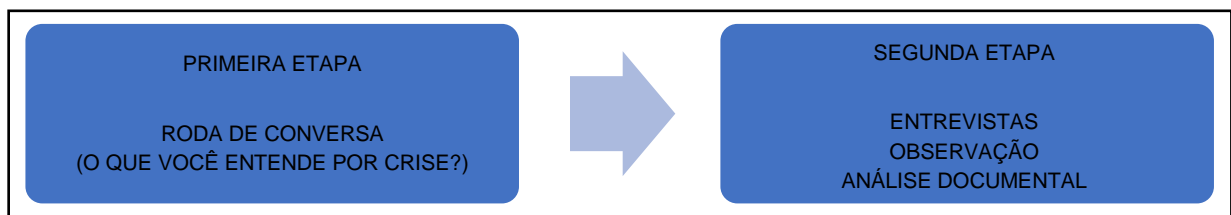


Figura 4 – Etapas da produção de dados
Fonte: elaborado pela autora (2018).

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão e exclusão foram aplicados e pensados tendo em vista três dimensões da pesquisa: a observação, as entrevistas e a consulta documental.

Para a observação seriam incluídas as situações em que fosse visualizado e identificado pela equipe e pela pesquisadora como uma situação em que a pessoa que utiliza o CAPS estivesse vivenciando uma crise.

Aqui cabe ressaltar que as pessoas envolvidas nessas situações de Atenção à pessoa em crise não seriam identificadas, a fim de que se pudesse superar uma observação que pessoalizasse e julgasse as práticas dos trabalhadores e pudesse ser analisado os processos e as relações presentes no movimento da Atenção à pessoa em crise identificando seus desafios, contradições, tensões e possibilidades.

Para as entrevistas foram incluídos todos os trabalhadores de diferentes níveis de escolaridade, que aceitaram participar, fossem eles novos ou antigos no serviço, pois cada trabalhador, independentemente do tempo em que estivesse trabalhando no CAPS e da função que exercesse, contribuiu com sua voz, sua visão e experiência sobre o processo de cuidado à pessoa em crise e foi válido para a processo qualitativo de análise.

Foram incluídos para a consulta documental as políticas e portarias de saúde mental do Ministério da Saúde bem como arquivos históricos do CAPS II.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS PRODUZIDOS E DOS PROCESSOS VIVIDOS

Após a vivência dos processos no campo de estudo e a produção dos dados a partir dos instrumentos da pesquisa, realizei a análise dos dados produzidos a luz do referencial teórico materialista dialético de tradição marxista.

Assim, para auxiliar na análise das entrevistas foi utilizada a técnica de análise de conteúdo do tipo temática: “O desenvolvimento da Análise Temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.” (MINAYO, 2007, p. 209).

A análise temática proposta pela autora é constituída por três etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e Interpretação. A etapa da pré-análise compreende a leitura flutuante, constituição do corpus e a formulação e reformulação dos pressupostos. Para a leitura flutuante foi necessário o contato direto e intenso com o material produzido, momento no qual surgiram relações entre os pressupostos iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema. Segundo Minayo (2007), durante a etapa da exploração do material, o investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. A categorização, consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas. A partir daí, são propostas inferências e realiza-se interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abrindo outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugerida pela leitura do material (MINAYO, 2007).

Na segunda fase que foi criada uma codificação chamada de “unidade de informação”. Esta corresponde a frases, fragmentos ou tópicos que indicavam dentro de cada entrevista informações e ideias específicas. Deste modo, o Quadro 1 exemplifica a construção de unidade de informação da entrevista de número 01.

FRAGMENTO DA ENTREVISTA	UNIDADE DE INFORMAÇÃO
-------------------------	-----------------------

<p>E todo mundo se compromete junto, todo mundo entra junto. Então geralmente quando tem uma decisão [de um dos] profissionais que atendem, toda a equipe decide junto, né? E isso é um diferencial no CAPS, assim, que as pessoas discutem qualquer coisa, desde uma pequena entrada para uma oficina, sei lá, uma mudança de medicação, porque não está se adaptando... tudo isso é discutido junto, né? Eu acho isso muito legal, assim. (T01)</p>	<p>E todo mundo se compromete junto, todo mundo entra junto. E isso é um diferencial no CAPS. (T01)</p>
---	---

Quadro 1 – Unidade de informação
Fonte: elaborado pela autora (2018).

Foram realizadas em todas as entrevistas as unidades de informação correspondentes a cada uma delas e após elas foram agrupadas de acordo com sua semelhança de sentido, formando assim as unidades de significado. No Quadro 2 é possível ver um exemplo de unidades de significado:

UNIDADE DE INFORMAÇÃO AGRUPADA	UNIDADE DE SIGNIFICADO
<p>E todo mundo se compromete junto, todo mundo entra junto. E isso é um diferencial no CAPS. (T01)</p> <p>Nada é resolvido sozinho, a gente tem uma única sala, você viu ali, que fica uma mesa grande, tudo é resolvido ali. A gente consegue atender bem em equipe. Isso é um diferencial, eu acho. (T03)</p> <p>É porque é interdisciplinar, entendeu? Essa equipe me mostrou que tripa é tripa, coração é coração. (T04)</p> <p>“Ah, tem que dar um jeito” e aí eu fui aprendendo com essa equipe que a gente não pode querer ser salvador da pátria. Quando tudo é prioridade, nada é prioridade. (T04)</p> <p>Criou dispositivos muito legais de sobrevivência e de superação. Então eu acho que na crise, essa equipe aqui também funciona desse jeito (T04)</p> <p>E a gente está junto, entende? Todos conhecemos os casos. Então [...] a gente troca muitas informações. (T05)</p> <p>Não é qualquer pessoa que sabe trabalhar em equipe. Eu acho que as pessoas que sabem trabalhar em equipe ganham muito com isso, aprendem muito. A gente aprende muito com os pacientes. [...] Isso é muito importante e tem que ser valorizado. Mas, assim, não é qualquer pessoa que consegue trabalhar em equipe multidisciplinar. (T05)</p> <p>A gente procura ser mais ágil, entende? Justamente para evitar a crise, que é o mais importante. Não é o atendimento da crise, e sim evitar a crise. Claro que se a crise vier ok, né? (T05)</p>	<p>O atendimento à crise requer de uma organização do trabalho em equipe: “dá agilidade, é um diferencial” (T01, T02, T04, T05)</p>

Quadro 2 – Unidade de significado
Fonte: elaborado pela autora (2018).

Deste modo, a partir das falas produzidas nas entrevistas com os trabalhadores

do CAPS e do trabalho analítico das unidades de significado, foi possível desvelar duas categorias empíricas da pesquisa, a primeira intitulada processo de trabalho na atenção à pessoa em crise no CAPS II: as entrelinhas do cuidado e suas contradições e a segunda desafios e potencialidades no processo de atenção à pessoa em crise: entre o CAPS e a RAPS.

A primeira categoria responde ao objetivo principal do trabalho e a segunda aos objetivos específicos. A síntese final do processo analítico está exposta no Quadro 3. Deste modo, a partir da criação das categorias empíricas, foi realizada a discussão e análise dos dados, orientadas pelos pressupostos teórico-filosóficos da pesquisa e do debate teórico que envolve as políticas públicas de saúde e saúde mental.

UNIDADES DE SIGNIFICADO AGRUPADAS	UNIDADE TEMÁTICA	CATEGORIA EMPÍRICA
<p>Concepções da equipe sobre crise (T02, T03, T05)</p> <p>Sinais/ pródromos da crise (T02, T04, T05)</p>	<p>Concepções de crise: o antes, o durante e o depois</p>	<p>ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO À PESSOA EM CRISE NO CAPS II: AS ENTRELINHAS DO CUIDADO E SUAS CONTRADIÇÕES</p>
<p>Manejo da equipe em relação a pessoa em crise (T02, T03, T04, T05, T06)</p> <p>Relação do trabalhador com a pessoa em crise (T04, T05)</p> <p>A relação da equipe na Atenção à pessoa em crise (T01, T02, T04, T05)</p>	<p>A crise e relações de cuidado: o encontro trabalhador usuário</p>	
<p>Potencialidades do cuidado à pessoa em crise no CAPS (T02, T04)</p> <p>Desafios do cuidado na rede de atenção psicossocial (T02, T04)</p>	<p>O CAPSII e a pessoa em crise: a estrutura, o espaço e o tempo</p>	<p>DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO PROCESSO DE ATENÇÃO À PESSOA EM CRISE: ENTRE O CAPS E A RAPS</p>
<p>Dificuldades no processo de atenção à pessoa em crise no CAPS II (T02, T03, T04, T05, T06)</p>	<p>O trabalho em rede: desafios da articulação intersetorial</p>	

Quadro 3 – Categorias
Fonte: elaborado pela autora (2018).

As categorias encontradas nessas etapas foram utilizadas como elementos de mediação entre os Processos e produtos originados pela estrutura socioeconômica e cultural do macro organismo social, numa perspectiva de análise articulada e

ampliada, que pudesse estar em consonância com a complexidade da questão de pesquisa e da abordagem materialista dialética.

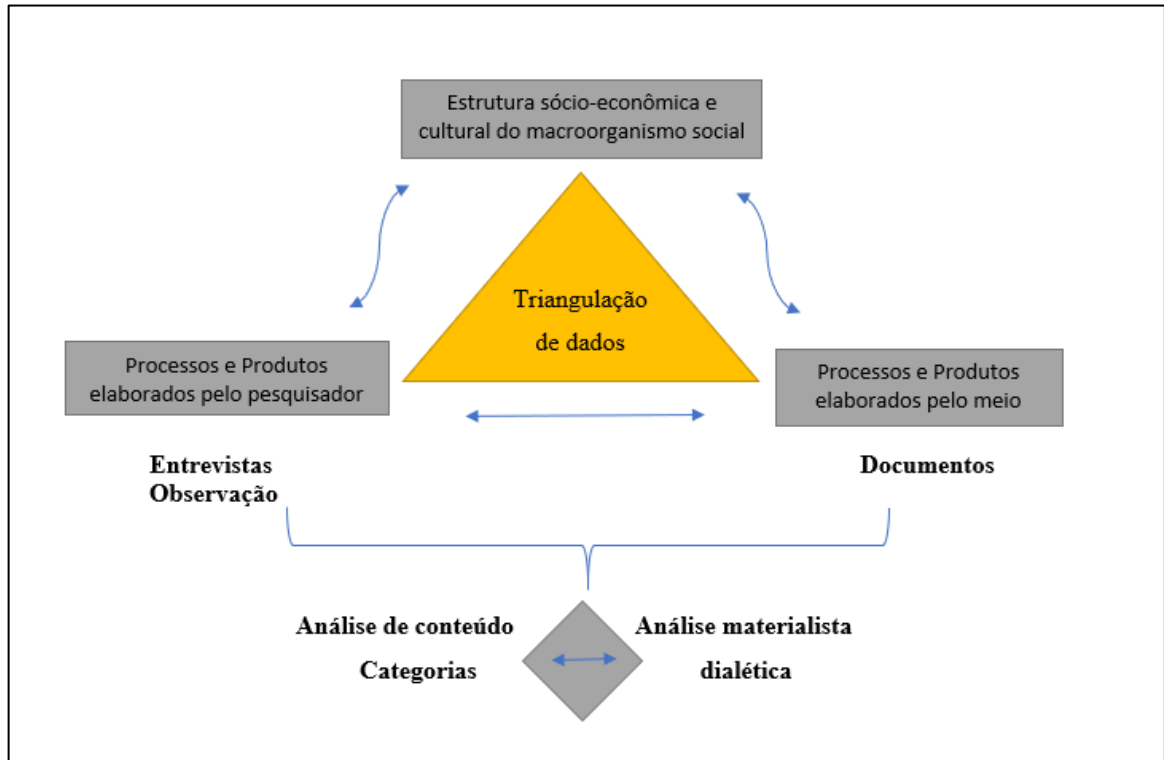


Figura 5 – Delineamento do processo de análise dos dados produzidos
Fonte: elaborado pela autora (2017).

5.6 ASPECTOS ÉTICO-POLÍTICOS DE PESQUISA

Este estudo respeitou todos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012), e a Resolução 510/2016 (BRASIL, 2016), que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que se utilizam de metodologias próprias dessas áreas, assim como os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (2007). Contou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), no qual a pesquisadora comprometeu-se a preservar a privacidade dos participantes e o sigilo das informações produzidas, comprometendo-se, igualmente, com o armazenamento das informações em um banco de dados utilizado única e exclusivamente para a pesquisa. O termo foi assinado pelos participantes em duas vias, uma para o participante e a outra para a pesquisadora.

Para que esta pesquisa fosse efetivada e pactuada, o projeto foi enviado para

apreciação da equipe do CAPS e da Secretaria Municipal de Saúde, em que foi assinada carta de anuência autorizando a realização da pesquisa no serviço. Posteriormente, foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) por meio da Plataforma Brasil e obteve sua aprovação (ANEXO A). A produção de dados e a vivência dos processos de campo iniciaram ao final desta última etapa. Aqui saliento uma das dificuldades da pesquisa, já que o comitê de ética do município se encontrava em greve no período em que enviei o projeto, assim a pesquisa ficou no comitê de ética do município do mês de maio até o final do mês de outubro.

No campo de estudo, junto com os participantes da pesquisa produzimos e estabelecemos essa mesma relação ética e sensível, respeitando os limites do processo de pesquisa. Destaco que essa pesquisa não conferiu riscos ou danos físicos aos seus participantes pois não foram utilizados procedimentos invasivos e/ou dolorosos. Se em m caso das perguntas, no momento da entrevista, acarretassem em choro, tristeza, constrangimento ou outros desconfortos emocionais a entrevista seria imediatamente interrompida e seria disponibilizada escuta e acolhida do participante, fato que não ocorreu no processo de produção de dados.

Considero, por fim que o resultado dessa pesquisa trará contribuições para o processo de trabalho desses trabalhadores na Atenção à pessoa em crise no CAPS, possibilitará uma visibilidade maior do trabalho realizado na experiência de CAPS no Rio Grande do Sul abarcando os desafios, contradições e possibilidades vivenciadas pelos seus trabalhadores na Atenção à pessoa em crise, assim como contribuirá para o fortalecimento das práticas de cuidado no campo da Atenção Psicossocial.

5.7 VICISSITUDES DO PROCESSO DE PESQUISA

Aqui julguei necessário realizar esse subcapítulo colocando as minhas limitações no processo de pesquisa e da caminhada no pesquisar, pois não foi um período fácil, tive muitas dificuldades nessa trajetória que foram engendradas pelas complexidades que é viver.

Pesquisar para mim sempre foi um sonho, tanto que quando passei no mestrado assumi essa responsabilidade como única, me dediquei ao projeto de pesquisa de maneira exclusiva e considero que cresci muito com o fazer e pensar o projeto, cresci muito com as considerações da banca de qualificação do mestrado que me oportunizaram refletir os caminhos para a pesquisa de campo.

Após esse processo, enviei o projeto aos comitês de ética, na qual tive uma experiência muito interessante de trocas e de pensar o cuidado com os participantes e o serviço da pesquisa, tive algumas dificuldades no entanto com o tempo de espera no comitê de ética do município de Porto Alegre pois foi um período em que os servidores estavam em greve e foi muito demorado esse processo pois o projeto ficou no comitê de ética do mês de maio até ser aprovado no final do mês de outubro. Foram cinco meses de angústia, de espera em que me sentia paralisada por não poder iniciar a pesquisa.

Nesse meio tempo, fui chamada para assumir uma vaga temporária de concurso no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, na internação psiquiátrica, nesse processo pude vislumbrar outras perspectivas na saúde mental, pude desconstruir muitos preconceitos que tinha com a internação e amadurecer meu olhar. Foi um processo de transformação na minha visão e na minha forma de ser no mundo e processos de transformação nem sempre são tranquilos, trazem consigo um turbilhão de questionamentos, um questionar-se e duvidar-se de si mesmo, um campo de incertezas e inseguranças que me atravessaram nesse período.

Em setembro fui chamada para assumir uma vaga efetiva do concurso para o Instituto Municipal de Estratégia de Saúde Família de Porto Alegre e aí veio outra mudança, outros processos de trabalho, muitas responsabilidades, o inserir-se num novo mundo de trabalho que não é só o da saúde mental. Nesse mesmo tempo em final de outubro o projeto foi aprovado. Estava em processo de avaliação no Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), me inteirando dos processos de trabalho e tendo que iniciar a pesquisa. Foi difícil, nada saiu como o esperado.

As trajetórias para conseguir pesquisar, trabalhar e refletir sobre tudo o que estava me acontecendo foi tortuosa, dolorida, um processo quase dilacerante. Tive que eu mesma entrar em crise. Morando na zona norte, trabalhando quase na zona leste a 25km da minha casa e pesquisando na zona sul, o circuito entre os territórios da cidade, o ver das vidas passando pela janela do ônibus, o tempo de pesquisa se esgotando. Nas duas horas que ficava no CAPS tentava com o olhar sensível produzir espaços no tempo, nem sempre possíveis. Questionava-me! Como dar voz às reflexões no turbilhão dos pensamentos? Como colocar a escrita em análise? De que maneira seguir com tantas barreiras no caminho? Segui caminhando, fiz caminhos, me fragmentei, me recompus, mas uma certeza ficou: a mudança é permanente.

No “fim” entendi que essa é a essência desse poema de rimas imperfeitas que

é o movimento da vida. Foram muitas dificuldades para que a pesquisa pudesse chegar até aqui e posso considerar que o resultado desse trabalho é uma aposta, um esforço do encontro num mundo complexo de desencontros.

6 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO À PESSOA EM CRISE NO CAPS II: AS ENTRELINHAS DO CUIDADO E SUAS CONTRADIÇÕES

Neste capítulo abordarei o processo de trabalho na Atenção à pessoa em crise no CAPS, as concepções da equipe em relação à crise e o movimento do cuidado a partir dos processos contraditórios na vivência e experiência do trabalhador nesses encontros e desencontros com a pessoa em crise.

6.1 CONCEPÇÕES DE CRISE: O ANTES, O DURANTE E O DEPOIS

Tu vens, tu vens, eu já escuto os teus sinais. (VALENÇA).

Escolhi iniciar esse capítulo fazendo alusão à música “Anúnciação” de Alceu Valença, a fim de trazer à tona as reflexões produzidas pelas falas dos trabalhadores em relação à pessoa em crise e à crise.

Através das entrevistas foi possível visualizar que as concepções de crise dos trabalhadores do CAPS em estudo, estão subjetivadas pelas vivências e experiências de cada trabalhador. De maneira geral há uma concordância que a “crise” não ocorre de maneira espontânea, de uma hora para outra, mas faz parte de um processo que pode ser antevisto por uma “enúnciação” de sinais. Esses sinais são identificados a partir das concepções de crise de cada trabalhador, embora haja uma semelhança/sintonia da equipe na concepção de crise. Assim, a crise é entendida pela equipe como um processo de agudização do transtorno mental, um momento de maior intensidade, de mudanças no comportamento, em que o usuário necessita ser assistido mais de perto e com maior agilidade.

Do ponto de vista médico, então se a gente pensar do ponto de vista clínico, psiquiátrico clínico, crise é um momento de sofrimento psíquico, onde a pessoa está desorganizada. A gente trabalha muito aqui com psicóticos. E/ou também dá para dizer que a pessoa pode estar em crise num transtorno de pânico, crise de ansiedade. (T05, informação verbal, 2018).

Eu quando penso em crise, eu acabo me referindo a minha prática profissional, eu penso em crise num paciente com uma crise psicótica, com um quadro de risco de suicídio, eu penso numa crise médica-psiquiátrica né? (RCT07, informação verbal, 2018).

Fica evidenciado que a crise além de ser singularizada, ou seja, é vivenciada de maneiras diferentes a partir de cada pessoa, é também subjetivada pelas

concepções de cada núcleo profissional. Dessa maneira o manejo empreendido pela equipe é atravessado/retroalimentado por essas concepções e percepções individuais e coletivas, nesse contexto, a percepção que uma crise está “chegando” é relacionada também à forma e à maneira como o trabalhador se sente em relação à pessoa em crise e à determinada situação.

Só os manejos, assim, mais simples, eu não acho que seja crise. Eu não acho que seja uma crise essa coisa menor, porque eu consigo manejar. Eu acho que seria uma crise mesmo se eu não conseguisse manejar também, entende? (T03, informação verbal, 2018).

eu fico pensando que, porque eu estava definindo crise do ponto de vista médico assim e agora ouvindo vocês falar, acho que é uma coisa de se sentir potente ou impotente para agir em cima daquela situação. (RCT07, informação verbal, 2018).

Segundo Heller (2000, p. 32), a atividade/concepção supostamente individual do trabalhador é “poucas vezes completamente individual; em geral é um projeção das aspirações e dos interesses de uma determinada camada ou classe social”, nesse sentido, observa-se que o modelo e as práticas hegemônicas de cuidado em saúde mental não estão dissociadas do contexto em que se inserem. Diante disso, os trabalhadores carregam essas determinações sociais, políticas e econômicas historicamente construídas, introjetando esse movimento complexo e por vezes contraditório no seu trabalho (SILVA, 2010).

Nesse sentido, as situações de crise são vistas a partir de um quadro psíquico, sintomático, com alterações comportamentais, em que o modo de ser do paciente já conhecido pela equipe, sai da sua normalidade, mas a situação de crise é percebida pela equipe a partir de como se sentem e como conseguem operar frente àquela situação. O sentir-se impotente do trabalhador nessas situações também atravessa as formas e os modos de ver lidar com a pessoa crise.

A exemplo cito sobre uma situação vivenciada no CAPS em que um usuário recém-saído da internação apresentava certa incoerência com a atividade proposta no grupo qualidade de vida. A ideia era que fizéssemos uma mandala e ele com toda sua criatividade produziu outras formas de fazer aquela atividade, juntou seus conhecimentos de tear e fez algo totalmente diferente de uma mandala convencional, a partir desse fazer ele refletiu sobre sua vida e no quanto ele tomava caminhos diferentes dos propostos, no final ele desfez tudo o que havia produzido e referiu que no próximo grupo iria tentar seguir os passos propostos para fazer uma mandala. Em

conversa com a técnica que coordena o grupo, trocamos algumas ideias sobre isso, conversamos de como foi interessante todo o movimento de reflexão que aquele paciente havia realizado, não numa situação de crise propriamente dita dentro dos padrões psiquiátricos, mas de uma situação que colocava em crise nossas próprias perspectivas e as perspectivas daquele usuário em relação à sua vida. Assim pudemos refletir que mesmo os trabalhadores não identificando muitas vezes essas situações como situações de crise, pois o usuário conseguiu ser manejado e as coisas não saíram do controle, os trabalhadores do CAPS II atendem pessoas em crise quando olhamos para a crise numa perspectiva não apenas na lógica da psiquiatria tradicional, mas como um processo que coloca em movimento nossas reflexões e produz novas formas de olhar para as coisas.

Na psiquiatria tradicional, o sintoma construiu a nosologia, a classificação das doenças e a própria ciência psiquiátrica. Portanto, a atividade motora e verbal excessiva, irritabilidade, falta de cooperação, gestos e linguagem ameaçadores, destruição de objetos e agressão verbal e física foram descritas como apresentações comuns nos episódios de crise observados na esquizofrenia, no distúrbio bipolar e na demência (GOMES *et al.*, 2008). A lógica psiquiátrica reduz assim, o doente a seu diagnóstico, e as situações de crise são interpretadas dentro de parâmetros definidos e controláveis, recebendo sempre resposta pré-formada (DELL'AQUA; MEZZINA, 1991). Desta maneira, segundo COSTA (2007), é necessário questionar concepções que tendem a generalizar a crise, entendendo-a como um desvio da conduta normal, como um erro, como uma dificuldade de adaptação ou distúrbio. Esse questionar-se possibilitaria construir formas de compreender as situações de crise em sua singularidade e em seu contexto existencial.

Para parte dos trabalhadores do CAPS a pessoa quando está em crise dá sinais, ela diz isso de alguma maneira entre um atendimento e outro, nos grupos, na relação com a família, no seu convívio social e a partir disso esses sinais precisam ser observados, escutados e manejados pelos profissionais que o atendem.

Nos momentos em que eles estão em atendimento, a gente consegue perceber algumas coisas, que podem estar os levando à crise. (T02, informação verbal, 2018).

As pessoas dão sinais, assim como dão sinais de agitação, assim como dão sinais de que estão entrando numa crise. [...] Nenhum paciente chega aqui sem dar sinais de crise. (T05, informação verbal, 2018).

Uma das trabalhadoras costuma chamar esses sinais de pródomos da crise e que saber identifica-los por vezes é mais importante do que a própria crise, pois a partir disso é que vai se iniciar o manejo no CAPS.

As pessoas dão sinais sim. Que eu costumo chamar dos pródomos, né? Então, assim, o que é mais importante não é a crise em si, é tu identificar que está vindo algo. (T05, informação verbal, 2018).

O manejo da crise começa antes da crise. Tu tens que identificar os sinais da crise, entendeu? (T05, informação verbal, 2018).

No caso dos profissionais que estudamos, essa concepção de crise se aproxima dos achados de Fontenelle (2010, p. 37) de que:

A crise se relacionaria à interpretação de sinais identificados nos comportamentos dos usuários, em especial aqueles tidos como não habituais. Neste sentido, em muitos casos, esses sinais podem ser percebidos mais pela quebra de um padrão de comportamento do sujeito do que propriamente pelo comportamento em si, onde a frequência ou constância do comportamento entram no jogo das interpretações do profissional sobre a crise.

Ao mesmo tempo, uma das trabalhadoras relata sobre um caso vivenciado no CAPS, na qual o paciente já havia chegado em crise e esses sinais não foram possíveis de ser visualizados em atendimentos anteriores. Do mesmo modo que a crise dá sinais de aparecer, ela também se configura como evento imprevisível diante do contexto do CAPS:

Quando a gente estava ainda no [nome do lugar onde era o CAPS], nós tivemos um caso de um paciente da doutora [nome da médica], até, que chegou bastante agitado, alucinando, tinha a função visual, tinha a auditiva, tinha alucinações e tinha voz de comando, muito agitado, entrou bastante agressivo, pegou cadeiras e atirou na parede, quebrou a janela, tivemos que chamar um pessoal para contê-lo para eu poder medicá-lo. A gente teve que medicá-lo dentro do CAPS. Assim, foi... E engraçado, porque geralmente eles vão dando sinais, vão tendo alterações de comportamento ao longo das consultas, as coisas, vão dando sinais de que não estão bem. E esse paciente não deu sinal nenhum, assim. (T01, informação verbal, 2018).

No entanto, ao mesmo tempo em que os trabalhadores falam da crise numa perspectiva sintomática, diagnóstica, de sinais, há um reconhecimento que a crise pode ser produzida a partir de questões relacionadas à estrutura familiar, ao contexto social e econômico em que as pessoas vivem, ao território que habitam e as vulnerabilidades situadas nessas dimensões.

É que na verdade tem uma crise social né e nessa crise social eles estão

inseridos, então obviamente se a gente for falar em crise isso pode ter uma abrangência imensa, então é uma crise econômica, é uma crise social que vai refletir diretamente na vida de todos e de pessoas menos favorecidas talvez até mais né. Então isso também gera crises com demandas outras né? não necessariamente da saúde em si, entende? (RCT05, informação verbal, 2018).

Eu acho que as questões assim, desse território, que é um território de muita vulnerabilidade assim, escapam totalmente das coisas que a gente consegue fazer né, muitas vezes a gente faz o que dá né, o que está apropriado ou diz no livro não se encaixa nesse contexto nosso. (RCT08, informação verbal, 2018).

Observa-se que quando a crise está relacionada a fatores externos, que não dizem respeito propriamente à fisiopatologia do transtorno mental, a crise se desloca do indivíduo como sintomático e abarca um contexto de relações que geram uma crise que não é necessariamente daquela pessoa, mas um conjunto de relações. A crise passa então a ser vista deslocada do indivíduo e permeada nas suas relações, sejam elas pessoais, familiares, institucionais, essa relação produz a ideia que a pessoa não está sintomática do ponto de vista clínico-psiquiátrico.

Algumas vezes já aconteceu dele ter sintomas não assim tão graves quanto um psicótico tá? não precisava estar delirante, ter risco de hetero ou autoagressão, mas de ter que chamar a família, porque na verdade eu detectei que o problema não era exatamente o, o paciente em si, ele não era necessariamente o portador, mas [estava] desempenhando um papel na família de ser o louco da família, né, isentando os demais das suas próprias doenças né da sua participação nessa doença, então crise também para mim é isso. [...]. Então assim, são crises onde a pessoa em crise não está sintomática. (RCT05, informação verbal, 2018).

É, eu tenho recursos para agir em cima de situações de crise de doenças médica, então as outras situações de crise eu acaba pensando, bom isso é um problema para o serviço social e acabo delegando para o restante da equipe coisas que eu não me sinto potente para resolver, então eu acabo ficando com um aspecto da situação de crise, porque na verdade essa situação do INSS que vocês estão falando é uma coisa que escapa totalmente do nosso controle. Por mais que tu reconheças que o paciente tem uma capacidade, tu atestes, o que vai acontecer com ele lá fora, foge do controle (RCT07, informação verbal, 2018).

Nesse contexto, percebe-se que as concepções de crise dos participantes da pesquisa orbitam entre o modelo psiquiátrico e psicossocial, mas ocupam outra dimensão conceitual quando vivenciadas no contexto da prática, a exemplo cito o significado de pródomo utilizado por uma das trabalhadoras, que na psicopatologia clássica seria uma referência manualesca “a sintomas que antecedem uma crise”, mas na relação de cuidado do CAPS em estudo ganha uma reflexão sobre o lugar

que os fenômenos relacionados ao início da crise ocupam no manejo e cuidado do usuário. Assim na dimensão do cuidado é possível perceber um movimento contraditório entre as concepções de crise, o contexto e a prática que produzem novas relações e conexões que mudam a partir da singularidade das situações e é nesse mosaico de relações que vamos situando e desvelando as contradições no processo de Atenção à pessoa em crise no CAPS.

6.2 MANEJO E RELAÇÕES DE CUIDADO: O ENCONTRO TRABALHADOR - USUÁRIO

A partir das entrevistas e da vivência de campo é possível observar que o CAPS ocupa um lugar preventivo em relação à crise e a emergência em saúde mental assume o lugar para onde a pessoa em crise, na maior parte das vezes é encaminhada:

Mas é tudo resultado de manejos também, né? Na grande maioria das vezes. Quando eles já estão em crise aí vão para o plantão, a gente já manda direto para o plantão, a gente vê, maneja já, encaminha para o plantão. Ou quando entra muito, assim, chega bem... se entra em crise, é por questões de manejo. Na sua grande maioria, pelo o que eu vi, né? Então eu acho que a gente previne a crise, na verdade. (T05, informação verbal, 2018).

Já teve algumas vezes que após um atendimento aqui, às vezes nem é um atendimento específico do médico, um outro espaço, que evoluiu para uma consulta e aí a gente tem que encaminhar para uma emergência, se precisa, aí a gente chama o familiar e o encaminha para a emergência, para fazer uma avaliação, para internar, se a gente acha que tem um risco, né? (T02, informação verbal, 2018).

Percebe-se, nesse sentido, uma dificuldade do CAPS em relação ao cuidado quando a pessoa já está em crise, pois além de existirem algumas limitações no serviço como a falta de uma estrutura física e organizacional que possibilite o manejo da pessoa em crise com segurança há também um modo de funcionar do serviço que não comporta o cuidado à pessoa em crise:

Aquele paciente completamente desorganizado, psicótico em surto, [vai para o plantão]. A gente não tem como atendê-lo aqui, não tem equipe, não tem material, enfim. (T05, informação verbal, 2018).

A aposta dos trabalhadores do CAPS se situa no manejo e na forma como irão abordar o cuidado, existe, portanto, toda uma organização da equipe para o manejo e cuidado dos usuários, que se situam numa dimensão relacional, que tem como

finalidade evitar, contornar ou conter o aparecimento da crise na perspectiva de sintomatologias psiquiátricas no CAPS.

Tenta-se contê-la, na medida do possível, quimicamente, no sentido de que se houver uma agitação psicomotora, aí a gente tem que tentar uma contenção mecânica e uma contenção química. Porque aqui no serviço não se pode ter muitas medicações injetáveis para uma crise, né? Embora a gente até tenha algum recurso farmacológico, mas ninguém quer ser colocar em risco e nem risco a terceiros, né? Então, assim, dificilmente acontece, porque eu penso que a crise vem do manejo, tu tens que evitar a crise e a gente percebe. (T05, informação verbal, 2018).

Aqui no CAPS, a gente nunca precisou, medicar ninguém e nem conter, a gente sempre conseguiu organizar de uma forma mais tranquila. Se precisar, a gente vai ter que fazer, mas a gente nunca fez, nunca foi preciso. (T02, informação verbal, 2018).

Eu nunca vivenciei aqui no CAPS [uma crise]. Tudo sempre a gente consegue contornar. Às vezes, acontecem crises um pouco mais intensas, mas, como eu te disse, às vezes é a família, é o não entendimento, então a gente consegue abordar isso. (T03, informação verbal, 2018).

Nesse sentido, ao mesmo tempo em que os trabalhadores tentam contornar a crise e ou evitá-la existe uma dimensão ética nesse cuidado que aposta em ferramentas e estratégias pautadas na escuta, no afeto e no vínculo, os trabalhadores adquiriram uma tranquilidade para tratar essas questões, respeitando o espaço e o tempo do serviço. Segundo Teixeira Junior (2010, p. 100)

o fortalecimento do vínculo facilita a construção de trajetos assistenciais, pois, por meio do estreitamento da relação entre serviços e usuários, surge um canal de diálogo em que as práticas assistenciais podem ser visualizadas, avaliadas, construídas, reorganizadas, redirecionadas, permitindo encontros e caminhos a serem desenhados na produção da saúde mental.

Nas palavras dos trabalhadores:

Manejo, nesse caso [da crise], a gente usaria o manejo. Não só a medicação, acho que é um conjunto. (T03, informação verbal, 2018)

Então no manejo da crise, não é diferente. Elas não dão jeitinho. as coisas não explodem aqui, não tem, assim, quebra-quebra, não tem, porque as coisas são tratadas ao seu tempo e com a crise também. (T04, informação verbal, 2018).

Elas [as terapeutas ocupacionais] têm paz de espírito para prestar atenção como é que aquele paciente está e aí elas voltam para a sala de equipe e já estão ali falando com psiquiatra, a psiquiatra já vai dar uma olhada, já vai correr na frente, não vai se criar uma crise (T04, informação verbal, 2018).

Observei pelas vivências de campo que há um compasso no manejo entre a

equipe, os trabalhadores estão afinados e alinhados na proposta de cuidado que construíram ao longo dos anos de trabalho. Nesse aspecto percebo que ao mesmo tempo em que isso produz uma relação saudável para a equipe no sentido de terem obtido uma certa constância e uniformidade nas práticas, faz também com que algumas contradições e processos contraditórios da prática não consigam emergir na vivência e na reflexão dos trabalhadores nesse cuidado. No entanto quero aqui evidenciar umas das falas que me tocou muito no processo de pesquisa e que me fez enxergar essa equipe de uma maneira singular, compreendendo seus processos e dinâmicas de trabalho dentro do modelo de cuidado e do contexto que o município de Porto Alegre tem optado para a saúde mental:

Eu achava maravilhoso ficar nessa coisa, assim, da contramão, da outsider, de fazer das tripas coração, mas essa equipe me mostrou que tripa é tripa, coração é coração e que pode ser legal, assim, a gente: “bah, não tem vaga”, “é, a agenda está só para janeiro”, é o que a casa tem para oferecer e nós não vamos tapar esse furo, tem que deixar aparecer. (T04, informação verbal, 2018).

É possível perceber uma consonância entre as concepções de crise da equipe e o manejo empreendido, ao mesmo tempo em que há uma relação pessoal entre terapeuta-paciente, trabalhador-usuário e cuidador-cuidado, ou seja, existe uma relação subjetiva que é permeada pelas sensações, impressões que a crise produz em cada um nessa relação. A trabalhadora 04 nos remete a uma percepção da crise como algo que deixa a pessoa em pedaços, que fragmenta, desvanece e refere sobre a dificuldade em trabalhar com essas situações em que é preciso reconstruir e estruturar algo que se apresenta em pedaços, onde a significação e o sentido do sofrimento ainda não estão elaborados. A partir disso, é possível visualizar movimentos de recomposição do “eu-trabalhador” na vivência e experiência do processo de cuidar.

Porque durante a crise, a ideia é que a gente possa, assim, dar uma continência, juntar uns pedacinhos. (T04, informação verbal, 2018).

Às vezes, a UTI é para o familiar, para quem está acompanhando o doente e não para o próprio doente, porque a gente não tolera aquilo dali. (T04, informação verbal, 2018).

Aqui um dos processos contraditórios da prática se situa nesse limiar entre as concepções e ações da equipe e as necessidades dos usuários. Como a pesquisa

não abrangem a participação dos usuários fica difícil uma análise mais aprofundada, mas percebi pelas observações de campo que o CAPS desempenha um papel muitas vezes disciplinar em que o próprio serviço e o modo como o CAPS se organiza dá um limite para o usuário e para a participação dele naquele espaço. Assim ao mesmo tempo em que há um compasso entre a equipe, permeia um certo descompasso entre as necessidades e as vontades dos usuários que vivenciam aquele espaço muitas vezes de forma passiva, de acordo com o que o CAPS deseja que ele seja.

Nesse aspecto ao mesmo tempo em que os CAPS foram estruturados numa perspectiva de cuidado em liberdade, de produção de autonomia e protagonismo, há uma certa necessidade de se instaurar um perfil de usuário para estar no CAPS e quem não se enquadra nesse perfil não consegue ter um cuidado ali. Esse perfil do usuário pelo que pude observar nas vivências de campo presume uma certa adaptabilidade do usuário às atividades que o serviço oferece, estabilidade de sintomas psiquiátricos, assiduidade às consultas médicas e grupos terapêuticos e uma certa submissão do usuário às normas e regras instituídas pelo serviço. A exemplo cito umas das falas de uma trabalhadora que convoca a refletir sobre o comportamento do usuário dentro e fora do serviço, sobre o quanto essas situações podem gerar crises nos próprios profissionais:

Dois pacientes meus, a crise que acabou se desencadeando foi muito mais em mim, de perceber o quanto eu estava sendo enganada, de vez em quando acontece também deles falsificarem um quadro clínico né, pela doença em si né? mas assim às vezes tem assim uma suposta vantagem financeira atrás de benefício ou coisas assim e q gente teve a situação do cara que entra aqui de muleta todos os dias que vem e não consegue subir escada, eu desço para atender lá embaixo e encontra ele no supermercado, sem muleta, conversando né, sabe? aí tu diz poxa mas e agora né? quer dizer assim, o que que eu faço com um paciente assim? Que nível de confiança se estabelece. como é que eu posso fazer algo? a outra foi uma paciente que vinha há anos comigo também se dizendo muito mal, muito mal e muito mal, eu entupindo ela de remédio, ela sempre pior até que alguém descobriu um facebook dela onde ela estava divina, maravilhosa, contando das festas onde ela ia, os passeios que ela fazia então assim aquela cena que aparecia para mim era uma pseudocrise era digamos assim a estratégia que ela tinha encontrado para garantir uma escuta, para garantir uma atenção enfim e aí tu fica um pouco assim, e fiquei tipo perplexa, o que que eu faço com isso a partir de agora porque assim que possibilidade eu tenho de uma comunicação minimamente franca com esse tipo de paciente?

Outro aspecto é a internação psiquiátrica, que coloca a prática e a relação do CAPS com o sujeito em crise em contradição, pois ao mesmo tempo em que se identifica uma pessoa em sofrimento quando está em crise, necessitando do cuidado,

os trabalhadores também sofrem e se desorganizam com essa situação, há um transbordar na relação onde a internação passa a ser uma ferramenta de cuidado naquele momento. A questão que fica é se essa internação é uma real necessidade da pessoa em crise ou passa a ser uma estratégia utilizada pelos trabalhadores quando se encontram com uma situação que tira do prumo a ordenação do serviço e com questões que não estão acostumados a lidar.

Então eu acho que, às vezes, a gente também pensa na internação por isso, porque é tenso, é uma experiência existencial muito intensa, inclusive para quem está do lado, né? (T04, informação verbal, 2018).

Talvez, às vezes, eu sofra muito mais do que a pessoa, eu sofro com aquela desorganização, aquele fuso-horário psicótico me faz mal, porque eu tenho que acompanhar junto ali, isso, talvez, me desorganize. (T04, informação verbal, 2018).

Assim, a questão da internação ainda aparece como alternativa para contornar a crise, sendo em muitos momentos o recurso da rede mais utilizado na Atenção à pessoa em crise. Salientamos, no entanto que em alguns casos a internação é necessária, sendo um ponto importante da rede para a continuidade do cuidado, mas colocamos em questão a forma e o modo de Atenção que será disponibilizado nessa modalidade de atendimento, para que a internação constitua-se de maneira a se opor às práticas manicomialis, possibilitando a produção de vida, reconhecendo a capacidade e a liberdade das pessoas em sofrimento psíquico.

A partir disso tomamos como um dos pressupostos da pesquisa que a relação que se estabelece com a pessoa em crise poderá direcionar o cuidado, conforme é evidenciado por uma das trabalhadoras:

Tu já começa a ver que, conforme o manejo, as coisas vão se encaminhar para um lado e para o outro. (T05, informação verbal, 2018).

Por isso que eu digo: a questão toda está na forma. Está na forma e também na segurança que tu tens de dizer aquilo, porque as pessoas sentem isso. (T05, informação verbal, 2018).

Olschowsky (2001) refere que um dos grandes desafios de uma nova forma de se pensar saúde mental passa pelas práticas dos profissionais, uma vez que esses devem proporcionar uma gama de possibilidades para que a pessoa em sofrimento possa exercer ao máximo a sua subjetividade, tornando-o um sujeito que estabelece relações na sociedade, sendo influenciado e ao mesmo tempo influenciando-a. Nessa

perspectiva Franco (2006, p. 4) refere que:

O trabalho em saúde se dá a partir de encontros entre trabalhadores e desses com os usuários, isto é, são fluxos permanentes entre sujeitos, e esses fluxos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade.

Uma das trabalhadoras refere sobre a questão da contratransferência no cuidado e da importância de estar atento para isso nessa relação, inserindo a medicação num processo relacional entre quem prescreve e pra quem é prescrito. Segundo Merhy (2007), numa situação de crise, o profissional precisar usar sua clínica e perspicácia para acolher, escutar, expor-se a vínculos e jogos transferenciais, gerar intervenções singulares e aproveitar a oportunidade que a crise oferece para ressignificar o projeto terapêutico do usuário.

Tu ficas achando que o paciente está piorando, piorando, medicando, aumentando a medicação, aumentando medicação, quando a questão não está na medicação, a questão está na relação paciente/terapeuta. (T05, informação verbal, 2018).

Nesse aspecto a medicação assume um duplo papel em que pode ser utilizada tanto como um dispositivo de melhora significativa da crise e da qualidade de vida quanto como uma contenção química com efeitos sedativos e de “asujeitamento” da pessoa à um ideal normativo quando esta não se enquadrava em uma relação passível de compreensão e de uma linguagem comum com a equipe e as outras pessoas. Ao encontro do que foi possível visualizar nos resultados da pesquisa concordo com Basaglia (1991, p. 128-129) ao referir que:

A ação sedativa dos medicamentos fixa o doente no papel passivo de doente. O único fator positivo dessa situação é que ela funciona como uma abertura que possibilita a relação, mesmo que essa possibilidade esteja subordinada ao julgamento subjetivo do médico, que pode sentir ou não sua necessidade. Por outro lado, os medicamentos agem sobre o doente atenuando a percepção da distância real que o separa do outro, o que o faz presumir uma possibilidade de relação que de outra maneira lhe seria negada. [...] Sem dúvida o que se transforma devido à ação dos medicamentos não é a doença, mas a atitude aparente (aparente na medida em que se trata sempre de uma forma de defesa e, portanto, de violência) do médico em relação ao doente. O que, de resto, confirma aquilo que antes se concluíra: a doença não é a condição objetiva do doente, mas o que o faz assumir o aspecto que tem reside na relação com o médico que a codifica e com a sociedade que a nega.

Nesse sentido situo as práticas de cuidado à pessoa em crise no CAPS numa relação pendular entre o modelo psiquiátrico e o psicossocial, onde a prática se

encontra no ponto de equilíbrio do pêndulo. Esse ponto de equilíbrio desempenha, portanto, um movimento que não está nem num extremo, nem no outro, mas se configura num “entre” um ponto e outro, e a partir dessa relação intercessora vão se produzindo novos mosaicos, configurações e modos de cuidar. Fagundes (2001), nos auxilia assim a pensar a prática em saúde mental como um processo construtor de sujeitos sociais que desencadeiam transformações nos modos de pensar, sentir e fazer políticas no cotidiano, possibilitando outras mediações capazes de contribuir para a criação de projetos de vida.

Nesse processo vejo a necessidade de construir a nós mesmos como sujeitos éticos, ampliando o exercício da invenção, resistência e transformação. Assim, não basta só criar equipamentos, equipes, serviços, mas desenvolver outras práticas culturais, outras formas de sentir, de viver, de amar, onde a loucura deixe de ser exterior a nós e possa ser sentida como própria à vida, onde seja entendida como parte de nós. É precisamos sair do lugar de especialistas buscando privilegiar novos campos de referência, de sustentação de modos existenciais plurais. O trabalho deve necessariamente remeter a uma ética, um ser afetado pelo encontro. É algo da ordem dos afetos, trata-se, portanto, de um outro modo de estar na vida.

7 DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO PROCESSO DE ATENÇÃO À PESSOA EM CRISE: TECITURAS ENTRE O CAPS E A RAPS

7.1 O CAPS II E A PESSOA EM CRISE: A ESTRUTURA, O ESPAÇO E O TEMPO

Os processos de reforma psiquiátrica no Brasil mudaram as formas e os modos de ver e lidar com a loucura e a doença mental. Foram criados e construídos outros dispositivos institucionais que permitiram ampliar o acesso e o cuidado em liberdade das pessoas em sofrimento psíquico, constituindo-se uma ampla rede de serviços territoriais. No entanto mesmo com essas mudanças, Antunes (2007) aponta que determinados processos de trabalho no campo da saúde mental ainda mantêm práticas cristalizadas, de tutela, culpabilização e exclusão da loucura, típicas do modelo manicomial. Ao encontro disso, nos estudos de Pinho (2010b) é possível visualizar que há uma coexistência entre discursos e práticas psicossociais e manicomiais nos serviços de saúde mental, que tem se concentrado, muitas vezes em dinâmicas de processo de trabalho polarizadas, frutos da própria transição entre os modelos assistenciais.

No CAPS em estudo percebe-se que os trabalhadores veem como uma das dificuldades para o atendimento da pessoa em crise no CAPS a falta de medicações e de uma estrutura física que permitisse um ambiente mais restrito garantindo a privacidade do usuário.

Aqui a gente não tem medicações, porque não tem farmacêutico, então alguma medicação para tentar tranquilizar, a gente não tem, então acho que um dificultador é isso. (T03, informação verbal, 2018).

Se o usuário está em crise, ele precisaria estar em um local como uma sala de observação, mais restrito, para também protegê-lo e a gente não tem, hoje, esse espaço aqui, por isso a ideia da mudança, da gente ter esse espaço, mas ainda não rolou. (T02, informação verbal, 2018).

Dentro da questão da estrutura física do CAPS um dos trabalhadores refere que não há acessibilidade, o que dificulta o manejo dos casos que são vistos como mais graves e coloca em risco a própria segurança do paciente

E a questão da acessibilidade, aqui só tem uma escada grande, então isso também dificultaria bastante no atendimento desse tipo de crise, eu acho. (T03, informação verbal, 2018).

Acessibilidade. Isso é bem complicado. Então acesso realmente é um complicador. A falta dos recursos, assim, de um ambiente adequado, que tu possas retirar o paciente e levá-lo para um lugar mais isolado, que tu possas ter acesso a determinadas coisas, sabe? E até mesmo a medicações, que tu consigas manejar, fazê-lo tomar se der, né? (T05, informação verbal, 2018).

Outro fator é o tempo de trabalho do CAPS II que é das 8:00 às 17:00 não permitindo a continuidade do atendimento à pessoa em crise no CAPS, ao mesmo tempo há uma falta de profissionais na equipe, já não há reposições dos trabalhadores que já se aposentaram, isso acaba gerando um excesso de demandas diante da escassez de recursos humanos. O que se evidencia uma precarização do trabalho.

Acho que com a atual equipe e estrutura que a gente tem, a gente não tem muitas condições para ficar [com a pessoa em crise], mas durante o nosso tempo aqui, que a gente está aqui durante o dia, a gente consegue, a equipe conseguiria dar conta, se ele tiver medicação, se for preciso e um espaço de ambiência adequado, que também a gente não tem. (T02, informação verbal, 2018).

Muita gente para atender e poucos profissionais para atender. Excesso de demanda e escassez de recursos humanos. (T05, informação verbal, 2018).

Diante disso, Da Silva (2015) traz elementos importantes de análise quando aborda sobre essa conjuntura geradora de perdas para as políticas sociais, em que há uma desresponsabilização do Estado diante da influência neoliberal, na qual observam-se aberturas para o setor privado gerir os serviços de responsabilidade do Estado, com vistas a obtenção de lucros. Para a autora a precarização dos vínculos de trabalho, por meio de contratos terceirizados, temporários, compatíveis com essa conjuntura, refletem no âmbito da política de saúde mental e na forma de assistência prestada aos usuários.

Em relação às potencialidades do trabalho, reconhecem quando a internação não é uma finalidade para o cuidado, pois consegue-se por meio da rede de apoio, principalmente familiar, evitar a internação. Sobre esse aspecto considero que a família desempenha um papel importante para o cuidado da pessoa em crise. Segundo Schrank (2006), muitas famílias ainda apresentam resquícios das práticas asilares, pois eram consideradas culpadas pela doença, fato que somado ao sofrimento, ao sentimento de fracasso e a sua exclusão do espaço terapêutico, contribuíram para justificar seu afastamento no tratamento da pessoa com sofrimento psíquico. No CAPS em estudo percebi uma prática de cuidado que tem a família como núcleo de cuidado.

Assim, por mais que a lógica do serviço se estabeleça tendo em vista a emergência e a internação, os trabalhadores veem que quando isso é evitado há uma potencialidade no seu trabalho.

Eu acho que algo potente é quando a gente consegue evitar a internação, que a internação é o último recurso. Quando se consegue ter um bom apoio familiar. (T02, informação verbal, 2018).

E quando a gente vê também, assim, pessoas que viviam na porta giratória do hospital e estão aqui no CAPS, já estão há 3, 4 anos sem internar. (T02, informação verbal, 2018).

Referem que apesar das dificuldades do atendimento à pessoa em crise, visualizam esse momento como uma possibilidade para construção de vínculo e de novas relações entre a própria equipe e a equipe e o usuário. Segundo (LOBOSQUE, 1997, p. 22), a desconstrução dos muros literais ou simbólicos, que promovem a segregação da loucura, perpassa as questões da clínica, pois quando a diferença manifesta-se pelo sofrimento insuportável ou pelo risco grave, o clínico, sem dúvida alguma, é chamado a intervir desde um lugar que lhe é próprio.

Eu acho que tem o fortalecimento de vínculo, né? Entre todo mundo, quer dizer, entre as pessoas da equipe, a gente sai fortalecido, tendo sobrevivido ao temporal, né? (T04, informação verbal, 2018).

Como afirma Oliveira e Mota (2007, p. 17), é preciso investir, ver o que a gente pode fazer através deste investimento em prol das necessidades do sujeito que está em crise, para melhorar a sua qualidade de vida e produzir mudanças em sua posição no mundo e em sua liberdade. Nessa perspectiva acesso e acolhimento estão imbricados e acolher é um processo que depende não só da estrutura ou de aspectos físicos do acesso, mas dos recursos clínicos da equipe, como atender, escutar, avaliar e discriminar as demandas (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009, p. 137). Assim o processo de acolhimento coloca em tensão o tempo e expectativas do usuário com o tempo e as condutas do serviço. Acolher perpassa, portanto, o reconhecimento da pessoa para além dos muros institucionais.

7.2 O TRABALHO EM REDE: DESAFIOS DA ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

A principal diretriz da política de saúde mental é reduzir progressivamente o número de leitos em hospitais psiquiátricos, direcionando estes leitos para hospitais

gerais e paralelamente qualificar e expandir a rede de serviços de base territorial e comunitária, na perspectiva de promover os direitos dos usuários e seus familiares e garantir um tratamento digno às pessoas com transtornos mentais (SILVA, 2010). Alinhado aos princípios e diretrizes do SUS, os rumos da reforma psiquiátrica foram se consolidando por meio de um conjunto de leis e normas reguladoras (SILVA, 2010).

Destacamos aqui algumas destas leis e portarias que garantem a reorientação do modelo através de diretrizes técnicas e orçamentárias. Em 2001 a lei 10.216 dispôs sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental no país. Em 2002 a portaria GM 336 (BRASIL, 2002), definiu e estabeleceu as diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são serviços que privilegiam a atenção à saúde mental no território e se constituem nos principais dispositivos de desinstitucionalização. Em 2011, por meio da portaria 3.088 (BRASIL, 2011), instituiu-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS, cuja finalidade, conforme o artigo 1º, é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Dessa maneira, percebe-se que o processo de reforma psiquiátrica brasileira teve muitos avanços, mas ao mesmo tempo tem enfrentado inúmeros desafios, que segundo Bezerra Jr. (2007, p. 243-244) se desdobram “em vários planos, situados em diversos campos”, dentre eles o plano assistencial, político, jurídico e sociocultural.

O cuidado em saúde mental exige, assim, um trabalho em rede a partir de um conjunto de dispositivos com funções complementares, apresentando papéis dinâmicos e em consonância a lógica da vida das pessoas. Assim as redes são acionadas a partir das necessidades em saúde do usuário e a partir da construção de um projeto individual em os movimentos da rede de atenção irão se modelando (VASCONCELOS, 2010).

A articulação da Rede de Saúde com o serviço é um dos desafios encontrados, muitas vezes a ausência dessa articulação leva a uma reprodução da lógica da internação em toda a Rede. Os trabalhadores referem que há uma falta de CAPS II no município de Porto Alegre, o que dificulta o processo de acompanhamento das pessoas numa lógica psicossocial, pois há uma sobrecarga de trabalho no CAPS que precisa atender uma quantidade muito grande pessoas, o que acaba por vezes prejudicando o cuidado e levando o serviço a se organizar numa lógica de cuidado à

pessoa em crise que tem como norte o serviço de emergência e a internação.

Eu acho que o trabalho do CAPS é bem importante, acho que é uma pena o jeito que Porto Alegre lida com a saúde mental, que não tem tanto recurso. se a gente tivesse um CAPS em cada distrito, um CAPS 2, eu acho que, com certeza, teria muito menos internações. (T02, informação verbal, 2018).

Nesse contexto, os trabalhadores identificam o acesso aos serviços da rede como um dos desafios do cuidado à pessoa em crise, referem a dificuldade em relação ao tempo de espera da ambulância caso seja necessário encaminhar o usuário à emergência, além das dificuldades para o usuário quando chega à emergência:

É, dificultador é isso, é o acesso à rede. (T03, informação verbal, 2018).

A dificuldade em relação ao tempo também, o tempo de espera de uma ambulância, como a gente iria ficar com esse paciente, como a gente iria agir? Isso tudo ia dificultar. (T03, informação verbal, 2018).

Sobre a questão das internações, observa-se que o CAPS assume um papel secundário nessas decisões, pois quem decide a internação na maioria das vezes é o serviço de emergência psiquiátrica do município e quando as pessoas vão para internação dificilmente há uma comunicação entre o hospital e o CAPS a fim de alinhar ou ter um fluxo de comunicação para o cuidado do usuário. Essa seria uma das questões ou fluxos que poderiam ser melhor revistos ou criados no município por meio de uma linha de cuidado que integrasse os componentes da rede no cuidado da pessoa em crise. Assim, o acompanhamento do usuário em crise quando internado, nos remete a importância do diálogo entre os diferentes dispositivos que compõem a rede, pois é necessário saber o que acontece com o usuário nos diferentes momentos do cuidado e nos diferentes pontos de atenção para que o cuidado não se torne fragmentado e sem sentido.

Acho que as internações precisariam ser melhor avaliadas, assim, para as coisas funcionarem direitinho. A gente poderia fazer um trabalho em conjunto, acho que o hospital ainda está muito distante da gente. (T02, informação verbal, 2018).

Ah, acho que é um nó muito grande [o trabalho em rede], assim, para a gente, né? Acho que a gente poderia criar, talvez, um fluxo e se tivesse a condução adequada, que o usuário passasse o dia no CAPS e a noite fosse na emergência também, até vir esse leito, acho que seria uma coisa que daria certo, né? É uma sugestão até vir o leito. Mas como a emergência também é sempre superlotada, talvez não tivesse essa capacidade de instalar. Acontece também da gente mandar muitos casos para avaliação e o paciente não ficar, às vezes eles fazem alguma coisa de... ou o próprio familiar cansa

da espera e faz alta pedido, lá, não fica no plantão, ela espera no atendimento. (T02, informação verbal, 2018).

Outra dificuldade refere-se a como o usuário fica no emaranhado da rede, pois muitas vezes as informações nos pontos da rede destoam e fazem o caminho terapêutico do usuário ficar dificultado, sendo essa uma das barreiras de acesso encontradas na pesquisa. No entanto podemos pensar, conforme colocado por Merhy (2009), que muitas vezes os serviços de saúde por si só não conseguem dar a resposta esperada pelo usuário, pois não conseguem trabalhar na perspectiva da multiplicidade da dinâmica da vida das pessoas.

O mesmo autor supracitado refere que de maneira muito comumente o mundo da rede de cuidados é pautado pela ideia de uma forte centralidade nas suas próprias lógicas de saberes, tomando o outro que chega a este mundo – o usuário – como seu objeto de ação, como alguém desprovido de conhecimentos, experiências. Assim, muitas vezes nesse encontro só há espaço para reafirmar o já sabido, o saber que eu porto em relação ao outro, a maneira que o profissional da saúde considera ser a “correta”, discursando para aquele que nada sabe sobre qual é o modo “mais saudável”, “a melhor forma de viver”. Para o autor esse encontro, assimétrico, e sua assimetria não provêm do fato de não incluir a diferença, mas de transformar as diferenças em desigualdades de saber e de formas de vidas, onde há uma propriedade exclusiva de certo saber de alguns em relação aos outros (MERHY, 2009).

Nesse sentido podemos ter a visão que esse usuário fica no emaranhado da rede, mas também produzir a visão de que usuário atravessa essa rede e a supera buscando seus próprios meios e caminhos.

Em Porto Alegre existe um fluxo para o atendimento da pessoa no CAPS II que passa primeiro pela atenção básica, após avaliação da atenção básica é realizado o matriciamento, a partir disso decide-se se o usuário passará ao não pelo acolhimento no CAPS II. Quando a pessoa sai de uma internação psiquiátrica no hospital ela pode ir direto para o acolhimento no CAPS II não precisando passar pela atenção básica. No entanto nem sempre essa informação, que foi convencionada pelo município de Porto Alegre, é sabida por todos os pontos de Atenção da rede.

No campo da saúde, um possível modo de cuidado é a formação de uma rede de conversação, ou seja, quando cada serviço da rede representa um encontro de conversa que envolve muitas ações técnicas específicas – várias técnicas de

conversa. Assim, a rede de conversações acomoda um legítimo espaço de coletividade, formado por muitas “regiões de conversa” interligadas (TEIXEIRA JUNIOR, 2010). No caso do município pesquisado essa rede de conversações encontra ruídos, momentos de fragilidade e dissonâncias:

E aí eu não posso fazer mais nenhuma afirmação. Muda toda hora o coordenador, entendeu? É médico terceirizado, tudo é terceirizado, então cada dia entra um, depende da boa vontade do cara que entrar. Em geral, criam-se tumultos por desinformação das equipes, né? A pessoa quer passar adiante o problema: “oh, vai lá no CAPS”, “bah, mas tinha que ter passado antes no postinho de saúde”. (T04, informação verbal, 2018).

Diante disso, evidenciamos a importância do reconhecimento das redes existenciais de vida dos usuários e de uma rede territorial de serviços em saúde mental. Destacamos também, a necessidade de fluxos de comunicações e redes de conversação entre estes dispositivos. Neste aspecto, o CAPS deveria ter um lugar estratégico tendo em vista seu papel ordenador da saúde mental no território e nas situações de crise necessita produzir e acessar recursos além dos existentes no serviço, o que exige dos profissionais a disponibilidade de cuidar da pessoa em crise nos diversos espaços em que o sujeito transita.

Ao mesmo tempo conforme salienta uma das trabalhadoras a atenção básica tem sofrido com a precarização do trabalho e também se encontra fragilizada. Nessa perspectiva os serviços territoriais como os CAPS II e as unidade de saúde da família possuem dificuldade de fortalecer esse cuidado territorial e em liberdade, o que pode influenciar nas decisões de internação e encaminhamento para emergência, já que a política do município apostou na abertura de leitos hospitalares sem haver um fortalecimento e incentivo para os CAPS II.

Sempre foi desafio trabalhar em rede, fazendo um olhar mais longitudinal, Eu acho que nunca a coisa esteve tão esquizofrênica, né? o lugar mais precioso que tem a rede de saúde é a atenção primária, é a saúde da família e ela está muito fragilizada, Eu vejo coisas que não têm nada a ver com saúde da família, que virou um *fast food*, pronto atendimento. (T04, informação verbal, 2018).

Sobre o aspecto do CAPS II realizar acolhimento apenas dos casos que são avaliados pelo matriciamento ou que vem de internação cabe uma reflexão já que pela política nacional de saúde mental os CAPS II deveriam ser portas abertas para o acolhimento. Um dos motivos para que isso aconteça é a falta de CAPS II e CAPS III nessa modalidade de atenção já que o município de porto alegre possui apenas CAPS

III e agora CAPS IV na modalidade álcool e outras drogas, onde o acolhimento é portas abertas.

Não existe CAPS 3 nessa modalidade de saúde mental nenhum e nem projeto, né? Todas as ampliações que tem previstas são para AD ou para a infância, parece que só um da infância também. (T02, informação verbal, 2018).

Salienta-se a importância do matriciamento na atenção básica como uma ferramenta potente para trabalhar o acompanhamento das pessoas no território, na lógica da vida das pessoas. A partir disso a mesma trabalhadora refere que se poderia evitar os casos de crise.

Acho que a gente teria que priorizar, assim, quem vem para o matriciamento, para evitar a crise. (T02, informação verbal, 2018).

Nesse sentido, o apoio matricial busca personalizar os sistemas de referência e contra referência indo além do mero encaminhamento, estimulando o contato direto entre duas equipes, pretendendo oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico/pedagógico às equipes de referência, constituindo-se como uma metodologia de trabalho complementar ao sistema hierarquizado (CAMPOS, 2007), assim o matriciamento constitui-se em uma importante aposta de diálogo e articulação de rede, permitindo novas possibilidades terapêuticas e pontos de encontro para definir linhas de cuidados ao usuário.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa teve como objetivo identificar as contradições que se evidenciam no processo de Atenção à pessoa em crise em um CAPS II. Para isto busquei por meio das entrevistas com os trabalhadores e vivência no campo de estudo investigar como é desenvolvido o cuidado à pessoa em crise no CAPS II, seus desafios e potencialidades. A partir da análise dos dados produzidos foi possível compreender que as concepções dos trabalhadores em relação à crise orbitam entre o modelo psiquiátrico-hospitalocêntrico-medicalizador e o modelo psicossocial.

Observa-se que as concepções de crise dos trabalhadores do CAPS estão em consonância a um quadro psíquico, sintomático, com alterações comportamentais, em que o modo de ser do paciente já conhecido pela equipe, sai da sua normalidade, ao mesmo tempo as situações de crise são percebidas pela equipe a partir de como se sentem e como conseguem operar frente àquela situação.

Identificamos assim, uma relação pendular entre o modelo manicomial e o psicossocial de Atenção, na qual a intercessão entre um ponto e outro produz novas relações que se desvelam no cotidiano e nos movimentos do cuidado. Essa relação pendular entre as concepções de crise insere a prática de cuidado à pessoa em crise no ponto de equilíbrio do pêndulo, esse ponto de equilíbrio seria onde se produzem e se reproduzem um mosaico de relações da ordem manicomial e psicossocial, e onde há uma singularidade de ações que varia e se difere de acordo com cada caso atendido. Nesse sentido observei uma contradição entre as concepções de crise e a prática de cuidado, ora em defesa de práticas de cuidado em liberdade, ora em consonância com uma atuação tutelar.

Foi possível observar também que há uma reprodução e naturalização de uma lógica de cuidado à pessoa em crise que vê na medicação, na internação psiquiátrica e na emergência ações mais ágeis e resolutivas, limitando muitas vezes o cuidado da pessoa em crise (na perspectiva psiquiátrica) no próprio CAPS II. No entanto observamos que o CAPS II atende pessoas em crise quando partirmos de uma concepção de crise que não é apenas aquela sintomática, do surto psicótico.

Constatamos que há uma falta de CAPS II e III no município para essa modalidade de Atenção, o que também pode influenciar no encaminhamento da pessoa em crise para emergência e o hospital psiquiátrico.

Outro ponto que observamos é a precarização do trabalho dos servidores, a

não contratação de equipe, a falta de CAPS II e III e articulação e comunicação intersetorial prejudicadas que culminam em sobrecarrega de muitos trabalhadores e também do serviço, fazendo com que o CAPS II não consiga assumir seu papel como ordenador e porta de entrada para o atendimento da pessoa em crise. Esse papel é assumido assim pelas duas emergências psiquiátricas do município.

Consideramos a partir das falas dos trabalhadores que existe uma fragilidade na comunicação entre o CAPS, a emergência e a internação, o que prejudica a formulação e sintonia de propostas terapêuticas que atendam as reais necessidades do usuário.

Os trabalhadores apontam que a equipe também necessita de cuidados, referem a necessidade de investir mais em contratações, em um espaço que possibilitasse ser mais acessível em termos de estrutura física ao atendimento das pessoas em crise e que tivesse alguns recursos medicamentosos. Refletimos e entendemos, nesses aspectos, que muitas vezes essas ações vão para além da articulação dos trabalhadores e envolvem outras instâncias como: gestão municipal, estadual e federal.

Identifica-se entre os desafios da Atenção à pessoa em crise no CAPS II, a estrutura física do CAPS, falta de recursos materiais e medicamentosos, a articulação e comunicação com a rede. Entre as potencialidades identifica-se a não internação da pessoa em crise, o trabalho multidisciplinar no CAPS e a comunicação em equipe. Visualiza-se a necessidade de uma melhor articulação entre os pontos da RAPS, a melhor comunicação entre a emergência, o CAPS e a internação de maneira que possa haver um alinhamento no projeto terapêutico do usuário.

Os trabalhadores observam como uma das potencialidades de seu trabalho quando não há necessidade de internação da pessoa em crise, quando conseguem junto com a rede de apoio sustentar a crise no próprio contexto do usuário. Referem que esses casos são desafiadores e quando conseguem ter a capacidade de resposta à pessoa em crise saem fortalecidos do processo. Identificamos assim, potencialidades no cotidiano do serviço a partir dos grupos realizados que valorizam a qualidade de vida, o lazer e a produção de autonomia, há um movimento da equipe para a inserção da família como núcleo de cuidado e um olhar sensível da equipe para as histórias e contextos de vida das pessoas que ali são atendidas. Apesar das dificuldades para Atenção à pessoa em crise no CAPS II os trabalhadores do serviço estão atentos a essas questões quando observam os sinais que algo não está bem

com aquela pessoa e quando identificam isso já atendem e dão o suporte necessário para o usuário.

Por fim, reafirmamos a necessidade de refletirmos sobre os modelos assistenciais que operam nas práticas de cuidado à pessoa em crise no CAPS, bem como em seus fluxos. Não obstante, considero importante pensar a crise e os processos envolvidos na Atenção à pessoa em crise no CAPS para além do campo psiquiátrico, possibilitando situar novas formas de vivência e intervenção.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

AMARANTE, P. (Org.) **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 20. ed. São Paulo: Fiocruz, 2007.

ANTUNES, S. M. M. O.; QUEIROZ, M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 207-215, 2007.

BARROS, D. D. **Jardins de Abel**: desconstrução do Manicômio de Trieste. São Paulo: EDUSP/Lemos, 1994.

BASAGLIA, F. **A Psiquiatria Alternativa**: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

_____. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

_____. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BEZERRA JR., B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 fev. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011 Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 dez. 2011.

_____. Resolução n. 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1. p. 44-46.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN n. 311, de 08 de fevereiro de 2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, 8 fev. 2007.

COSTA, M. S. Construções em torno da crise: saberes e práticas na atenção em saúde mental e produção de subjetividades. **Archivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 94-108, 2007.

COSTA-ROSA, A. A instituição de saúde mental como dispositivo social de produção de subjetividade. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 29, n. 1, p. 115-126, 2012.

_____. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. São Paulo: UNESP, 2013.

DA SILVA, E. S.; DE MOURA, V. G. G. Crise capitalista e política de saúde pública: tendências atuais pertinentes à saúde mental brasileira. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 19, n. 1, p. 103-115, 2015.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: DELGADO, J. **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Resenha, 1991. p. xx-xx.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

DIMENSTEIN, M. *et al.* O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 95-127, 2012.

FAGUNDES, S. Saúde mental nas políticas públicas municipais. In: VENÂNCIO, A. T.; CAVALCANTE, M. T. (Org.). **Saúde mental: campos, saberes e discursos**. Rio de Janeiro: Ipub-Cuca, 2001. p. 265-276.

FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FONTENELLE, A. S. **Sujeitos em crise**: estratégias de intervenção de profissionais em Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – II. 2010. 120 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2010.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2010.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. São Paulo: Vozes, 2007.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, Magda. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-190, 2007.

JARDIM, K. F. S. B. **Habitando paradoxo: atenção à pessoa em crise no campo da saúde mental**. 2014. 163 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

KONDER, L. **O que é dialética**. 26. ed. São Paulo: Brasiliense, 2008.

LANCETTI, A. Prevenção, preservação e progresso em saúde mental. In: _____. **Saúde loucura**. São Paulo: HUCITEC, 1989. p. xx-xx.

LEFEBVRE, H. **Lógica formal, lógica dialética**. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

_____. **Marxismo**. Porto Alegre: L&PM, 2013.

LOBOSQUE, A. M. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. São Paulo: Hucitec, 1997.

LUZIO, C. A.; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 17-26, 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

_____. **A miséria da filosofia**. São Paulo: Martin Claret, 2008.

_____; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MERHY, E. E. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: _____. AMARAL, H. **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2007. p. 55-66.

_____. "Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos". In: LOBOSQUE, A. M. (Org.). **Cadernos Saúde Mental 3 – Saúde Mental: Os desafios da formação**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MINAYO, M. C. O desafio da pesquisa social. In: _____. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

NASCIMENTO JUNIOR, A. F. Fragmentos do pensamento dialético na história da construção das ciências da natureza. **Ciência e Educação**, Bauru, v. 6, n. 2, p. 119-139, 2000.

NICÁCIO, M. F. S. **O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura**. 1994. 174 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.

OLIVEIRA, M.; MOTA, E. Entrevista com Eduardo Mota e Marcus Vinícius Oliveira, supervisores do Programa de Intensificação de Cuidados a Pacientes Psicóticos. In: SILVA, M. V. O. (Org.). **IN-tensa/EX-tensa: a clínica psicossocial das psicoses**. Salvador: LEV - Laboratório de Estudos Vinculares/UFBA, 2007. p. 15-36.

OLSCHOWSKY A. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: análise da pós-graduação “lato sensu”**. 2001. 240 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Universidade Federal de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

PAULON, S. M *et al.* O foco míope: apontamentos sobre o cuidado à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais. **Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 2, p. 73-94, 2012.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

PINHO L. B.; BAÑON HERNÁNDEZ, A. M.; KANTORSKI, L. P. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 28-35, 2010a.

_____; _____. Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 260-267, 2010b.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

ROMAGNOLI, R. C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 44-52, 2014.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICACIO, M. F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Haucitec, 1990. p. xx-xx.

SAMPIERE, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5 ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

SCHMIDT, M.; FIGUEIREDO, A. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 130-40, 2009.

SILVA, E. C. A. **A precarização do trabalho em Saúde Mental**. 2010. Xxx f. Artigo (Pós-Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

SILVA, M. L. B. **A atenção à crise e o apoio matricial**: analisadores da estratégia atenção psicossocial. 2015. 313 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

SILVERMAN, D. Validity and reliability. In: SILVERMAN, D. **Interpreting qualitative data**: methods for analyzing talk, text and interaction. Londres: Sage Publications, 1995.

SKALINSKI, L. M.; PRAXEDE, W. L. A. A abordagem marxista aplicada aos métodos de investigação em saúde. **Acta Scientiarum - Human and Social Sciences**, Maringá, v. 25, n. 2, p. 305-316, 2003.

SOUZA, G. L. **Dialética**: Resumo histórico e conceituação. Brasília: AEUDF, 2003.

SOUZA, P. J. C. Resposta à crise: a experiência de Belo Horizonte. In: CAMPOS, F.B.; LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Loucura**: experiências da reforma psiquiátrica. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 101-112.

SCHRANK, Guisela. **O centro de atenção psicossocial e a inserção da família. – Porto Alegre**, 2006. 113 f. Dissertação (mestrado em enfermagem), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

TEIXEIRA JUNIOR, S. **Trajetórias assistenciais de usuários com transtornos psíquicos na rede de saúde do município de Porto Alegre**. 2010. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A. Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, p. 27-37, 2008.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde)

Estamos convidando o (a) senhor (a), a participar da presente pesquisa, intitulada “PRÁTICAS EM MOVIMENTO: CONTRADIÇÕES NO PROCESSO DE ATENÇÃO À PESSOA EM CRISE NO CAMPO PSICOSSOCIAL”, que será desenvolvida pela Mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Franciele Savian Batistella, sob a orientação do Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho. Trata-se de um estudo que tem por objetivo analisar as contradições se evidenciam no processo de Atenção à pessoa em crise em um Centro de Atenção Psicossocial II.

Esperamos que a pesquisa contribua para o avanço do conhecimento científico no campo da saúde mental, fortalecendo as práticas dos trabalhadores na Atenção à pessoa em crise na perspectiva Psicossocial.

Uma das etapas da produção de dados consiste na técnica de observação participante, na qual serão observadas situações de crise que ocorrem com usuários do serviço. Assim, esse documento permite que os dados produzidos na observação de sua situação de crise possam ser utilizados nesta pesquisa. Garantimos que em nenhum momento da pesquisa você será identificado e que você terá acesso livre aos dados da observação na qual você participou e que foram produzidos por nós. Você tem total liberdade para retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, e nós teremos o dever de destruí-las no momento em que isso acontecer. Caso isso ocorra, manifestamos nossa solidariedade e nosso respeito, bem como a garantia de que não haverá nenhuma retaliação.

Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar deste estudo, por favor, autorize e assine o consentimento abaixo. Uma via ficará conosco e será arquivada; a outra, ficará com você.

Deste modo, garantimos que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Leandro Barbosa de Pinho, pelo telefone (51) 3359-8602, com a pesquisadora Franciele Savian Batistella, pelo telefone (51) 989412005 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo telefone (51)3308-3738, localizado na Avenida Paulo Gama Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, pelo telefone (51) 32895517, localizado na Rua Capitão Montanha nº 27, 7º andar.

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e que estou de

acordo que não haverá pagamento de despesas, por parte dos pesquisadores, pela participação na pesquisa. Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados, da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo, do sigilo e anonimato. Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

Nome do participante: _____

De acordo, _____ de _____ de 2018

Assinatura do participante

APÊNDICE B – Roteiro de observação participante

Observador(a): _____

Data: ____/____/____

Local: _____

1. Identificação e descrição da situação de crise

Sexo: _____ Gênero: _____

Idade: _____ Profissão: _____

() Novo no serviço () Já é usuário (a) do serviço

a) O que aconteceu com a pessoa, como ela estava?

2. Abordagem realizada pela equipe

a) Como foi a abordagem realizada pela equipe?

b) Houve dificuldades e/ou conflitos entre a equipe na abordagem? Se sim quais?

c) A pessoa em crise/ familiar participou das decisões sobre o esse cuidado?

d) como foi a relação entre trabalhador-usuário?

e) Quais os recursos e ferramentas de cuidado utilizados?

3. Registros

a) Como são feitos e usados os registros das pessoas em crise?

b) Verificar o conteúdo dos registros (olhar alguns prontuários).

c) Observar a existência e as características de registros de reuniões de equipe sobre
Atenção à pessoa em crise

4. Fluxos e Rede

a) Quais são os critérios para atendimento de situações de crise? E para o não atendimento destas situações?

b) Quais as dificuldades encontradas no atendimento nessas situações no CAPS?

c) Quais as dificuldades encontradas no encaminhamento de situações de crise a partir do CAPS? E quais as estratégias de superação?

d) Quais situações são encaminhadas e para onde se encaminha (Pronto Socorro, Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico e outros)? Como ocorre este encaminhamento? (verbal, por escrito, por telefone é feito contato entre os profissionais, alguém do CAPS acompanha, especificar).

e) Observar no quanto o fluxo é cumprido (a flexibilidade para captar as necessidades de cada usuário e a criatividade para viabilizar soluções)

f) Observar se ocorre contrarreferência e de que forma ela acontece.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde)

Estamos convidando o (a) senhor (a), a participar da presente pesquisa, intitulada “PRÁTICAS EM MOVIMENTO: CONTRADIÇÕES NO PROCESSO DE ATENÇÃO À PESSOA EM CRISE NO CAMPO PSICOSSOCIAL”, que será desenvolvida pela Mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Franciele Savian Batistella, sob a orientação do Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho. Trata-se de um estudo que tem por objetivo analisar as contradições se evidenciam no processo de Atenção à pessoa em crise em um Centro de Atenção Psicossocial II.

Esperamos que a pesquisa contribua para o avanço do conhecimento científico no campo da saúde mental, fortalecendo as práticas dos trabalhadores na Atenção à pessoa em crise na perspectiva Psicossocial.

Realizaremos a produção de dados em duas etapas, a primeira que contará com roda de conversa a fim de aproximar a pesquisadora das concepções de crise que a equipe possui para que possam ser delineadas as situações que serão observadas na segunda etapa. A roda de conversa será realizada no próprio serviço em hora e dia a combinar com equipe, será gravada, transcrita e analisada. Para a segunda etapa da produção de dados, serão utilizadas as técnicas de observação participante, entrevistas semiestruturadas e análise documental. A entrevista conforme roteiro previamente estabelecido, será aplicada em dia e horário acordado com você e no local de sua preferência. Como a entrevista precisará do uso de gravador, pedimos sua colaboração nesse sentido. No entanto, todas as informações coletadas e transcritas serão mantidas em sigilo. Garantimos também que em nenhum momento da pesquisa você será identificado e que você terá acesso livre aos dados produzidos por nós. Você tem total liberdade para retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, e nós teremos o dever de destruí-las no momento em que isso acontecer. Caso isso ocorra, manifestamos nossa solidariedade e nosso respeito, bem como a garantia de que não haverá nenhuma retaliação.

A entrevista deverá durar em torno de 45 minutos. Estaremos atentos para minimizar quaisquer riscos morais ou emocionais que possam ocorrer com a entrevista. No entanto, caso ela esteja se tornando desconfortável para você, pedimos a gentileza de interrompê-la imediatamente. Poderemos retomá-la em outro momento ou deixamos livre a sua decisão em continuar participando ou não da pesquisa. Informamos que, se isso acontecer, será disponibilizado o auxílio necessário para ajudar a enfrentar essa situação.

Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar deste estudo, por favor, autorize e assine o consentimento abaixo. Uma via ficará conosco e será arquivada; a outra, ficará com você.

Deste modo, garantimos que todas as determinações ético-legais serão

cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Leandro Barbosa de Pinho, pelo telefone (51) 3359-8602, com a pesquisadora Franciele Savian Batistella, pelo telefone (51) 989412005 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo telefone (51)3308-3738, localizado na Avenida Paulo Gama Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, pelo telefone (51) 32895517, localizado na Rua Capitão Montanha nº 27, 7º andar.

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e que estou de acordo que não haverá pagamento de despesas, por parte dos pesquisadores, pela participação na pesquisa. Autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário. Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados, da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo, do sigilo e anonimato. Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

Nome do participante: _____

De acordo, _____ de _____ de 2018

Assinatura do Participante

APÊNDICE D – Roteiro de entrevista**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Codinome: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Gênero: _____

Profissão: _____

Tempo que atua no CAPS: _____

Tempo que atua no campo da saúde mental: _____

Pergunta norteadora:

a) Qual é a sua opinião em relação ao cuidado à pessoa em crise disponibilizado aqui no CAPS?

b) Quais são os desafios da equipe que você percebe em relação ao cuidado à pessoa em crise?

c) Quais são as potencialidades da equipe que você percebe em relação ao cuidado à pessoa em crise?

ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS EM MOVIMENTO: CONTRADIÇÕES NO PROCESSO DE ATENÇÃO À PESSOA EM CRISE NO CAMPO PSICOSSOCIAL

Pesquisador: Leandro Barbosa de Pinho

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 88776818.4.0000.5347

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.854.993

Apresentação do Projeto:

Trata-se da quarta versão da Proposta de Dissertação de FRANCIELE SAVIAN BATISTELLA, orientada pelo Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho, apresentada junto ao PPGENF/UFRGS. Parecer de aprovação foi emitido pelo CEP/UFRGS em 25/06/2018. No entanto, o CEP/SMS fez solicitações e foi apresentada uma nova versão do projeto com as alterações indicadas.

Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa, a ser realizado realizado no Centro de Atenção Psicossocial II do município de Porto Alegre, RS. Terá como participantes da pesquisa os trabalhadores do local no total de 15 pessoas (10 trabalhadores e 5 usuários).

Para a produção de dados, serão realizadas duas etapas. Na primeira etapa, será agendada uma roda de conversa com os trabalhadores do serviço, que aceitarem participar, a fim de responder a seguinte questão norteadora: o que você entende por crise? Essa roda de conversa terá por objetivo aproximar a pesquisadora das concepções de crise que a equipe possui para que possam ser delineadas as situações que serão observados na segunda etapa. A roda de conversa será gravada, transcrita e analisada.

Para a segunda etapa da produção de dados, serão utilizadas as técnicas de observação participante, entrevistas semiestruturadas e análise documental. A observação participante

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.854.983

realizada no processo de cuidado à pessoa em crise no serviço será a partir da avaliação, nos diferentes momentos, das possibilidades e dos graus de intervenção da observação de cada situação. Para que o atendimento à pessoa em crise não seja prejudicado pela presença da pesquisadora, para registro dessas observações será utilizado um diário de campo e um roteiro de observação. Serão realizadas aproximadamente 200 horas de observação.

As entrevistas serão realizadas com os trabalhadores do CAPS a partir de um roteiro semiestruturado.

A análise documental será realizada a partir de documentos oficiais e produzidos pela equipe, a fim de abranger de forma mais ampla as complexidades e os movimentos do processo de cuidado. Após a vivência dos processos no campo de estudo e a produção dos dados a partir dos instrumentos da pesquisa, será realizada a análise dos dados produzidos e dos processos vividos à luz do referencial teórico materialista dialético de tradição marxista. Será utilizada a técnica de triangulação de dados, para auxiliar na análise dos processos e produtos elaborados pelo pesquisador (entrevistas e observações) e pelo meio (documentos) será utilizada a técnica de análise de conteúdo do tipo temática.

Os critérios de inclusão serão aplicados e pensados tendo em vista três dimensões da pesquisa: a observação, as entrevistas e a consulta documental. Para a observação, serão incluídas as situações em que seja visualizado e identificado pela equipe e pela pesquisadora como uma situação em que a pessoa que utiliza o CAPS esteja vivenciando uma crise, tendo como ponto de partida, para identificar essas situações, as concepções e o delineamento do entendimento de crise realizado na primeira etapa da produção dos dados com os participantes da pesquisa. Aqui cabe ressaltar que as pessoas envolvidas nessas situações de Atenção à pessoa em crise não serão identificadas, a fim de que se possa superar uma observação que pessoalize e julgue as práticas dos trabalhadores e possa ser analisado os processos e as relações presentes no movimento da Atenção à pessoa em crise identificando os seus desafios, contradições, tensões e possibilidades. Para as entrevistas serão incluídos todos os trabalhadores de diferentes níveis de escolaridade, que aceitem participar, sejam eles novos ou antigos no serviço.

Serão incluídos para a consulta documental tanto documentos produzidos por órgãos oficiais

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.854.993

quanto os registros realizados pelos trabalhadores, como os Planos Terapêuticos, prontuários clínicos das situações observadas quanto os demais documentos que possam ser produzidos pela equipe que tenham como enfoque e/ou que se relacionem à Atenção à pessoa em crise.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as contradições que se evidenciam no processo de Atenção à pessoa em crise em um Centro de Atenção Psicossocial II.

Objetivos Secundários:

- Conhecer as concepções de crise atribuídas pelos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS);
- Conhecer saberes e práticas dos trabalhadores no processo de Atenção à pessoa em crise em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS);
- Identificar limites, potencialidades e desafios na Atenção à pessoa em crise em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Está assim descrito:

"Riscos:

essa pesquisa não confere riscos ou danos físicos aos seus participantes pois não serão utilizados procedimentos invasivos e/ou dolorosos. Em caso das perguntas, no momento da entrevista, acarretarem em choro, tristeza, constrangimento ou outros desconfortos emocionais a entrevista será imediatamente interrompida e será disponibilizada escuta e acolhida do participante.

Benefícios:

Considero, que essa pesquisa trará contribuições para o processo de trabalho desses trabalhadores na Atenção à pessoa em crise no CAPS, possibilitará uma visibilidade maior do trabalho realizado na experiência de CAPS no RS abarcando os desafios, contradições e possibilidades vivenciadas pelos seus trabalhadores na Atenção à pessoa em crise, assim como contribuirá para o fortalecimento das práticas de cuidado no campo da Atenção Psicossocial."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto adequado do ponto de vista teórico-metodológico.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.854.993

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos:

- projeto detalhado;
- folha de rosto devidamente assinada;
- TCLE (na terceira versão, para trabalhadores e usuários);
- Termo de Compromisso de Utilização e Divulgação dos Dados;
- Termo de Ciência e Autorização da Coordenação de Saúde Mental da SMS/Porto Alegre;
- Termo de Anuência do Centro de Atenção Psicossocial II Glória-Cruzeiro-Cristal;
- informações básicas da PB.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está em condições de aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1207594_É1.pdf	24/08/2018 10:35:29		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	24/08/2018 10:28:58	Franciele Savian Batistella	Aceito
Parecer Anterior	respostapendencia.pdf	24/08/2018 10:03:00	Franciele Savian Batistella	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhadocep.pdf	24/08/2018 10:02:06	Franciele Savian Batistella	Aceito
Outros	termocienciasms.pdf	11/06/2018 17:45:36	Franciele Savian Batistella	Aceito
Outros	termocompromisso.pdf	11/06/2018 17:44:34	Franciele Savian Batistella	Aceito
Outros	cartaresposta.pdf	11/06/2018 17:29:34	Franciele Savian Batistella	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	30/04/2018 10:20:44	Leandro Barbosa de Pinho	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.854.993

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 30 de Agosto de 2018

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS EM MOVIMENTO: CONTRADIÇÕES NO PROCESSO DE ATENÇÃO À PESSOA EM CRISE NO CAMPO PSICOSSOCIAL

Pesquisador: Leandro Barbosa de Pinho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 88776818.4.3001.5338

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.900.931

Apresentação do Projeto:

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira visa ampliar a concepção de cuidado à pessoa em sofrimento, que antes era centrada apenas no hospital psiquiátrico, para uma rede de serviços e dispositivos Grande do Sul e terá como participantes do estudo os trabalhadores do local. Para a produção de dados serão utilizadas as técnicas de entrevista, observação participante e análise documental. Espera-se que essa pesquisa contribua para o processo de trabalho dos trabalhadores na Atenção à pessoa em crise no CAPS, assim como, para o fortalecimento das práticas de cuidado no campo da Atenção Psicossocial do município de Porto Alegre sanitários, territoriais e socioculturais, abrangendo uma perspectiva de cuidado em liberdade privilegiando as histórias e escolhas de vida das pessoas. Sabe-se, no entanto, que apesar desses avanços surgiram também inúmeros desafios para a efetivação das políticas públicas e da Reforma Psiquiátrica no cotidiano dos serviços de saúde e da própria sociedade. Entre esses desafios a Atenção à pessoa em crise tem sido uma das questões mais conflituosas, intrigantes e estratégicas para a Reforma Psiquiátrica brasileira, sendo também um dos pontos mais complexos do processo de mudanças paradigmáticas que envolvem a reestruturação da Atenção em saúde mental no Brasil. A partir disso pretende-se responder à seguinte questão norteadora de pesquisa: que contradições se evidenciam na Atenção à pessoa em crise em um Centro de Atenção Psicossocial? Tem-se como objetivo geral: analisar as contradições que se evidenciam no processo de Atenção à pessoa em crise em um Centro de Atenção Psicossocial II e específicos: conhecer as concepções de

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.900.931

crise, os saberes e práticas dos trabalhadores no processo de Atenção à pessoa em crise, Identificando limites, potencialidades e desafios na Atenção à pessoa em crise em um Centro de Atenção Psicossocial. Método: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso a partir do referencial teórico metodológico materialista dialético de tradição marxista. Será realizada em um CAPS II do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul e terá como participantes do estudo os trabalhadores do local. Para a produção de dados serão utilizadas as técnicas de entrevista, observação participante e análise documental. Espera-se que

essa pesquisa contribua para o processo de trabalho dos trabalhadores na Atenção à pessoa em crise no CAPS, assim como, para o fortalecimento das práticas de cuidado no campo da Atenção Psicossocial do município de Porto Alegre.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as contradições que se evidenciam no processo de Atenção à pessoa em crise em um Centro de Atenção Psicossocial II.

Objetivo Secundário:

- Conhecer as concepções de crise atribuídas pelos trabalhadores do CAPS;
- Conhecer saberes e práticas dos trabalhadores no processo de Atenção à pessoa em crise em um Centro de Atenção Psicossocial;
- Identificar limites, potencialidades e desafios na Atenção à pessoa em crise em um Centro de Atenção Psicossocial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme os autores do estudo:

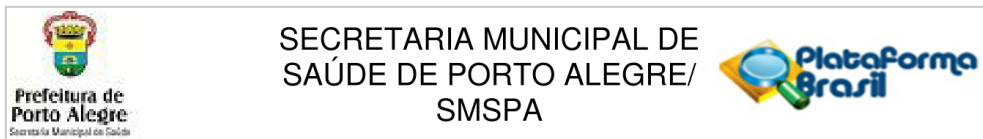
Riscos:

Essa pesquisa não confere riscos ou danos físicos aos seus participantes pois não serão utilizados procedimentos invasivos e/ou dolorosos. Em caso das perguntas, no momento da entrevista, acarretarem em choro, tristeza, constrangimento ou outros desconfortos emocionais a entrevista será imediatamente interrompida e será disponibilizada escuta e acolhida do participante.

Benefícios:

Considero, que essa pesquisa trará contribuições para o processo de trabalho desses

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.900.931

trabalhadores na Atenção à pessoa em crise no CAPS, possibilitará uma visibilidade maior do trabalho realizado na experiência de CAPS no RS abarcando os desafios, contradições e possibilidades vivenciadas pelos seus trabalhadores na Atenção à pessoa em crise, assim como contribuirá para o fortalecimento das práticas de cuidado no campo da Atenção Psicossocial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisador responsável: Leandro Barbosa de Pinho

Assistente de pesquisa: Franciele Savian Batistella

Nível da pesquisa: mestrado

Instituição: UFRGS

Curso: enfermagem

Local de realização do estudo: CAPS II

Duração do estudo: 11 meses

Número de sujeitos da pesquisa: 15

Data prevista para conclusão do estudo: 01/03/2019

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios apresentados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a avaliação ética foram identificadas as seguintes pendências:

1 - Como a coleta de dados com os trabalhadores do serviço será em duas etapas e necessitará de algum tempo dos servidores, como os pesquisadores assegurarão que esta atividade não interferirá ou causará poucos impactos ao atendimento do serviço? Esclarecer.

Resposta do pesquisador: Em relação aos impactos e interferências da pesquisa no serviço asseguramos que esta não interferirá no andamento das atividades do serviço, pois apenas será acompanhado o trabalho que já é realizado pela equipe sem qualquer interferência ou questionamento do que já é realizado. A roda de conversa será realizada em local e horário a decidir com os trabalhadores que participarão do estudo, tendo duração máxima de 40 minutos, será sugerido o espaço da reunião de equipe para esse encontro com os trabalhadores assegurando que a reunião possa ocorrer sem qualquer prejuízo das discussões. (alterações no

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.900.931

documento projetodetalhadocep.pdf página 46 segundo parágrafo e 59 terceiro parágrafo) Serão realizadas entrevistas individuais, sendo 1 entrevista por semana e durarão no máximo 45 minutos. As entrevistas serão realizadas em data e hora e local a combinar com o trabalhador, não sendo possível no dia marcado, ela será remarcada. Se o trabalhador, no momento da entrevista necessitar sair, ele poderá, e será dada continuidade a entrevista no momento em que ele achar melhor, ou caso não queira mais participar ele poderá. Asseguramos portanto que as entrevistas só serão realizadas mediante concordância do trabalhador e sem que haja qualquer interferência nas atividades desenvolvida pelo mesmo. (alterações no documento projetodetalhadocep.pdf na página 48 segundo e terceiro parágrafo e página 60 primeiro e segundo parágrafo). Assim, acreditamos que o processo de produção de dados para pesquisa causará poucas interferências no serviço prestado pois nosso objetivo é justamente produzir os dados junto com os trabalhadores a partir da realidade do serviço e flexíveis ao processo de trabalho do local do estudo.
Análise:pendência atendida.

2 - Quanto ao TCLE:

A) Incluir o tempo de duração da coleta de dados na roda de conversa, para que o participante tenha um parâmetro e possa avaliar na tomada de decisão quanto a sua participação;

Resposta do pesquisador: O tempo de duração da roda de conversa será de no máximo 40 minutos (alterações no documento projetodetalhadocep.pdf página 46 segundo parágrafo e 59 terceiro parágrafo).

Análise: pendência atendida.

B) Trocar a palavra cópia por via.

Resposta do pesquisador: A palavra "cópia" foi substituída pela palavra "via" (alterações no documento projetodetalhadocep.pdf na página 60 terceiro parágrafo e 62 quarto parágrafo).

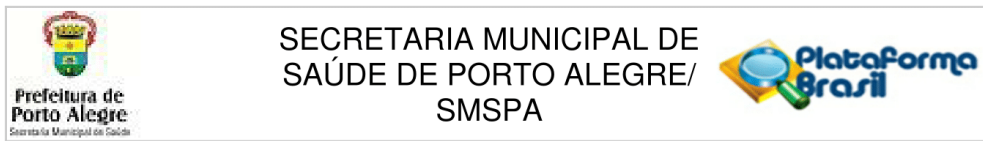
Análise: pendência atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento /	tcle.pdf	24/08/2018 10:28:58	Franciele Savian Batistella	Aceito

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA

Continuação do Parecer: 2.900.931

Justificativa de Ausência	tcle.pdf	24/08/2018 10:28:58	Franciele Savian Batistella	Aceito
Parecer Anterior	respostapendencia.pdf	24/08/2018 10:03:00	Franciele Savian Batistella	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhadocep.pdf	24/08/2018 10:02:06	Franciele Savian Batistella	Aceito
Outros	termocienciasms.pdf	11/06/2018 17:45:36	Franciele Savian Batistella	Aceito
Outros	termocompromisso.pdf	11/06/2018 17:44:34	Franciele Savian Batistella	Aceito
Outros	cartaresposta.pdf	11/06/2018 17:29:34	Franciele Savian Batistella	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 18 de Setembro de 2018

Assinado por:
Thais Schossler
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com