

Concepções acerca das relações de cuidado entre trabalhadores e a pessoa em crise em um centro de atenção psicossocial

Conceptions about the relationships of care between workers and the person in crisis in a psychosocial care center

Concepciones sobre las relaciones de cuidado entre los trabajadores y la persona en crisis en un centro de atención psicossocial

Franciele Savian Batistella¹, Leandro Barbosa de Pinho², Marcio Wagner Camatta³, Rosemarie Gartner Tschiedel⁴,
Miriam Thais Guterres Dias⁵

Como citar: Batistella FS, Pinho LB, Camatta MW, Tschiedel RG, Dias MTG. Concepções acerca das relações de cuidado entre trabalhadores e a pessoa em crise em um centro de atenção psicossocial. REVISA. 2024; 13(3): 806-17. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v13.n3.p806a817>

REVISA

1. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-3446-8264>

2. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-1434-3058>

3. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-4067-526X>

4. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-3490-8220>

5. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-3881-4961>

Recebido: 12/04/2024
Aprovado: 23/06/2024

RESUMO

Objetivo: analisar as concepções dos trabalhadores nas relações de cuidado estabelecidas com a pessoa em crise em um Centro de Atenção Psicossocial. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo, que teve como referencial teórico o materialismo dialético. Para produzir os dados foram utilizadas técnicas de observação participante, uma roda de conversa com a equipe de um centro de atenção psicossocial em Porto Alegre- RS e entrevistas individuais semi-estruturadas com os trabalhadores no período de outubro a dezembro de 2018. Resultados: as concepções de crise estão subjetivadas pelas vivências e experiências de cada trabalhador. Assim, as práticas em saúde mental situam-se numa relação intercessora e pendular entre o modelo psiquiátrico-hospitalocêntrico-medicalizador e o modelo psicossocial, operando em processos e movimentos contraditórios. **Conclusão:** as concepções do cuidado à pessoa em crise são individuais de cada trabalhador, sendo a relação pendular uma característica marcante desse cuidado.

Descritores: Saúde mental; Reforma psiquiátrica; Crise; Psicossocial.

ABSTRACT

Objective: to analyze the conceptions of workers in the care relationships established with the person in crisis in a Psychosocial Care Center. **Method:** this is a qualitative study, which had dialectical materialism as its theoretical framework. To produce the data, participant observation techniques were used, a conversation with the team of a psychosocial care center in Porto Alegre-RS and individual semi-structured interviews with workers from October to December 2018. **Results:** conceptions of crisis are subjectivized by the experiences of each worker. Thus, mental health practices are situated in an intercessory and pendular relationship between the psychiatric-hospital-centric-medicalizing model and the psychosocial model operating in contradictory processes and movements. **Conclusion:** the conceptions of care for people in crisis are individual to each worker, with the commuting relationship being a striking characteristic of this care.

Descriptors: Mental health; Psychiatric reform; Crisis; Psychosocial.

RESUMEN

Objetivo: analizar las concepciones de los trabajadores en las relaciones de cuidado establecidas con la persona en crisis en un Centro de Atención Psicossocial. **Método:** se trata de un estudio cualitativo, que tuvo como marco teórico el materialismo dialético. Para producir los datos se utilizaron técnicas de observación participante, conversación con el equipo de un centro de atención psicossocial de Porto Alegre-RS y entrevistas individuales semiestructuradas con trabajadores de octubre a diciembre de 2018. **Resultados:** las concepciones de la crisis están subjetivadas por las experiencias de cada trabajador. Así, las prácticas de salud mental se sitúan en una relación intercesora y pendular entre el modelo psiquiátrico-hospitalizador-medicalizante y el modelo psicossocial operando en procesos y movimientos contradictorios. **Conclusión:** las concepciones de atención a las personas en crisis son individuales para cada trabajador, siendo la relación de desplazamiento una característica llamativa de esta atención.

Descriptor: Salud mental; Reforma psiquiátrica; Crisis; Psicossocial.

Introdução

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

Amarante¹ refere que o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é complexo e contempla quatro campos/dimensões fundamentais: a teórico-conceitual, a técnico-assistencial, a jurídico-política e a sociocultural. Assim, as mudanças propostas nessas diversas dimensões se configuram como um novo paradigma de Atenção em saúde mental, onde 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 da Reforma Psiquiátrica e do movimento de luta antimanicomial, tem permitido, nesse sentido, processos de superação do paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador.² Por si só, essa concepção atribui novos modos de se entender e se relacionar com a loucura, possibilitando a efetivação do modelo de Atenção Psicossocial.

Segundo Costa-Rosa,² 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.

Nessa perspectiva, conforme apontam Amarante³ e Dimenstein⁴, 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. Souza⁵ refere que “a crise mostra a loucura impura e incontornável”, anunciando “o prenúncio do crime e a ruptura da ordem”.

Assim, as manifestações da crise, com todas as questões que ela confronta e suscita, acaba muitas vezes, segundo o autor, justificando a entrada da pessoa no circuito psiquiátrico, no contexto que hoje chamamos de paradigma psiquiátrico, caracterizado, principalmente, pelo silenciamento dessas manifestações por meio de isolamento, contenções mecânicas e químicas, além de diferentes formas de exclusão e segregação do espaço social. Essas e outras ponderações também são apontadas em outros estudos.^{6,7}

Antunes⁸ refere 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.

Assim, a partir desses aspectos, os avanços 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 cuidado⁹.

Nesse contexto, mesmo os serviços comunitários, como os CAPS, que pretendem, em sua matriz, 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.¹⁰

A partir desses aspectos, considera-se importante trazer uma reflexão crítica sobre as questões referentes a esses serviços de Atenção, que são eixo fundamental e estratégico para pensar a Atenção à pessoa em crise numa perspectiva de cuidado Psicossocial. Assim, o objetivo desse artigo é analisar as concepções dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a partir das relações de cuidado estabelecidas no serviço com as pessoas em situações de crise.

Método

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva, do tipo estudo de caso. Para atingir os objetivos propostos, foi utilizado o método de abordagem dialética na perspectiva materialista, a partir de uma releitura marxista. 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.¹¹

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,¹¹ a partir da compreensão dos diferentes elementos sociais interligados a uma mesma totalidade, respeitando a historicidade e as contradições contidas nesse processo. Para a descrição dessa pesquisa, foram utilizados os seguintes instrumentos de redação científica: COREQ e SRQR.

O estudo foi realizado em um CAPS de um distrito sanitário do município Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, no período de outubro a dezembro de 2018. Os participantes da pesquisa foram 11 trabalhadores de um CAPS. 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.

Para vivenciar os processos no campo de pesquisa e produzir os dados, inicialmente, foi feito 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, que puderam ser modificadas e revistas ao longo do processo de pesquisa.

A produção de dados foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa, foi agendada uma roda de conversa com os trabalhadores do serviço no próprio CAPS em um dia de reunião de equipe, com aqueles que aceitaram participar, a fim de responder a seguinte questão norteadora: o que você entende por crise?

Nessa roda de conversa, participaram 11 trabalhadores, identificados na pesquisa com a sigla RCT que significa “roda de conversa trabalhador”, seguidas da ordem em que aparecem na entrevista. Exemplo: RCT01, RCT08. A roda de conversa teve por objetivo produzir aproximações dos pesquisadores

com o campo da pesquisa, assim como debater com os trabalhadores suas concepções acerca da crise em saúde mental.

A roda de conversa teve duração de 1 hora e 30 minutos e foi gravada e transcrita na íntegra. Concluída a primeira etapa da produção de dados, partiu-se para a segunda etapa, que se constituiu na aplicação de entrevistas individuais e semi-estruturadas 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 semi-estruturado, a fim de colocar em evidência a voz deles em relação ao tema e ao objeto de estudo. Para esse momento foi utilizado gravador. As entrevistas foram transcritas e analisadas. Os trabalhadores entrevistados individualmente foram identificados com codinomes (T01, T02, T03, T04, T05, T06), a fim de se manter o sigilo das informações pessoais. Foi adicionada a sigla RC ao registro de cada trabalhador, de maneira que o trabalhador T01 foi identificado RCT01 para a roda de conversa e, assim, sucessivamente.

Participaram da pesquisa duas psicólogas, duas terapeutas ocupacionais, três médicas psiquiatras, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e um segurança. Nesses momentos da produção dos dados, foram explicados os objetivos da pesquisa e os aspectos éticos que envolviam a participação dos participantes e os compromissos da pesquisadora. Após a vivência dos processos no campo de estudo e a produção dos dados, a partir dos instrumentos da pesquisa, procedeu-se à análise temática das entrevistas¹².

A análise temática 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 Minayo¹², 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 se realizam interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abrindo outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material¹².

Após a escrita de análise, foi realizada uma nova roda de conversa com os trabalhadores, no mês de dezembro, a fim de mostrar os resultados do estudo e para que pudessem dar retorno do que foi encontrado, fatores que foram levados em consideração na escrita final do trabalho.

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 humanos¹³ e a Resolução 510/2016¹⁴, 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.¹⁵

Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição

proponente e ao Comitê da Secretaria Municipal de Saúde, sendo ambos aprovados em 25 de agosto de 2018 e 30 de agosto de 2018, respectivamente, ambos sob parecer n. 2854993. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a produção das entrevistas, no qual os pesquisadores se comprometeram a preservar a privacidade dos participantes e o sigilo das informações produzidas. O termo foi assinado pelos participantes em duas vias.

Resultados

A partir das entrevistas e da vivência de campo, foi possível observar que o CAPS ocupa um lugar preventivo em relação à crise e à emergência em saúde mental, ou plantão, como os trabalhadores costumam chamar no serviço em estudo; 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, 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, 2018).

Percebe-se, nesse sentido, que um dos desafios do CAPS é na relação de cuidado que se estabelece quando a pessoa já está em crise, pois além de existirem algumas limitações no serviço como a falta de uma estrutura física que possibilite com segurança o manejo da pessoa em crise, há também um modo de funcionar dentro da estrutura do serviço que não comporta esse cuidado de forma integral:

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, 2018).

A aposta dos trabalhadores do CAPS situa-se no manejo e na forma como irão abordar o cuidado. A equipe se organiza a partir da concepção de crise como um conjunto de sintomas, dentro de um quadro psiquiátrico. Dessa forma, a equipe se orienta para evitar, contornar ou conter o aparecimento da crise, dentro de uma perspectiva médica e clínica do processo:

Tenta-se contê-la [a crise], 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, 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, 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, 2018).

Ao mesmo tempo em que os trabalhadores contornam a crise para 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 e do próprio usuário. Nas palavras dos trabalhadores:

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

Observa-se, 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, percebe-se que, ao mesmo tempo em que isso produz uma relação saudável para a equipe no sentido de terem obtido uma constância e uniformidade nas práticas, faz também com que algumas contradições e processos contraditórios da prática consigam ser apreendidos nesse cuidado pelos trabalhadores.

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 e impressões que a crise produz em cada um nessa relação.

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 de 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 “enunciação” 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, ela é entendida pela equipe pesquisada 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, 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, 2018).

Fica evidenciado que a crise, além de ser uma situação singular, ou seja, vivenciada de maneiras diferentes, a partir de cada trabalhador da equipe, 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 de 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, 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).

A trabalhadora T04 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 também 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. [...]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, 2018).

Observa-se que a internação psiquiátrica é um dos aspectos que colocam 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.

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? [...] Talvez, às vezes, eu sofro 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, 2018).

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. Um dos questionamentos é se essa internação seria uma real necessidade da pessoa em crise e/ou passa a ser uma estratégia utilizada pelos trabalhadores quando encontram uma situação em que a ordenação do serviço, as ferramentas que possuem e a rede de apoio do usuário não conseguem ser suficientes.

Percebe-se que, em algumas situações, a relação que se estabelece com a pessoa em crise pode direcionar a tendência do modelo de 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 ou para o outro. (T05, 2018).

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 para quem é prescrito.

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, 2018).

Diante disso, percebe-se que o tratamento medicamentoso ainda assume uma centralidade no processo de atenção à pessoa em crise, podendo assumir um duplo papel ao ser utilizado tanto como um dispositivo de melhora significativa da crise com efeitos terapêuticos e da qualidade de vida, quanto como uma contenção química que pode causar, em alguns momentos, efeitos mais sedativos, a fim de cessar a crise do usuário, perdendo-se a oportunidade

de vislumbrar, na própria crise vivenciada pelo usuário, possibilidades de intervenção eficazes que não se situam apenas no uso da medicação e/ou uma possível internação.

Situam-se, assim, as práticas de cuidado à pessoa em crise no CAPS numa relação intercessora e pendular entre o modelo psiquiátrico-hospitalocêntrico-medicalizador e o modelo psicossocial, que operam em processos e movimentos contraditórios e, a partir dessas relações, vão se produzindo mosaicos de cuidado, possibilitando novas configurações e modos de cuidar.

Discussão

Ressignificar a atenção à pessoa em crise para além do silenciamento dos sintomas e do isolamento do sujeito inclui lidar com a complexidade e com a incerteza, o que impacta diretamente na capacidade dos profissionais e serviços em disponibilizar-se a atuar em redes substitutivas ao modelo asilar, reorganizando seus processos de trabalho e articulando suas práticas.¹⁶

Assim, para pensar as relações de cuidado no CAPS é preciso colocar em evidência a interface clínico-política do trabalho em saúde mental, uma vez que estes serviços implicam outros modos de criação que não podem se realizar sem que nos arrisquemos numa experiência de crítica e de análise das formas instituídas, o que nos compromete, necessariamente, com a política.¹⁷ Assim, salienta-se a necessidade de investir em novas formas de cuidado que tenham eixo direcional à clínica ampliada, contribuindo para uma nova compreensão do processo saúde-sofrimento-adoecimento psíquico, bem como para a invenção de práticas de cuidado.¹⁸

Franco¹⁹ refere que o trabalho em saúde se dá a partir de encontros entre trabalhadores e desses com os usuários, em fluxos permanentes entre sujeitos que são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade.

Segundo Ferigato, Campos e Ballarin²⁰, muitos profissionais esquecem a potência intrínseca de uma crise que oferece uma oportunidade de transformação e desvio, “momento de metamorfose, de saída de um lugar historicamente dado para um outro lugar a ser simplesmente reconstruído, por seu caráter inédito”. Desta maneira, é necessário questionar algumas concepções ainda existentes em nosso cotidiano que tendem a generalizar a crise, entendendo-a como um desvio da conduta normal, como um erro, como uma dificuldade de adaptação ou distúrbio, buscando, com isso, construir formas de compreender as situações de crise em sua singularidade e em seu contexto existencial.²¹

Segundo Merhy²², numa situação de crise, o profissional precisa 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 resignificar o projeto terapêutico do usuário.

Fagundes²³ auxilia 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.

Há um tênue limite entre produzir autonomia ou dependência, entre cuidar ou tutelar e essas discussões precisam estar presentes no processo de trabalho dos profissionais que trabalham em CAPS e isto pressupõe um olhar para além da "doença, que esteja articulado às necessidades que as pessoas demandam ao serviço."²⁴

Entende-se 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, propõe-se olhar para as situações de crise como os "pássaros que vêm bater o bico no vidro da janela"²⁵ nos provocando a pensar processos, situar trajetórias, construir alternativas e modos de superação aos formatos já instituídos de lidar com a loucura, possibilitando entender a crise como uma situação vivenciada por uma pessoa, com direitos, possibilidades de escolha e em uma condição legítima de existência.

Considerações finais

Foi possível observar, a partir do estudo, 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 no próprio CAPS.

Identificou-se que os trabalhadores, no processo de cuidado à pessoa em crise, também são afetados com essas situações, ao mesmo tempo em que os movimentos e processos de recomposição do eu-trabalhador possibilitam transformar as relações e processos de trabalho a partir desses encontros. Além disso, visualizamos que muitas vezes a relação que se estabelece com a pessoa em crise no serviço pode direcionar o cuidado e re-situar as trajetórias e circuitos assistenciais do usuário.

Assim, observou-se que as concepções do cuidado à pessoa em crise são individuais de cada trabalhador, sendo a relação pendular entre o modelo médico-hospitalocêntrico-medicalizador e o modelo psicossocial uma característica marcante desse cuidado. Além disso, a crise se configura numa situação singular, vivenciada de maneiras diferentes a partir de cada trabalhador da equipe e subjetivada pelas concepções de cada núcleo profissional.

É importante ressaltar que o sofrimento e/ou o transtorno da pessoa que vivencia a crise necessita da utilização de esquemas de ordem psiquiátrica tradicional, e se aposta também em uma outra ética de cuidado. Isso quer dizer apostar na possibilidade de outras formas e outros modos de relação, que trilham os caminhos terapêuticos "junto com" o usuário e que sejam capazes de superar as lógicas de cuidado que possuem esquemas pré-definidos, protocolares e que sempre sabem o que é melhor para o corpo e a vida do outro. Identifica-se, assim, a necessidade de constituir a nós mesmos, profissionais da saúde mental, enquanto sujeitos éticos e ativos no processo da Reforma Psiquiátrica.

Considera-se que o resultado dessa pesquisa trará contribuições para o processo de trabalho na Atenção à pessoa em crise no CAPS II, possibilitando 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 para o fortalecimento das práticas de cuidado no campo da Atenção Psicossocial.

Entende-se que o estudo apresenta limitações quanto a ter apenas a concepção dos trabalhadores do serviço e não a dos usuários, além disso a maior fonte de dados foram das entrevistas semi-estruturadas e observação participante. Considera-se que o uso de mais fontes poderia trazer mais elementos à análise do objeto de estudo.

Agradecimentos

Esse estudo foi financiado pelos próprios autores.

Referências

- 1 Amarante P, organizador. Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2nd. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.
- 2 Costa-Rosa A. Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. São Paulo: Editora Unesp; 2013.
- 3 Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 20ed. São Paulo: Fiocruz; 2007.
- 4 Dimenstein M. et al. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. Polis e Psique. 2013; 2(1):95-127. doi: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.40323>
- 5 Souza PJC. Resposta à crise: a experiência de Belo Horizonte. In: Campos FB; Lancetti A, organizadores. Saúde Loucura - Experiências da reforma psiquiátrica. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 101-12.
- 6 Gruska V, Dimenstein M. Reabilitação Psicossocial e Acompanhamento Terapêutico: equacionando a reinserção em saúde mental. Psicol. Clin. 2015; 27(1):101-22.
- 7 Zeferino MT, Cartana MHF, Fialho MB, Huber MZ, Bertencello, KCG. Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado às crises na Rede de Atenção Psicossocial. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2016, 20(3). doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160059>
- 8 Antunes SMMO, Queiroz MS. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. Cadernos de Saúde Pública. 2007;23(1):207-15. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000100022>
- 9 Dell' Acqua G, Mezzina, R. Resposta à crise. In: Delgado J. A loucura na sala de jantar. São Paulo; Editora Resenha,1991. p. 53-59.

10 Basaglia F. A Instituição Negada - relato de um hospital psiquiátrico. 2nd. Rio de Janeiro; Graal, 1991.

11 Lefebvre H. Lógica formal, lógica dialética. 5th. Rio de Janeiro; Civilização Brasileira, 1991.

12 Minayo MC. O desafio da pesquisa social. In: Minayo MC. organizador. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro; Vozes, 2007, p.9-21.

13 Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2023 out 18] Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

14 Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. [Internet]. Brasília; 2016 [citado 2023 out 18] Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.

15 Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 311, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2023 out 18] Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007/>

16 Zeferino MT. Crise e Urgência em Saúde Mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental. In: Zeferino, MT, Rodrigues J, Assis JT. organizadores. 4th. Florianópolis; Universidade Federal de Santa, 2015, p.13.

17 Bezerra Jr B. O cuidado nos CAPS: os novos desafios. *Academus Revista Científica da Saúde*. 2016;3(4).

18 Barbosa V.F.B et al. Tecnologias leves para o cuidado de enfermagem na atenção psicossocial: contribuições à superação de estigmas sobre a doença mental. *Extensio: Revista Eletrônica de Extensão*. 2017;14(26):119-32. doi: <https://doi.org/10.5007/1807-0221.2017v14n26p119>

19 Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Matos RA. *Gestão em redes*. Rio de Janeiro; LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

20 Ferigato SH, Campos RTO, Ballarin MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*. 2007;6(1):31-44.

21 Costa MS. Construções em torno da crise: saberes e práticas na atenção em saúde mental e produção de subjetividades. *Archivos Brasileiros de Psicologia*. 2007;59(1):94-108.

22 Merhy EE. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: Merhy EE,

Amaral H. organizadores. A reforma psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo; Editora Aderaldo & Rothschild, 2007, p.55-66.

23 Fagundes S. Saúde mental nas políticas públicas municipais. In: Venâncio AT, Cavalcante MT. organizadores. Saúde mental: campos, saberes e discursos. Rio de Janeiro; Ipub-Cuca, 2001, p.265-276.

24 Yasui S. A produção do cuidado no território: "há tanta vida lá fora". Textos de apoio para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental. 2010

25 Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. São Paulo; Vozes, 2007.

Autor de correspondência
Franciele Savian Batistella
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Av. Paulo Gama, nº 110. CEP: 90060-040 - Farroupilha.
Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
fransavian@gmail.com