

A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial

Aline Gomes Martins¹

RESUMO: Este trabalho é originado de pesquisa de mestrado que teve por objetivo problematizar a noção de crise que dá sustentação à atuação dos centros de atenção psicossocial (CAPSs), por meio de estudo realizado em uma unidade de atenção nesse formato. Foram feitos levantamento bibliográfico em torno do tema, observações da rotina do serviço e entrevistas com técnicos do CAPS. As entrevistas foram gravadas e submetidas à análise de conteúdo, resultando em categorias de análise. Elas mostram que existe uma multiplicidade de saberes e de noções convivendo, mas predomina a noção de crise aos moldes da clínica médica. O sujeito é avaliado com base em seu comportamento, e não se abrem possibilidades para outros tratamentos que levem em consideração aspectos subjetivos e intersubjetivos.

Palavras-chave: centro de atenção psicossocial; crise; saúde mental; clínica ampliada; reforma psiquiátrica.

The notion of crisis in the mental health field: knowledge and practices in a center for psychosocial care

ABSTRACT: This article is derived from a master's research that aimed to question the notion of crisis that supports the Centers for Psychosocial Care (CAPS) work, through a study developed in a CAPS. It was made review about the topic, observation of the work routine and interviews with employees from CAPS. These interviews were recorded and submitted to content analysis, resulting in categories of analysis. They showed that there it a multiplicity of knowledge and notions coexisting, but a sense of crisis based on the medical clinic view prevails. The topic is assessed based on their behavior and does not give chance to other treatments that take into account subjective and intersubjective aspects.

Keywords: psychosocial care center; crisis; mental health; expanded clinic; psychiatric reform.

¹Psicóloga pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); Doutoranda em Psicologia Social pela UFMG.

Endereço para correspondência: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Avenida Antônio Carlos, 6.627 – Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG. CEP: 31270-901. E-mail: alinepsicomartins@gmail.com

Artigo recebido em: 09/07/2016. Aprovado para publicação em: 02/11/2016.

La noción de crisis en el campo de la salud mental: conocimientos y prácticas en un centro de atención psicossocial

RESUMEN: Este trabajo se deriva de la investigación de maestría que tenía por objeto cuestionar la noción de crisis, que apoya el trabajo de los Centros de Atención Psicossocial (CAPS), a través del estudio realizado en una unidad de atención en ese formato. Fueron hechos literatura sobre el tema, observación del servicio de rutina y las entrevistas con los técnicos de CAPS. Las entrevistas fueron grabadas y se sometió a análisis de contenido, lo que resulta en categorías de análisis. Las entrevistas muestran que hay una gran cantidad de conocimiento y coexistentes nociones, pero prevalece una sensación de crisis para moldear la clínica médica. El sujeto se evalúa sobre la base de su comportamiento y no se abren posibilidades para otros tratamientos que tengan en cuenta los aspectos subjetivos e intersubjetivos.

Palabras clave: centro de atención psicossocial; crisis; salud mental; clínica expandida; reforma psiquiátrica.

1 REVENDO A NOÇÃO DE CRISE

A palavra *crise* é polissêmica, ou seja, é permeada por significados e sentidos diversos. Ela está presente no nosso cotidiano desde o discurso mais corriqueiro até os especializados em saúde mental dos centros de atenção psicossocial (CAPSs), interesse deste trabalho.

De acordo com Leonardo Boff (2002), a palavra em sânscrito para crise é *kri*, ou *kir*, e significa desembaraçar, purificar, limpar. No português, foram conservadas as palavras *acrisolar* e *crisol*. O crisol é um elemento químico que purifica o ouro, limpa-o. Portanto, crise apresenta, na sua origem filológica, a ideia de purificação. Em grego, crise (ou simplesmente *krisis*, *krínein*) significa decisão em um juízo. Toda situação de crise, para ser superada, exige uma decisão, e seu processo está rodeado de mudanças, criações e questionamentos.

Para Boff (2002), a crise possui vitalidade criadora, que leva a pessoa a questionar sua existência e o mundo que a cerca. Ela é convocada a opinar e a decidir. É um momento crítico, uma descontinuidade e uma perturbação na normalidade da vida, quando algo é deixado para trás e abrem-se novas possibilidades de ser e de estar no mundo.

Apesar de o momento de crise possuir dimensão de possibilidade, de inovação, acarreta uma turbulência na vida de quem passa por ela, pois retira a pessoa do

seu estado habitual de ordem e a coloca em uma situação de incômodo, de tomada de decisão. Na crise, o sofrimento é inegável. A pessoa sente-se deslocada do lugar-comum, da rotina estável e segura, da experiência da maioria. Em um mundo de identidades rígidas, essa experiência é dolorosa (BICHUETTI, 2000).

Especificamente no campo da saúde mental, é necessário levarmos em consideração que qualquer esquema para definir *crise* deve analisar a organização psiquiátrica existente em determinada época e em um momento histórico particular, uma vez que é problemática uma definição única de crise em saúde mental (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991).

O levantamento bibliográfico exploratório realizado na pesquisa deixou claro que existem basicamente duas noções de crise que se revezam na história da saúde mental. Uma delas vincula-se a um saber de tipo biomédico, em que a doença se resume ao sintoma. É uma noção típica dos autores da psiquiatria clássica: Pinel, Esquirol, Morel, Kraepelin, entre outros. A outra ideia de crise vincula-se às iniciativas de reformas psiquiátricas que surgiram a partir da segunda metade do século XX como crítica a esse saber, tais como a antipsiquiatria inglesa, a psicoterapia institucional e a psiquiatria de setor francesas, a psiquiatria democrática italiana e a luta antimanicomial brasileira.

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

Durante a maior parte da história de atendimento ao paciente psiquiátrico, principalmente no período de predomínio da psiquiatria clássica, a crise foi reduzida ao que podemos chamar de agudização da sintomatologia psiquiátrica. Isto é, a uma gama de sinais e sintomas catalogados como característicos: delírios, alucinações visuais e auditivas, agressividade, agitação psicomotora, embotamento afetivo, entre outros. O objetivo dessa linha de raciocínio era a supressão da sintomatologia, a fim de atingir a homeostase, por meio de um modelo de adaptação e estabilização do quadro de crise. Para os estudiosos da psiquiatria clássica, o que rompe com a homeostase e com a organização mental do indivíduo é algo negativo e destrutivo, que coloca o sujeito em um lugar não aceito socialmente (Ferigato; Campos; Ballarin, 2007).

Nessa perspectiva, o hospital psiquiátrico representou o principal instrumento de intervenção em situações de crise. Dell'Acqua e Mezzina (1991) apontam

o papel central do hospital psiquiátrico no atendimento à saúde mental, o qual permaneceu por muito tempo como carro-chefe do tratamento mental, por questões históricas, ideológicas e sociais que não nos cabe aqui aprofundar¹.

O hospital psiquiátrico, típico do modelo que antecede as reformas, permitia o uso acrítico de esquemas técnicos impermeáveis e seletivos que classificavam comportamentos e homogeneizavam grupos de problemas, para os quais previa respostas, buscando interpretar as situações de crise conforme parâmetros definidos e controláveis. Não se reconhecia o paciente como uma entidade complexa; o sistema tendia a reduções, sendo a crise o ponto máximo de simplificação. O serviço equipou-se para perceber e reconhecer a doença por meio do próprio sintoma. A complexidade da existência de sofrimento do sujeito reduzia-se a um mero sinal característico de crise (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991).

Contrária às colocações da psiquiatria clássica, a antipsiquiatria, movimento inglês das décadas de 1960 e 70, ampliou as concepções de crise por intermédio de reflexões que iam além da sua sintomatologia, incluindo nela aspectos do contexto social, familiar e relacional, aprofundando a reflexão sobre a vivência subjetiva da crise e sua singularidade para o sujeito que a vivencia concretamente.

Com o movimento da antipsiquiatria, que propunha a desconstrução literal do modelo hegemônico pregado pela psiquiatria clássica, a representação social da loucura mudou. O chamado doente mental passou a ser visto como um sujeito que fala e que questiona a realidade mediante a doença. Ele não é mais percebido como um alienado da realidade, um desprovido de razão, mas o sujeito de sua história.

A antipsiquiatria, com outras propostas revolucionárias europeias contemporâneas, como a psicoterapia institucional francesa e a desinstitucionalização italiana, começou um movimento de reforma psiquiátrica centrado na crítica ao próprio saber médico, e não apenas nas formas de tratamento (AMARANTE, 1996).

Com o início da reforma psiquiátrica no Brasil, especialmente com o movimento da luta antimanicomial, percebemos uma enorme mudança na assistência em saúde mental, como a institucionalização dos CAPSs, equipamentos públicos caracterizados como, entre outras funções de promoção da saúde mental, serviços de atenção à crise e ao tratamento dos casos graves e persistentes de transtorno mental (BRASIL, 2002).

¹O hospital psiquiátrico como o principal instrumento de atendimento à saúde mental é abordado na obra de diversos autores. Entre eles, destacam-se no cenário internacional: Michel Foucault (2006), Erving Goffman (1987), Franco Basaglia (1985), Robert Castel (1978), Manuel Desviat (1999), e no cenário nacional: Paulo Amarante (1998) e Eduardo Vasconcelos (1992).

O abandono do hospital psiquiátrico e a constituição dos centros de saúde mental como etapa fundamental do trabalho de desinstitucionalização trouxeram à baila o problema prático e teórico da necessidade de se compreender a complexidade coexistente ao aparecimento da demanda psiquiátrica e, de acordo com essa demanda, a complexidade da crise (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991).

A reforma psiquiátrica prioriza a capacidade dos serviços de elaborar a rede de relações e de conflitos psicossociais que constituem os limites da crise, antes escondidos e banalizados em razão do processo de simplificação do modelo biomédico, com base na centralidade do hospital psiquiátrico (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991). No modelo que podemos chamar de “clínica ampliada”, proposto pela reforma, o conflito que se manifesta com a crise não deve ser contido nem ocultado pelo serviço, mas assumido como estímulo à transformação e ao crescimento do próprio sujeito (LOBOSQUE, 2003).

Com a reforma psiquiátrica e os novos dispositivos de atenção à saúde, podemos verificar que a noção de crise mudou significativamente. Ela passou a ser encarada de maneira não uniformizante, de modo a permitir encontrar sua especificidade na singularidade do sujeito. O sintoma passou a ser reelaborado como significante de uma realidade que se torna inteligível. Objetivava-se conectar o sujeito em crise ao seu sistema de relações e de recursos humanos, materiais e simbólicos. O paciente deveria conseguir atravessar a crise conservando sua continuidade existencial e histórica. A intervenção na crise podia ocorrer em qualquer lugar, em lugares da vida do paciente, e a finalidade central dos novos dispositivos de atenção à crise e da política da reforma eram a manutenção dos vínculos do paciente e a construção de novas redes de relação (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991).

A reforma psiquiátrica defende novas formas de pensar e agir em torno de situações de crise, entretanto as práticas clínicas, muitas vezes enrijecidas, determinam significações e consequentes intervenções que não levam em consideração a sua complexidade nem o seu caráter subjetivo e intersubjetivo.

Na maioria das vezes, focalizamos a crise no indivíduo. Individualizando-a e referindo-nos apenas ao paciente, não problematizamos o serviço, a instituição psiquiátrica, as concepções que vigoram nos centros de atenção à saúde mental nem o contexto de vida do usuário (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991). Para Dell'Acqua e Mezzina, as individualizações da crise dizem respeito à impossibilidade dos serviços de se colocarem em crise, de questionarem a sua complexidade e de entenderem que ela denuncia algo que vai além do sujeito, além da agudização de sintomas característicos.

2 UM ESTUDO DE CASO CONCRETO

Passamos a relatar o estudo realizado em um CAPS de uma cidade do interior de Minas Gerais que teve por objetivo central investigar os sentidos atribuídos à noção de crise por seus profissionais. A metodologia utilizada dividiu-se em três fases: a primeira constituiu a fase de exploração, na qual se buscou delinear o objeto de pesquisa e a preparação para a entrada em campo e se compreendeu o levantamento bibliográfico que subsidiou a discussão feita anteriormente; a segunda correspondeu ao trabalho de campo propriamente dito, no qual a pesquisadora fez observações da rotina do serviço e entrevistas com os profissionais; e a terceira e última etapa referiu-se à análise e ao tratamento do material empírico levantado.

O CAPS foi escolhido por ser um dispositivo que, segundo a Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que o regulamenta, está capacitado a realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes (BRASIL, 2002).

Após três semanas de observações e de convívio no serviço, deu-se início às entrevistas com os profissionais da saúde. Foi utilizada a entrevista semiestruturada, composta de perguntas abertas e não diretivas, o que possibilitou aos entrevistados discorrer sobre o tema proposto sem respostas pré-fixadas. Dos 11 profissionais que trabalham na instituição escolhida para o estudo, foram entrevistados seis (psiquiatra, psicóloga, enfermeira, técnica de enfermagem, farmacêutico e coordenadora). Todos são profissionais com formação superior na área da saúde, exceto a coordenadora do serviço, que possui apenas o segundo grau completo. Os demais trabalhadores (de apoio administrativo) não participaram da entrevista, mas contribuíram com algumas informações. Também foram organizadas conversas com alguns usuários. As entrevistas e as conversas foram gravadas e transcritas na íntegra.

As entrevistas foram analisadas sob o prisma da análise de conteúdo. Para Minayo (2004), a proposta que acompanha a análise de conteúdo se refere à decomposição do discurso e à identificação de unidades de análise ou grupos de representações para categorização de fenômenos, movimento pelo qual se torna possível reconstruir significados que apresentam compreensão mais profunda da realidade do grupo estudado. A presença de determinados temas na fala dos entrevistados denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso. Após a leitura exaustiva das entrevistas transcritas e das anotações das observações, foi possível agrupar os temas emergentes em categorias de análise. Estas foram moldadas aos poucos, por conta da preocupação em

construir categorias que obedecessem a critérios de homogeneidade, exclusividade e consistência.

Com base na análise de conteúdo das entrevistas, foram formuladas quatro categorias de análise que representam temas emergentes nas falas dos profissionais. Esses temas articulam-se e estão presentes na rotina do serviço, compondo os saberes e as práticas dos profissionais do CAPS em questão. São elas: hierarquização do saber; medicalização; supervalorização do protocolo; e, finalmente, concepções de crise.

3 HIERARQUIZAÇÃO DO SABER

Um dos aspectos centrais encontrados nas observações das práticas e nas entrevistas está descrito na categoria que denominamos de hierarquização do saber. O CAPS é composto de saberes multiprofissionais, e cada profissional contribui, de acordo com sua competência, com o tratamento do usuário. Essa contribuição deve ser feita de forma conjunta e interativa, sendo fundamental a troca de informações entre os membros da equipe interdisciplinar. Contudo, a análise das entrevistas mostra que existe certo conflito entre esses saberes multidisciplinares e o lugar que ocupam dentro do CAPS.

Como diz o outro, eu faço o que vem de lá, o que me mandar. [...] Eu não acho nada, eu acho que eu tô aqui, mas vem a hierarquia. Médico, psicólogo e nós aqui, pra cuidar. [...] Eu acho que é pelo respeito à hierarquia. Eu tenho opinião, mas eu fico com ela pra mim, entendeu? (técnica de enfermagem).

Os especialistas presentes na instituição trabalham de forma isolada, sendo o saber médico, como apontado na sequência, o *ápice* da pirâmide hierárquica de saberes. Essa hierarquia culmina em uma relação de poder entre os pares, supervalorizando alguns saberes e negligenciando outros.

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

O lugar que o saber psiquiátrico ocupa no CAPS está relacionado à construção sócio-histórica do lugar social do médico. Para Foucault (2006), na clínica, tão importante na história da psiquiatria, a palavra do médico aparece como tendo

um poder maior do que a de qualquer outra pessoa. Desde o início do século XIX até os dias de hoje, o médico constitui, por meio da clínica, o mestre da verdade. Na clínica, o doente é obrigado a reconhecer tudo o que se diz sobre ele. As marcas do saber permitem que o médico reine no interior dos asilos e exerça o sobrepoder. Esse jogo de saber e poder faz com que a figura de autoridade do psiquiatra se corporifique no serviço.

Contrária à supremacia médica, Lobosque (2003) explica que os princípios e as propostas dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico modificam significativamente a forma de presença do psiquiatra nos equipamentos de saúde mental. Isso porque a demanda deixa de ser endereçada de forma específica ao psiquiatra. Um traço comum aos serviços substitutivos diz respeito ao fato de o psiquiatra não ocupar posição central. O CAPS, como um dispositivo de atenção à crise e aos transtornos graves e persistentes, foi criado a fim de oferecer ajuda ao sujeito, mas sem exercer controle nem domínio, como o hospital psiquiátrico. Segundo Lobosque (2003), cabe aos profissionais da saúde oferecer uma ajuda que se encontre subordinada a um projeto político e social. Essa ajuda é chamada pela autora de “clínica em movimento”, uma clínica que não caminha para si mesma, mas combina e se articula com tudo o que se movimenta e se transforma na cultura, na vida, no convívio entre os homens.

Sobre a fragmentação de saberes, ainda presente nos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, Dell’Acqua e Mezzina (1991) afirmam que os CAPSs, por exemplo, com outros dispositivos, como os centros de convivência, tendem a efetuar ações especializadas de reabilitação e ressocialização. Porém frequentemente essas intervenções são propostas de modo fragmentado e não coordenado. Ainda que esses serviços contribuam para a diminuição de internação, não preveem a elaboração do fracasso; são feitos para atender a necessidades específicas, são seletivos e impermeáveis entre si.

Os profissionais que compõem o CAPS ainda não assumiram cabalmente o referencial epistemológico da reforma psiquiátrica atual. A dimensão epistemológica refere-se ao conjunto de questões que se situam no campo teórico-conceitual e que dizem respeito à produção de conhecimentos que fundamentam e autorizam o saber-fazer médico-psiquiátrico. A desinstitucionalização proposta pela reforma não se restringe à reestruturação técnica de serviços, de novas e modernas terapias, mas torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações (AMARANTE, 2009).

Eu acho que a ideia é bem individualizada, cada um tem a sua. É uma questão de formação profissional. Dentro da formação você tem várias

formas de abordar o transtorno mental. Cada um tem sua terapêutica, né? Que é diferente da psiquiátrica, que é única, né? Diferente da psicologia. Cada um segue um caminho pra chegar ao mesmo lugar. Cada um tem sua técnica, diferente de cada um, e nesse aspecto a gente tem muita dificuldade de discutir, pois são muitas linhas, o conceito da psiquiatria... Na hora da discussão tem um conceito muito mecanizado, né? (psicóloga).

O circuito psiquiátrico, que contava apenas com o hospital, caminhou em direção à articulação de um modelo operativo mais complexo, porém não se modificou e ainda se encontra centrado na figura do médico e no seu saber.

4 MEDICALIZAÇÃO

A segunda categoria encontrada na análise das entrevistas expõe a importância atribuída à medicação no tratamento da crise. Embora o conceito de medicalização se refira a um processo mais complexo que apenas o uso excessivo de medicação, pois significa reduzir à ordem médica problemas de ordem psicossocial ou afetiva, o remédio é visto como principal agente fomentador da cura do paciente. Essa categoria está intimamente relacionada com a anteriormente descrita, da supremacia do saber médico.

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

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

As estereotipias e limitações do modelo médico-centrado, que parecem ainda guiar as práticas de muitos profissionais desses serviços de saúde, contrapõem-se às orientações que preconizam a atenção psicossocial sensível às complexidades e às especificidades do sujeito em sofrimento psíquico (FERRAZZA, 2009).

Não pretendemos aqui questionar a eficácia da medicação no tratamento, mas alertar para a importância de outras intervenções. A crítica que podemos

fazer ao CAPS em questão diz respeito ao papel primordial que a medicação ocupa no tratamento do sujeito, especialmente quando em crise, e na dinâmica do CAPS. Se é atribuído ao medicamento o poder de curar, de retirar do sujeito o incômodo produzido pela doença, e nenhuma outra intervenção é utilizada, a especialidade profissional que detém o conhecimento com relação à medicação acaba por assumir o tratamento, retirando ou diminuindo a credibilidade de outras práticas. Essa situação seguramente está relacionada com os saberes estanques que existem no serviço e com a hierarquização que alguns profissionais questionaram nas entrevistas.

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

5 SUPERVALORIZAÇÃO DO PROTOCOLO

Os entrevistados fizeram repetidas referências à necessidade de se ter um protocolo para orientá-los na forma de agir no serviço. Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm como fundamentação estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

No CAPS estudado, fica a cargo de cada profissional adotar o protocolo que lhe convenha, desde que em acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda não existe no serviço um protocolo que “organize” o atendimento e a forma como os profissionais devem proceder, de maneira especial no que diz respeito à crise. Possivelmente, a dificuldade de comunicação entre os profissionais, de interlocução entre os saberes, como apresentado na primeira categoria, dificulta a construção do protocolo.

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

A gente tem que protocolar e a gente ainda pretende adotar o protocolo. Inclusive, na última reunião que nós tivemos aqui, a gente começou a rever o protocolo de crise, justamente para isso, pra ter um roteiro a seguir, pois a

gente não tem ainda e é o que a gente tá buscando agora, fazer o protocolo de crise, o que é pra gente receber, o que não é pra gente atender. A gente tá com essa missão, mas não temos ainda. Somente temos a avaliação do psicólogo e psiquiatra (coordenadora).

Acreditamos que os profissionais do CAPS mencionaram o protocolo tantas vezes por conta da necessidade que o serviço possui de se organizar e de permitir que todos os saberes possam trabalhar em igualdade, tendo o mesmo instrumento para guiá-los. Autores que discutem essa questão, como, por exemplo, Werneck *et al.* (2009), sustentam que a existência do protocolo não garante ao serviço plena funcionalidade livre de conflitos. Os protocolos apresentam limites. Por isso, embora alicerçados em referências científicas e tecnológicas, não devem ser tomados para além de sua real dimensão. Sua utilização, desprovida de avaliação, acompanhamento gerencial sistemático e revisões científicas periódicas, constitui significativo risco de se produzir um processo de trabalho pobre e desestimulante, em que planejamento e avaliação não acontecem e não há lugar para a renovação nem para a inovação.

Os serviços de saúde devem prezar por um constante trabalho de avaliação sobre o lugar que o protocolo assume. Mesmo que exista o protocolo para facilitar a comunicação entre os membros da equipe e que ele seja um instrumento que direcione o profissional, a atitude a ser assumida diante de cada caso deve ser concluída por meio da equipe em conjunto com o paciente. O que há de primordial no trabalho em equipe é a integração dos saberes, saber como lidar com a demanda e com os progressos da ciência, e como escapar das armadilhas dos protocolos.

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

6 CONCEPÇÕES SOBRE CRISE

Essa última categoria de análise constitui a questão primordial da pesquisa. Os profissionais do CAPS que participaram das entrevistas responderam, em um determinado momento, à seguinte pergunta: o que é crise para você?

Cada profissional apresentou nas entrevistas sua ideia sobre crise. Por se tratar de um estudo acerca de significações relacionadas a uma prática institucionalizada de cuidado, as diretrizes do serviço tiveram reflexo no que diz respeito aos posicionamentos. Desse modo, foi percebida, na fala da maioria dos profissionais, a noção de crise vinculada à descrição de agudez da sintomatologia psiquiátrica, que culminaria em comportamentos desviantes da normalidade.

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

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

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

A família, quando chega com o familiar à emergência psiquiátrica ou a algum serviço substitutivo de atenção à crise, é motivada por aquilo que corresponde à perturbação psíquica que gera certa ressonância social, por ser atípica e causar estranhamento. Em alguns casos, o paciente é levado ao CAPS pela polícia ou pelo corpo de bombeiros. Motivados pela estranheza do comportamento do sujeito, esses dispositivos tendem a “recolher” o sujeito e levá-los até o CAPS, atribuindo ao serviço a ideia de restauração da normalidade².

²De acordo com a coordenadora, o sujeito chega ao CAPS por meio de encaminhamento do Programa de Saúde da Família (PSF), ou é levado pelo corpo de bombeiros, pela polícia e pela família. Quando o paciente chega ao CAPS por outras vias que não o PSF, é classificado como “demanda espontânea”.

Para um paciente em crise não há necessidade de um roteiro, ele vem trazido. Ele vem quase que manietado pela família, pelos familiares, porque ele tá trazendo um transtorno muito grande para a sociedade. [...] Normalmente ele passa primeiro pelo psicólogo. [...] (psiquiatra).

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

Em contrapartida, alguns profissionais, em certos momentos da entrevista, defendem uma noção de crise para além da dimensão social e comportamental-sintomática, abrangendo todo o contexto de relações em que o sujeito está inserido e levando em consideração aspectos subjetivos.

É algo que acontece com aquela pessoa, de qualquer ordem, de natureza psíquica, né? Que paralisa ela, que interrompe ela e ela não consegue lidar com seus relacionamentos, no seu trabalho, na sua vida familiar. Começa a se sentir perturbada nas suas emoções, entendeu? (psicóloga).

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

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

O serviço parece encontrar-se em um processo de conflito epistemológico, pois a escuta subjetiva nem sempre é compartilhada por todos os profissionais:

Tem muito profissional que apenas passa por aqui, que viu um paciente agitado e foi embora. Tem profissional que questiona. Por que tal paciente

tá aqui? Ele não tá agressivo. Hoje eu consigo compreender isso mais. Tem funcionário que tá aqui há dez anos, por que ele não consegue compreender isso, a perceber diferente a crise, que não é apenas estar agitado e eu consegui? Eu acho que meu interesse me fez ver diferente. É isso. (coordenadora).

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

Acreditamos que a situação ambígua vivenciada pelo serviço é decorrente do referencial histórico-cultural que entende a loucura como doença e que ainda se encontra enraizado na mente das pessoas. Estamos vivendo um momento de construção de novos paradigmas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

No CAPS onde foi realizada a pesquisa, fica clara essa dicotomia de saberes, gerando como consequência conflitos de poder que refletem na prática. Na lógica da clínica ampliada proposta pela reforma, nenhum saber profissional tem mais valor que o outro. Todos os profissionais trabalham em conjunto a fim de oferecer um tratamento que leve em consideração as dimensões biopsicossociais que perpassam o sujeito e sua crise. Contudo, o CAPS em questão encontra barreiras que impedem o serviço de funcionar conforme essa lógica descrita.

As entrevistas permitem afirmar que a maioria dos profissionais não se mostra à vontade para falar de crise. O tema parece instalar uma espécie de mal-estar entre os profissionais. De acordo com Knobloch (1998), a clínica da crise é sempre uma clínica do mal-estar, no sentido em que entrar no traumático é possibilitar

o encontro com esse lugar estranho e, ao mesmo tempo, familiar. Esse mal-estar dá-se por diversos aspectos: pelos frequentes paradoxos que a loucura e sua relação com a sociedade nos impõem e pelos limites da técnica com os quais deparamos no cotidiano da clínica.

Concluimos as colocações deste artigo com a fala de uma usuária do CAPS sobre a temática da crise:

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

A fala anterior ilustra muito bem a complexidade da crise pela constatação de que ela talvez seja a obnubilação de nossa capacidade de linguagem. Capacidade que, quando reassumida, já se encontra distanciada da vivência psíquica solapadora. A ausência de representação não significa ausência de sensações nem de afetos; ao contrário, seu transbordamento representa um acolhimento, na mesma medida afetuoso, que possibilita suportar.

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

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. Reforma psiquiátrica e epistemologia [versão eletrônica]. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, jan./abr. 2009.

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

BICHUETTI, J. L. *Crisevida: outras lembranças*. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2000.

BOFF, L. *Crise: oportunidade de crescimento*. Campinas: Verus, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Portaria 336/GM. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

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

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: DELGADO, J. (Org.). *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Resenha, 1991. p. 53-79.

DESVIAT, M. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

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

FERRAZZA, D. A. *A medicalização do social: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos na rede pública de saúde*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2009.

FOUCAULT, M. *O poder psiquiátrico*. Curso dado no Collège de France. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1987.

HORA, D. M. *Glossário do Grupo de Estudos e Pesquisas História, Sociedade e Educação no Brasil (HISTEDBR)*. Campinas: Faculdade de Educação da Unicamp, 2006. Disponível em: <http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/glossario/verb_c_medicalizacao.htm>. Acesso em: 6 abr. 2014.

KNOBLOCH, F. *O tempo do traumático*. São Paulo: Educ, 1998.

LAINO, R. D. *O eu dividido: estudo existencial da sanidade e da loucura*. Tradução de L. Cary. Rio de Janeiro: Vozes, 1978.

LOBOSQUE, A. M. *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

SILVA, M. V. O.; SOUZA, C. G.; OLIVEIRA, M. S.; MENDONÇA, P. P.; HARDMAN, L. V. Tecnologias psicossociais em saúde mental: atenção à crise na psicose. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOLOGIA SOCIAL, 15., Bahia. *Anais...* Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, 2008. Disponível em: <http://abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/477.%20tecnologias%20psicossociais%20em%20sa%20Da%20mental.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.

VASCONCELOS, E. M. *Do hospício a comunidade: mudança sim; negligência não*. Belo Horizonte: SEGRAC, 1992.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, C. F. C. *Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; Coopmed, 2009. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2014.