



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES
Curso de Psicologia

ANA CLARA DE AZEVEDO MIRANDA

IMPLEMENTAÇÃO DO CARTÃO DE CRISE EM UM CENTRO DE
CONVIVÊNCIA: COGESTÃO E EMPODERAMENTO

BRASÍLIA

2017

ANA CLARA DE AZEVEDO MIRANDA

**IMPLEMENTAÇÃO DO CARTÃO DE CRISE EM UM CENTRO DE
CONVIVÊNCIA: COGESTÃO E EMPODERAMENTO**

Monografia apresentada ao Centro
Universitário de Brasília como requisito básico
para obtenção do grau de psicólogo.
Professora-orientadora: Prof. Dra. Tania Inessa
Martins de Resende.

Brasília, julho de 2017.

BRASÍLIA

2017

ANA CLARA DE AZEVEDO MIRANDA

**IMPLEMENTAÇÃO DO CARTÃO DE CRISE EM UM CENTRO DE
CONVIVÊNCIA: COGESTÃO E EMPODERAMENTO**

Monografia apresentada ao Centro
Universitário de Brasília como requisito básico
para obtenção do grau de psicólogo.
Professora-orientadora: Prof. Dra. Tania Inessa
Martins de Resende.

Brasília, julho de 2017.

BRASÍLIA, 5 de Julho de 2017

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Tania Inessa Martins de Resende
Orientadora

Professora M.a Miriam May Philippi
Examinadora

Professor M.e Leonardo Cavalcante de Araújo Mello
Examinador

*Á minha madrinha, Maria Auxiliadora da
Costa Simão, in memoriam, pelo exemplo e
incentivo a minha busca pelo saber.*

AGRADECIMENTOS

A Deus que me proporcionou a Vida, dando-me a oportunidade do crescimento espiritual.

A meu pai, Alcivan Wanderley de Miranda Filho, que com sua sabedoria, me proporcionou esperança, segurança e aprendizado na busca do meu ideal.

A minha mãe, Fernanda de Azevedo Miranda, presente em todos os momentos de dificuldade, de êxito, de dúvida, de angústia, de alegria, me proporcionando um porto seguro nas minhas necessidades.

A minha orientadora, Tania Inessa Martins de Resende que acreditou na minha capacidade e me incentivou a concretizar este trabalho.

A Eva Faleiros e Matheus Milane, com quem muito aprendi no respeito e cuidado com as pessoas.

Aos profissionais, Camila Tokarski, Diogo Abe e Pedro Mourão pela oportunidade e ensinamentos no desenvolvimento da prática para uma melhor atuação profissional.

Aos professores, Leonardo Mello e Francielly Lima, mestres queridos, dedicados, que contribuíram para a base teórica do meu saber profissional.

A minha terapeuta, Tatiana Serra Rego, por me fortalecer na confiança da busca pelo meu ideal.

Aos frequentadores da Inverso pela participação como co-autores do dispositivo evidenciado neste trabalho, a quem desejo que realmente sejam empoderados no protagonismo de seu atendimento.

RESUMO

A presente pesquisa tem por objetivo refletir sobre a implementação, de forma participativa, do Cartão de Crise em um Centro de Convivência em Saúde Mental no Distrito Federal. A hipótese deste trabalho é que o Cartão de Crise contribui para as formas de assistência em Saúde Mental dos serviços substitutivos. O Cartão não contribui somente para otimização do atendimento à crise, mas como um meio de dar voz ao sujeito sobre como gostaria de ser tratado diante uma crise. Este cuidado possibilita a legitimação da sua singularidade, respeitando o que ele traz como importante, visando a autonomia do sujeito. O primeiro capítulo contextualiza o percurso histórico do campo da saúde mental, enfatizando a Reforma Psiquiátrica que resultou na criação de um modelo alternativo para as pessoas com transtornos mentais. O capítulo dois apresenta as definições da crise psíquica e os desafios que este fenômeno traz na organização dos serviços substitutivos no contexto brasileiro. O terceiro capítulo aborda o Cartão de Crise como uma proposta para promover o empoderamento do sujeito, a partir de um trabalho construído junto com os profissionais de saúde (cogestão). O quarto capítulo apresenta a metodologia que foi aplicada a esta pesquisa. No quinto capítulo será feita uma discussão e reflexão das informações qualitativas produzidas, a partir da hermenêutica de profundidade. No desenvolvimento desta pesquisa notou-se que as formas de cuidado à crise são diversas, devendo respeitar a subjetividade de quem sofre. O Cartão de Crise tem potencial para ser um dispositivo que potencializa o empoderamento e autonomia do usuário do serviço de saúde mental.

Palavras-chaves: Saúde Mental. Centro de Convivência. Cartão de Crise.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 DESENVOLVIMENTO.....	10
2.1 O atendimento à Crise em Saúde Mental.....	12
2.1.1 Crise: Um nó na Reforma Psiquiátrica.....	14
2.2 Cartão de Crise: Uma Proposta de Empoderamento e Cogestão.....	20
2.2.1 Experiências com Diretivas Antecipadas (DA) no Campo de Saúde.....	21
2.2.2 As Experiências das Diretivas Antecipadas Psiquiátricas.....	23
2.2.3 Cogestão: Um Trabalho entre Profissional e Usuário.....	25
2.2.4 Empoderamento: Uma Estratégia para Lidar com o Sofrimento.....	28
2.2.5 Os Desafios e as Possibilidades de Apropriação do Cartão de Crise no Contexto Brasileiro.....	32
3 METODOLOGIA UTILIZADA NESTE TRABALHO.....	39
4 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES QUALITATIVAS PRODUZIDAS A PARTIR DA CONSTRUÇÃO DOS CARTÕES DE CRISE.....	41
4.1 Contextualização sócio-histórica.....	42
4.2 Centro de Convivência e Cultura: Apresentando a INVERSO.....	45
4.3 Análise Formal/Discursiva.....	47
4.3.1 Categorias de Análise.....	48
4.4 (Re) interpretação.....	59
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS.....	64
ANEXO A – CARTÃO DE ACOLHIMENTO EM CRISE DA INVERSO.....	69
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA RESPONSÁVEIS LEGAIS).....	71
APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO.....	75

1 INTRODUÇÃO

No campo da saúde mental, questões referentes ao sofrimento psíquico e crise psíquica são temas comuns e que fazem parte do trabalho que se pretende fazer nos serviços substitutivos. Os serviços de atenção psicossocial surgiram como alternativa a modelo *hospitalocêntrico* cuja finalidade criar:

Uma instituição que ofereça condições terapêuticas que inexistem nos ambulatórios e hospitais psiquiátricos: acolhimento, flexibilidade, atividades terapêuticas diversificadas, nenhuma restrição apriorística quanto ao que é pertinente à ação institucional e ao tempo de duração do acompanhamento e heterogeneidade de pessoas, práticas e saberes (TENÓRIO, 2001, p. 36).

O termo **psicossocial** presente na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) veio do novo paradigma da atenção às pessoas com transtornos mentais que propõe a mudança da assistência na saúde mental descrita por Ferreira e Costa (2014, p. 320) como uma “abordagem que contempla articulações entre o que está na ordem da sociedade e o que faz parte do psíquico, concebendo o sujeito em suas múltiplas dimensões”. O uso deste termo leva em consideração os fatores inter-relacionados neste processo como o orgânico, psíquico e social.

O entendimento acerca do sofrimento psíquico humano toma outro percurso, passando a ser visto como algo constitutivo do sujeito. A concepção de crise, antes era considerada como “uma grave disfunção que ocorre exclusivamente em decorrência da doença” (AMARANTE, 2007, p. 81) para a ser compreendida como uma circunstância mais social que essencialmente biológica ou psicológica.

A crise é uma questão central na Política Nacional de Saúde Mental justamente por produzir um desgaste emocional, tanto para o profissional quanto para a pessoa em crise, exigindo maior cuidado e atenção ao lidar com a situação. Então o desafio está na organização dos serviços substitutos para tratar de forma mais adequada as necessidades das pessoas com sofrimento psíquico grave, considerando a posição do sujeito frente a sua saúde. Trabalhar em conjunto com o usuário de saúde mental é uma forma de legitimar sua opinião, promovendo a emancipação e autonomia do sujeito.

Para este trabalho, o tema proposto diz respeito ao Cartão de Crise enquanto um dispositivo que construído pelo usuário de saúde mental e profissional, potencializa o empoderamento e a autonomia do sujeito.

A pesquisa foi desenvolvida em um Centro de Convivência do Distrito Federal, especificamente em uma das atividades denominada “Doidos também tomam banho – Oficina de Saúde” formada por profissionais da saúde junto com os frequentadores. O grupo se reúne uma vez por semana com o objetivo de discutir questões de saúde. O objetivo geral da pesquisa é implementar, de forma participativa, o Cartão de Crise em um Centro de Convivência do Distrito Federal. Os objetivos específicos são: a) discutir as formas de assistências em Saúde Mental no que diz respeito a intervenção em crise e b) refletir sobre o impacto da construção do cartão de crise, a partir do olhar do usuário.

No primeiro momento será feita uma breve contextualização do percurso histórico do campo da saúde mental, enfatizando a Reforma Psiquiátrica que resultou na criação de um modelo alternativo para as pessoas com transtornos mentais, resultado da luta pela reforma nos serviços de atenção à saúde no Brasil.

No capítulo um serão abordados os desafios e a complexidade da atenção ao sofrimento psíquico grave, principalmente, os momentos de crise trazendo a potencialidade da intervenção precoce para repensar a atuação dos profissionais em relação aos acolhimentos das crises nos serviços que estruturam os pontos de atenção à saúde mental.

No capítulo dois será apresentado o Cartão de Crise como uma proposta de empoderamento do sujeito a partir de um trabalho construído junto aos profissionais de saúde, respeitando sua singularidade e apontando alguns desafios que estão implicados na implementação no contexto brasileiro.

No capítulo três será apresentada a metodologia de coleta de dados: a pesquisa-intervenção. Participaram da pesquisa seis frequentadores da Inverso – Instituto de Convivência e Recriação do Espaço Social em Saúde Mental, onde o Cartão de Crise foi implementado.

No capítulo seguinte, será apresentada a Hermenêutica de Profundidade enquanto um método que permite um maior aprofundamento das reflexões nas pesquisas qualitativas. Para a análise foram utilizados o diário de campo com o registro das informações qualitativas e também os conteúdos dos Cartões construídos durante a participação da autora no grupo “Doidos também tomam banho – Oficina de Saúde”.

2 DESENVOLVIMENTO

O processo histórico de exclusão da loucura não tem suas raízes na natureza da loucura, não são características inerentes ao sujeito louco que geram tal exclusão; este processo resulta de uma série de embates, enfrentamentos, correlações de força, no âmbito de uma cultura que acredita demasiadamente em sua própria razão (LOBOSQUE, 2001, p. 18).

Resgatando a estrutura da assistência psiquiátrica no que tange as leis de Estado e seus regulamentos, percebe-se que “a função constitutiva de tais instituições não é primeiramente terapêutica, mas repressiva” (JERVIS, 1985, p. 255), sendo assim, a forma de tratar essas pessoas classificadas como **doentes mentais** é isolando-os em instituições (manicômios) que se pretendem a oferecer tratamento. A partir dessa nova forma de vivenciar a condição humana, estabeleceu-se “o diferente”, aquele que não segue o padrão de comportamento que a sociedade define. O doente mental, o excluído do convívio dos iguais, dos ditos normais, foi então afastado dos donos da razão, dos produtivos e dos que não ameaçavam a sociedade (GONÇALVES; SENA, 2001, p. 49).

Basaglia (1985, p. 101) explicita que a grande característica das instituições psiquiátricas é a “divisão entre os que têm o poder e os que não o têm” revelando “uma relação de opressão e de violência entre poder e não-poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro”. Segundo o autor, essas instituições são definidas como **instituições da violência** que refletem uma sociedade em que as relações estabelecidas pela violência e exclusão. Ao fazer uma análise das instituições psiquiátricas em Gorizia (Itália), Jervis (1985, p. 252) traz a discussão sobre os problemas que perpassam essas instituições:

A crise psiquiátrica nos reporta, enfim, não só a uma crítica geral das instituições em sentido restrito, mas tende a pôr em questão, com a psiquiatria, a validade da “separação técnica” como forma particular da divisão do trabalho e como institucionalização repressiva de poder.

A Reforma Psiquiátrica foi um movimento social que se propunha a romper com a lógica manicomial de tratamento das pessoas com transtornos mentais reivindicando a necessidade de humanização dos serviços oferecidos. Este novo olhar sobre as pessoas com transtornos mentais permite que eles sejam vistos como cidadãos com direitos iguais aos que

eram considerados “não loucos” ou “normais”. Lobosque (2003, p. 17) pontua que essa nova forma de ver as pessoas de sofrimento psíquico trata:

De encontrar uma nova habitação para a loucura – o que não significa, naturalmente, reformar ou remodelar os espaços que os chamados loucos deveriam forçosamente habitar, e, sim, diferentemente, tornar cada vez mais fluidas, mais transferíveis, mais flexíveis, as fronteiras entre as instituições destinadas a eles e a sociedade onde se desenrola a vida e o destino de todos nós, loucos ou não.

Após a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, foi observado a necessidade desse Sistema oferecer “uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção” (BRASIL, 2011). Para que haja a concretização que garanta os direitos dos usuários de saúde mental foi instituída a lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, conhecida como Lei da Saúde Mental que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

Dez anos depois da promulgação da Lei da Saúde Mental surge a Portaria nº 3.088/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) redirecionando o modelo assistencial conforme a proposta da atenção psicossocial (DISTRITO FEDERAL, 2011). Conforme Amarante (2007, p. 86), “as políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em ‘rede’, isto é, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos”.

Por se tratar de uma rede de serviços de atenção de saúde mental integrada e efetiva em diferentes pontos de atenção, a RAPS tem como objetivo principal:

Criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde nos diferentes serviços para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de substâncias, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

Com a mudança na assistência em Saúde Mental foi possível encontrar novas alternativas de cuidar do sofrimento mental de acordo com serviços que tem como objetivo substituir os hospitais psiquiátricos. A regularização do novo modelo assistencial possibilitou que o campo da saúde mental fosse reconhecido no contexto brasileiro, entretanto, traz inúmeros desafios que impedem a concretização dessa proposta na prática.

No que diz respeito ao atendimento à crise, os serviços enfrentam desafios para uma atuação mais adequada, o que será mais detalhado no próximo capítulo.

2.1 O atendimento à Crise em Saúde Mental

O sofrimento psíquico grave deve ser entendido de forma a pensarmos como sofrimento algo essencial do humano, o psíquico que não é só da ordem do orgânico (sendo, portanto, também da ordem do afeto) e o grave para enfatizar a sua intensa e, em geral, de difícil de manejo comum. Essa forma de delimitar nos remete a uma possibilidade de cuidar da crise psíquica como um acontecimento essencialmente fenomenológico (COSTA, 2003, p. 60).

Muitas vezes, as pessoas passam por circunstâncias que exigem o uso dos seus recursos pessoais para enfrentar e superar as dificuldades que aparecem na vida cotidiana. Chamadas de **crise**, estas situações demandam por parte da pessoa a elaboração de estratégias de enfrentamento mais criativas e adaptáveis. A palavra ‘crise’ é comumente utilizada pelas pessoas para designar um momento de tensão ou conflito associando-lhe, necessariamente, um caráter negativo a esta situação, o que veremos ao longo do capítulo que as teorias compreendem este fenômeno de outra forma.

Existem várias compreensões e teorias acerca da crise, no entanto devem ser interpretadas conforme o contexto em que surgiram. Entre as teorias sobre a crise, neste trabalho serão descritas duas que contribuirão para o tema, são elas: a) Crises de Desenvolvimento de Erik Erikson e b) A Teoria da Crise de Gerald Caplan.

Para falarmos sobre como surgiu a teoria proposta por Erik Erikson, é necessário fazermos uma rápida contextualização sobre o que levou o autor a propor esta teoria. A teoria de Sigmund Freud das fases psicosssexuais já tentava compreender a personalidade e os motivos pelos quais esta estrutura era construída ao longo do tempo, destacando a energia da busca pelo prazer do id (um dos componentes da personalidade) como força motriz para o desenvolvimento do sujeito. A teoria das crises de desenvolvimento de Erik Erikson põe em evidência a importância do contexto social no desenvolvimento humano, construindo a teoria psicossocial que considera o ser humano como um ser social.

Para Erik Erikson, a crise é compreendida como um ponto crítico que propicia uma crescente vulnerabilidade potencial. O autor usa o termo *crise potencial* no “sentido de desenvolvimento para designar não uma ameaça de catástrofe, mas um ponto decisivo [...] portanto, a fonte ontogenética da força e dos desajustamentos generativos” (ERIKSON, 1987, p. 96).

De acordo com Sena e Souza (1978) a teoria sobre o desenvolvimento humano de Erikson descreve em estágios, os diferentes embates que podem desencadear uma crise no indivíduo, em algum momento da vida.

A segunda teoria a ser apresentada é a Teoria de Crise proposta por Gerald Caplan (1980) que entende a crise como consequência de uma tentativa exaustiva do organismo de reestabelecer o equilíbrio frente a uma situação que requer a resolução de um problema. Como afirma o autor, “numa crise, esse processo é exagerado porque o estímulo do problema é maior e as forças reequilibradoras usuais não são bem-sucedidas na margem do usual” (CAPLAN, 1980, p. 53). O autor classifica a crise em quatro fases:

a) fase 1: elevação inicial de tensão, em decorrência do impacto do estímulo, o indivíduo aciona suas respostas homeostáticas para resolver tal problema, b) fase 2: é o segundo momento do indivíduo para tentar reequilibrar seus recursos falta de êxito e continuação caracterizam a frustração pela ineficácia, c) fase 3: o indivíduo tenta utilizar suas forças e mecanismos para solucionar o problema, ele se esforça para que trazendo aspectos de outras experiências que podem auxiliar no modo de solucionar aquele problema atual e d) fase 4: se o problema continua e não pode ser resolvido com a satisfação da necessidade nem evitado pela renúncia à necessidade ou a distorção perceptual, nesse caso a tensão ultrapassa um novo limiar e torna-se insuportável com o tempo, atingindo um ponto de ruptura (CAPLAN, 1980, p. 59).

Ferigato, Onocko-Campos e Ballarin (2007, p. 32) apresentam que “a palavra crise em sua origem grega (krisis) caracteriza um estado no qual uma decisão tem que ser tomada. A origem filosófica da palavra é também extremamente rica e encerra o sentido originário da crise.

Semelhante a esta definição, a crise é compreendida para além de um momento de decisão, caracterizando “um momento importante, que possibilita mudança para melhorar ou piorar algo” (GOTO, 2014, p. 188).

Apesar dos estudos sobre a crise terem sido tratados, primeiramente, pela área da psicologia e psiquiatria, há o esforço de que outras categorias profissionais possam contribuir para a compreensão desta temática, um exemplo disso é o serviço social que desenvolveu o Modelo de Crise. Segundo Sena e Souza (1978), este modelo foi proposto por profissionais da área de serviço social, (Lapoport, Lutz e Rosenberg) e baseia-se:

No reconhecimento de que, no indivíduo em crise, a tensão interna vai-se elevando até um grau que este não pode dominar com seus recursos e métodos comuns para lidar com problemas ou situações – graves mais temporárias. Diante dessas crises, o

indivíduo pode ficar em choque e, rompidas suas defesas, pode sentir-se desamparado ou amedrontado (SENA; SOUZA, 1978, p. 29).

Estas visões a respeito da crise mostram que ela pode estar relacionada tanto a fatores positivos como a obtenção do primeiro emprego, ingresso na faculdade, quanto aos fatores negativos, como a morte de algum parente, observando-se não necessariamente a associação a acontecimentos negativos.

O crescimento humano, como explicita Sena e Souza (1978, p. 21), “está repleto de conflitos internos e externos que a personalidade vital suporta, ressurgindo de cada crise um sentimento maior de unidade interior”. Como destaca Costa (2014, p. 24) “o sofrimento humano é inerente ao ser humano, à vida humana”, por duas justificativas, a primeira por dependermos de uma outra pessoa para que possamos nos desenvolver e a segunda, que se não houver este tipo de cuidado não sobreviveríamos. Ainda sobre o sofrimento humano deve ser considerado como “a condição mais democrática do ser humano”, devido à complexidade deste fenômeno (COSTA, 2014, p. 24). Desta forma, para que possamos buscar formas de lidar com elas é necessário compreendê-los, em especial, a crise. O sofrimento psíquico é caracterizado como:

a) Algo essencial e inerente a todo ser humano; b) que se constrói e é expresso nas relações (afetivas sociais e culturais); c) que demanda delimitação em cada particularidade; d) é simbolizado de forma diferente em cada sujeito, e e) portanto, no caso do sujeito “tido como psicótico”, existe uma particularidade a ser entendida, estudada e respeitada, além de demandar o desenvolvimento de formas de dar continência, apoio e cuidado (COSTA, 2014, p. 59).

Carvalho e Costa (2008, p. 154) entendem que as crises são situações da vida em que ameaçam “o senso de segurança e controle da pessoa”. Por fazer parte da vida humana, o sofrimento e os momentos de crise são enfrentados por muitas pessoas sem que tal situação desencadeie um adoecimento psíquico, o grande desafio é quando a crise traz sofrimento ao indivíduo.

2.2.1 Crise: Um nó na Reforma Psiquiátrica

Como já vimos, a crise, não necessariamente está associada a fatores negativos, mas sim a uma situação que nos exige uma reação frente a ela. Quando nos referimos ao campo da

saúde mental, em particular, nas pessoas com transtornos mentais graves, a crise toma outra proporção, principalmente quando há adoecimento mental.

Compartilhando com a mesma ideia de Costa sobre a crise enfatizarei o termo **crise do tipo psicótica** para me referir à crise que aparecem em casos de sofrimento psíquico grave. A crise do tipo psicótica é entendida como “alterações psicológicas graves e muito mais comprometedoras que outros distúrbios” (CARVALHO; COSTA, 2008, p. 155). O autor utiliza da fenomenologia para pensar o sofrimento psíquico específico com objetivo não só de ampliar a sua contribuição e o aspecto complexo do fenômeno, mas de desfazer a associação da crise com o sintoma de delírio e alucinação presentes na esquizofrenia (outras psicoses). Para ele, a proposta é priorizar o sofrimento humano em si e não a classificação específica da crise como sendo psicótica.

A definição **sofrimento psíquico grave** é utilizado por Costa (2014) para se referir as “manifestações tidas como da ordem dos transtornos mentais”. Este termo, segundo o autor, considera o propósito ético e filosófico do “sofrimento humano como base para a crise psíquica grave, tão trabalhada, problematizada” (COSTA, 2014, p. 59) pelas áreas (psicologia, psicopatologia, psicanálise, psiquiatria).

Destinchando o termo, o sofrimento psíquico grave é compreendido como **sofrimento**, sendo “algo essencial do humano, o **psíquico** que não é só da ordem do orgânico (sendo, portanto, também da ordem do afeto) e o **grave** para enfatizar a sua intensa e, em geral, de difícil de manejo comum” (COSTA, 2014, p. 60). Consoante com esta visão do sofrimento psíquico grave, o autor entende a crise como “um momento de ruptura ou mudança de curso de um equilíbrio previamente estabelecido levando a desarticulações que podemos chamar de psicossociais das pessoas” (COSTA, 2006 apud COSTA, 2014, p. 62).

Bessoni e Costa (2014, p. 163) destacam que “o tratamento tradicional do sofrimento psíquico grave se baseia na farmacologia e no acompanhamento sistemático da cronicidade do quadro, para prevenção de recaídas”. Os autores demonstram fatores que colocam em evidência a complexidade de atender a crise nos serviços substitutivos de saúde mental, isto é, acolher a crise aonde ela está.

A crise é vista como um alerta sobre o sofrimento do sujeito que se encontra em tal situação, mas por outro lado, como uma oportunidade para buscar novas alternativas de lidar com esta experiência. Este segundo ponto nos remete a olharmos a questão de crise como fundamental, como uma experiência que apesar de causar sofrimento ao sujeito, traz uma

parte importante em seu conteúdo, algo constituído por ele como maneira de causar menor dano à sua dimensão psíquica. Como pontua Goto (2014, p. 190):

Durante o período de perturbação, o indivíduo pode utilizar novas fontes de força em si mesmo e em seu ambiente e, a partir disso, elaborar uma nova maneira de manejar o problema. Então, a perturbação sofre um declínio e ele retorna ao equilíbrio psicológico. O novo estado pode ser psicologicamente mais ou menos saudável do que o anterior à crise. Nesse sentido, cada crise apresenta uma oportunidade de crescimento psicológico, bem como a deterioração psicológica, podendo ou não haver proximidade a um distúrbio mental.

Desta forma, a situação de crise descrita acima “traz em si o significado de perigo e de oportunidade, já que o indivíduo está passando por uma situação de transtorno e ao mesmo tempo mais suscetível a receber ajuda” (GOTO, 2014, p. 190). No momento em que o indivíduo se encontra em uma situação de crise, suas defesas pessoais estão mais flexíveis o que permite maior abertura para firmar um quadro psicopatológico quanto para buscar alternativas para que se adapte a tal situação, aproximando o que Merhy (2004) explicita “aproveitar a oportunidade que a crise permite para ressignificar o Projeto Terapêutico que vem gerindo em relação àquele usuário” (MERHY, 2004, p. 12).

No que se refere a esquizofrenia, a crise representa uma “fase aguda em que se tornam perceptíveis os sintomas positivos (alucinações e delírios) do paciente – em situação de primeira crise psicótica; ou, ainda, ocasião em que tais sintomas surgem ou se exacerbam – recaídas e recidivas” (LEFF et al., 1985 apud COSTA, 2008, p. 155). Segundo Costa (2014, p. 164) a crise é dividida em três fases: “a) fase pré-psicótica ou prodômica; b) fase aguda, quando surgem sintomas psicóticos; e c) fase da recuperação”.

A primeira fase chamada de **prodômica** é caracterizada pelo surgimento dos primeiros sinais que podem ser observados através de algumas alterações no comportamento e que requer, de imediato, uma intervenção que conte com “estratégias preventivas apropriadas e integradas a intervenções psicossociais” (MCGORRY; EDWARDS, 2002 apud BESSONI; COSTA, 2014, p. 164) para que não possa causar danos mais graves à dimensão psíquica do sujeito. A fase prodômica é enfatizada pelos autores por ser um período que se identificado pelos sinais no comportamento da pessoa podem evitar que desenvolva um transtorno. Esses sinais são:

Isolamento social, deterioração do funcionamento social, comportamento estranho, deterioração do trato pessoal e higiene, embotamento afetivo ou afeto inapropriado,

alteração do discurso, crenças e pensamentos mágicos, percepção incomum das experiências e falta de iniciativa, interesse ou energia (CARVALHO; COSTA; 2008, p. 155).

Através da intervenção precoce na fase prodômica é possível alterar o curso do quadro reduzindo as chances de desencadear um sofrimento psíquico grave. A Intervenção em Crise é definida como “uma modalidade de intervenção breve estabelecida no momento de crise, que pode oferecer de imediato a oportunidade para superar o risco que o sujeito está atravessando de perda da saúde mental e de detectar e resolver possíveis formas nocivas” (GOTO, 2014, p. 191).

A busca por parte dos profissionais de psicologia para que proponham novas formas de intervir, como no caso da Intervenção Precoce na Psicose, referente às demandas que atendam a população que busca os serviços de saúde mental, contribui para o rompimento do “modelo homogêneo e delimitado do ‘fazer’ clínico e social tradicional” (GOTO, 2014, p. 184). O termo *peripatético* proposto por Lancetti (2008, p. 15) é um exemplo deste novo modo de fazer clínica explicando que este significa: “passear, ir e vir conversando”. O autor utiliza desta ferramenta para compreender experiências clínicas que acontecem fora do *setting* terapêutico tradicional. Pensando no cenário brasileiro, Goto (2014, p. 184) fala da contribuição da Psicologia em relação a organização dos serviços substitutivos de saúde mental:

Com a atual expansão e desenvolvimento das políticas públicas no Brasil – políticas que consolidam diretrizes, cujo objetivo é o de organizar a prestação de serviços que contemplem tais direitos – tem-se percebido a necessidade de oferecer cada vez mais serviços e modalidades de serviços na área de saúde e do social que atendam as diretrizes dessas políticas. Frente a isto e com o desenvolvimento de novos serviços, pode-se dizer que nos últimos anos, os psicólogos têm buscado propor novas formas de intervenção, curtas ou breves, a fim de servir à população que aumenta diariamente em busca de tais serviços de ajuda e cuidado psicossocial.

Nesse sentido, há o esforço dos profissionais de saúde mental de construir serviços que atendem melhor as demandas específicas reelaborando formas mais adequadas de intervir que garantam que o usuário tenha melhor acesso ao tratamento e salientamos que para além do autor acima, outras formas de intervenção são válidas.

A Intervenção Precoce nas Psicoses, citada anteriormente se refere a “ações terapêuticas (medicamentosas, psicológicas e relacionais) imediatas” (BESSONI; COSTA, 2014, p. 167) que são geralmente utilizadas nos primeiros sinais da crise do sofrimento

psíquico grave, com o objetivo de diminuir os efeitos que causam prejuízos ao psiquismo, em particular em casos onde o indivíduo está com alto nível de angústia.

Sobre a forma de cuidado à crise, a experiência norte-americana denominada de **Soteria** foi um projeto “desenvolvido na Califórnia, entre 1971-83, criado para jovens recentemente diagnosticados como esquizofrênicos como alternativa para internação em hospitais psiquiátricos, em uma orientação fenomenológica e interpessoal” (RESENDE, 2015, p. 150). Segundo Resende (2015), este projeto propõe uma nova forma de cuidado em saúde mental, o que implica numa posição contrária a visão predominante da loucura como doença que necessita o uso, exclusivamente, de psicofármacos como em hospitais psiquiátricos.

A grande questão do projeto é acreditar que o “envolvimento humano sincero e compreensão eram atitudes críticas para interações curativas” (MOSHER; HENDRIX, 2004 apud RESENDE, 2015, p. 152). Com esse pressuposto, o projeto era caracterizado por uma equipe profissional (área de saúde) e outra não profissional que tinha pessoas voluntárias. Os criadores do projeto acreditavam que a ausência de modelo teórico contribuiria no sentido de criar novas formas de cuidado e estratégias para lidar com a experiência psicótica. O projeto teve resultados:

a) a eficácia de um modelo não médico para o cuidado de pessoas experienciando sintomas conhecidos como psicóticos; b) este modelo é sustentado por um ambiente de apoio, envolvimento, espontaneidade, tolerância, legitimação da experiência psicótica dos residentes e baixos níveis de controle por parte da equipe, sem a necessidade de contenções físicas ou químicas; c) este modelo, a partir de uma orientação fenomenológica interpessoal, faz um esforço para não teorizar ou interpretar, de modo que as intervenções são construídas a partir das interações contínuas entre os residentes e a equipe; d) a eficácia deste projeto baseado em processos psicossociais em seis semanas (resultados comparáveis com a internação psiquiátrica, mas sem o prejuízo da utilização dos neurolépticos) e após dois anos (melhores resultados, se comparados com o grupo controle da internação psiquiátrica, tanto em relação à necessidade de rehospitalização como na vida independente, trabalho e funcionamento social) (RESENDE, 2015, p. 157).

Este envolvimento entre profissionais e as pessoas com transtornos mentais favorece uma relação em que se valoriza e valida a experiência humana que envolve “*estar com*”, uma das dimensões do cuidar exploradas por Resende (2015). Em sua opinião, *estar com*, significa “suportar uma certa desordem, algo aleatório, dores, vozes, angústia e sofrimento para acolher o outro no cuidado” (RESENDE, 2015, p. 185). É com a possibilidade das pessoas com transtornos mentais frequentarem diferentes espaços sociais que há a oportunidade de

transformar as relações e a mudando a visão que as pessoas têm a respeito das questões psíquicas (sofrimento, sintomatologia). Para Resende (2015, p. 156), conviver significa:

Aceitar e tolerar estados alterados de consciência e de comportamentos estranhos, inclusive, permitindo a expressão da agressividade no limite do possível, em um esforço para sintonizar-se com a experiência da pessoa, ao invés de apenas reprimi-la.

Conviver não é somente estar no mesmo espaço, mas estar com alguém e acompanhar esta pessoa que se encontra em uma situação de desorganização psíquica no seu processo com a experiência do delírio compreendendo suas demandas sem ter julgamentos sobre o que ele diz. Portanto, essa dimensão do cuidado (estar com) que deve estar presente nos serviços de saúde mental permite que sejam elaboradas novas formas de cuidado ao outro, maior diálogo entre profissional e usuários, maior espaço para construção de algo em conjunto entre os atores envolvidos (usuários, profissionais, familiares), maior empoderamento e a autonomia do usuário quanto a seu tratamento.

Segundo Dimenstein e Jardim (2012) o atendimento à crise é uma temática que requer cuidado quando se trata da organização dos serviços substitutivos garantidos pela Lei de Saúde Mental e da Rede de Atenção Psicossocial. Os autores trazem alguns desafios relacionados ao acolhimento da crise:

a) a dificuldade de manejo da crise; b) os problemas na articulação entre os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, em especial, aos leitos oferecidos e garantidos por lei para situações de emergência; c) e as lacunas na qualificação dos profissionais de saúde, representam fatores que bloqueiam a garantia de acesso à saúde ao melhor tratamento.

Bessoni e Costa (2014) apontam para a complexidade de atender pessoas com sofrimento psíquico grave de acordo com o novo parâmetro que traz a clínica ampliada. A respeito dos serviços substitutivos implantados no Brasil, destacam dois pontos que tornam evidente a complexidade da atenção à crise: o forte estigma das pessoas com transtornos mentais e as possibilidades de intervenções que podem ser feitas.

É preciso acrescentar que o acolhimento à crise e o atendimento da pessoa tem duas implicações: a) outro modo de acolher a crise de acordo com o que é oferecido pelos serviços disponíveis, b) qualificação dos profissionais diante dessa temática, como forma de aprimorar tal acolhimento. Referente ao profissional que atua nos serviços de saúde mental, em especial,

no atendimento a pessoas em crise, é relevante lembrar do desgaste emocional e da qualificação defasada.

Um dos maiores desafios está na organização dos serviços substitutivos para tratar de forma mais adequada as necessidades das pessoas com sofrimento psíquico grave, considerando a posição do sujeito frente a sua saúde, o que só será possível com uma postura diferente por parte do profissional de saúde. O trabalho em equipe presente nesses serviços tem como objetivo um trabalho interdisciplinar em que os vários saberes são importantes para buscar formas de cuidado que trate a pessoa com transtorno mental legitimando o que ele traz.

Devido a inadequação dos serviços existentes de saúde mental no Brasil, principalmente em Brasília, um grupo foi criado pelo Departamento de Psicologia Clínica da UnB com o objetivo de ser um local de “estudo, discussão, pesquisa, atendimento e reflexão sobre o que é denominado, pela linguagem ordinária e técnica, psicose e seus transtornos correlatos” (COSTA, 2014, p. 7). O grupo é nomeado de GIPSI - Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do tipo Psicótica que é “um Programa de Extensão de Ação Contínua - PEAC” formado por uma equipe interdisciplinar (psicologia, psiquiatria, serviço social, enfermagem, terapia ocupacional) que faz pesquisas, acompanhamento e intervenções em casos da primeira crise do tipo psicótica (COSTA, 2014, p. 7).

Portanto, considerando a complexidade do acolhimento à crise nos serviços de saúde mental, torna-se importante elaborar dispositivos que possam aprimorar a atuação dos profissionais de saúde para um melhor atendimento da demanda. Um desses dispositivos pode ser o Cartão de Crise, um instrumento que pretende dar voz ao sujeito que está em sofrimento, uma vez que é uma “experiência única, própria, intransferível” (COSTA, 2014, p. 24), onde quem mais sabe sobre a forma com que podemos ajudar é o próprio pessoa que vivencia.

2.2 Cartão de Crise: Uma Proposta de Empoderamento e Cogestão

A decisão quanto ao melhor tratamento se faz em uma composição entre os saberes do usuário e da equipe de referência, numa gestão compartilhada do cuidado, e que o exercício de cogestão engendra processos de autonomia (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013, p. 2891).

Em geral, no campo da saúde mental, lidamos com pessoas em sofrimento psíquico e que se encontram em momentos críticos denominados de crise. A crise é entendida por

Vasconcelos (2014) como um momento em que o sujeito tem uma perda temporária da capacidade de tomar decisões que correspondam à sua própria vontade ou desejo, em especial, aos cuidados que gostaria de receber. Este momento requer maior cautela por parte dos serviços substitutivos sobre como proceder diante a crise respeitando os direitos dos usuários. Há uma busca por dispositivos que tenham como objetivo “implementar formas de sociabilidade mais ricas, de inserção na cidade e na comunidade local, ou projetos de expressão artística, de trabalho, de moradia” (VASCONCELOS, 2014, p. 1). Desta forma, a atenção à crise se mostra como um grande desafio a estes serviços que pretendem atuar de forma mais humanizada, promovendo saúde e rompendo com os obstáculos que as pessoas com transtornos mentais sofrem na sociedade.

Neste capítulo, serão apresentadas algumas experiências de âmbito nacional e internacional sobre o plano e o cartão de crise, seus fundamentos, as experiências da implementação e seus efeitos. Em primeiro lugar, será feita uma breve trajetória das diferentes experiências de alguns países sobre estes dispositivos e depois serão feitas algumas reflexões sobre os desafios da implementação desta prática no nosso país.

2. 2.1 Experiências com Diretivas Antecipadas (DA) no Campo da Saúde

No campo da saúde, os movimentos sociais de direitos humanos e da reforma psiquiátrica, conforme Vasconcelos (2014), estão desenvolvendo cada vez mais dispositivos que dão voz as pessoas com transtornos mentais garantindo a participação e legitimação dos seus desejos sobre a gestão de sua saúde. Um dos dispositivos que vem sendo utilizado no sistema de saúde em alguns países (Estados Unidos, Reino Unido, Holanda, Inglaterra) é chamado de **Diretivas Antecipadas** (*Advance Directives* - DA). Por meio deste dispositivo, o indivíduo pronuncia “como gostaria de ser tratado em caso de se encontrar em um estado em que teria prejudicada sua capacidade cognitiva de tomar decisões” (VASCONCELOS, 2014, p. 1).

A respeito do dispositivo das Diretivas Antecipadas, no ano de 1991, o governo dos Estados Unidos promulgou uma lei que estabelecia a implementação desta prática no setor da saúde, além do fornecimento de recursos para apoio financeiro à saúde pública. Conforme

Vasconcelos (2014, p. 6) esta prática surge num contexto que possui três especificidades que devem ser consideradas:

a) elas emergem no contexto de um sistema de saúde com alto nível de terceirização e privatização, em que relações entre usuários e serviços primordialmente pelo direito do consumidor, o que induz a um alto nível de judicialização; b) a crescente judicialização pode apresentar aspectos polêmicos, como por exemplo, o aumento de preços nos sistemas de saúde, na medida em que os profissionais embutem na precificação de seus serviços os custos dos eventuais processos sinistros, particularmente em sistemas de saúde majoritariamente privatizados. Além disso, o sistema é também perpassado pelos interesses corporativos dos advogados e pelos interesses lucrativos de grandes empresas de advocacia e de seguros; c) a sua enorme difusão e institucionalização na sociedade como um todo.

Um exemplo de Diretivas Antecipadas é o “testamento em vida” (VASCONCELOS, 2014, p. 6) um documento que o indivíduo declara sua vontade e desejo sobre seus bens caso aja um acontecimento que o impossibilite de se manifestar, seja por seu falecimento ou para cuidados que gostaria de ter diante doenças.

Mais tarde, na década de 1990, Vasconcelos (2014, p. 7) apresenta que no Reino Unido, as DA’s estavam movimentando discussões a respeito do reconhecimento institucional por parte dos serviços de saúde:

É importante lembrar que o país tem outra tradição de direito, chamada de consuetudinário, que se diferencia do direito romano, base da estrutura jurídica e legal dos países continentais da Comunidade Européia e do Brasil. Portanto, em algumas áreas da vida civil e política inglesa, não há propriamente leis, e a justiça se baliza pelas decisões concretas tomadas pelos tribunais. Entretanto, a entrada do país na Comunidade Européia vem forçando o país a aderir ou produzir suas próprias cartas e legislação na área de direitos humanos, e o campo das diretivas antecipadas aí se insere.

Na Holanda, as Diretivas Antecipadas são também são chamadas de “Contrato de Ulisses (*Ulysses Contracts*)” (VASCONCELOS, 2014, p. 7), este nome veio da mitologia grega em que o herói é comandante um navio. O comandante pede para que seja amarrado para que possa ouvir o canto das sereias e sem o risco de ser seduzidos por elas, e assegurando, assim, o controle do navio. O Contrato de Ulisses não só é utilizado no país holandês, mas também nos Estados Unidos.

Na Holanda, as Diretivas Antecipadas são chamadas de **Contrato de Ulisses** que é um “contrato feito que permite que as pessoas se comprometam com o tratamento caso aja alguma intercorrência durante este processo” (SPELLENCY, 2003, p. 374). Uma das intercorrências pode ser, por exemplo, a falta de disposição do indivíduo que pode estar relacionada a recaídas da própria doença. Segundo Spellency (2003), no campo da medicina, estes contratos são geralmente usados por pessoas que pretendem parar de fumar. Já no campo da saúde mental, é utilizado por pacientes que possuem um histórico de recaída e tem um limiar de periculosidade. Este contrato é feito a pedido do paciente que possui um transtorno mental grave num momento que a doença está em estado de remissão.

Conforme Spellency (2003), o paciente pode especificar quais formas de tratamento deseja, uma vez feito, o contrato é revisado e validado, sendo passível de revogação a qualquer momento. Entretanto, somente a elaboração do contrato é legal, sua revogação não o é, o que permite a interferência do Estado sobre o tratamento do paciente para que se faça cumprir aquilo que contém no contrato. O Contrato de Ulisses gerou algumas discussões a respeito da sua prática, entre eles estão: o primeiro ponto é a implicação paternalista, uma vez que feito o contrato, o Estado pode decidir pelos pacientes quais critérios de tratamento são melhores para atual situação; o segundo ponto, refere-se à “ausência de base jurídica para sua aplicação” (SPELLENCY, 2003, p. 376).

Neste país, as Diretivas Antecipadas começaram a ser pensadas no início da década de 1980, a partir do debate sobre a eutanásia, sendo que em 1990, as DA's foram apropriadas no campo da psiquiatria devido o fortalecimento do movimento de usuários de saúde mental, sendo conhecidas como Diretivas Antecipadas Psiquiátricas.

2.2.2 As Experiências das Diretivas Antecipadas Psiquiátricas

No campo da saúde mental foi produzido um dispositivo chamado de **Diretivas Antecipadas Psiquiátricas** - *Psychiatric Advance Directives – PADs*, criado pelo psiquiatra americano Thomas Szasz em 1982. Este dispositivo se propõe a ser “uma alternativa para que os usuários pudessem dar instruções aos profissionais de saúde mental sobre como lidar com situações de crise psicótica” (VASCONCELOS, 2014, p. 9). Conforme Vasconcelos (2014) a

formalização das Diretivas Antecipadas Psiquiátricas ocorreu logo após as DAP's serem consideradas como uma prática legal, tornando assim, os Estados Unidos como o primeiro país a aplicar este dispositivo contribuindo para os usuários e os serviços no campo da saúde mental.

As DAP's são constituídas pelo Plano e Cartão de Crise, sendo que o plano é feito em primeiro lugar, para que depois as informações principais sejam resumidas e colocadas no Cartão de Crise. O Plano de Crise é definido como “um documento pessoal onde são dadas indicações personalizadas sobre como proceder numa situação de crise” (FREITAS, 2008, p. 2) com informações sobre a medicação a ser utilizada e o como pode ser feito o acolhimento, assim como as pessoas envolvidas (familiares, amigos, vizinhos, técnicos). Por sua vez, o Cartão de Crise é “documento pessoal, com o formato de um cartão de banco desdobrável, que contém informação sobre a forma como seu portador gostaria de ser acolhido e quem deve ser contatado numa situação de crise” (FREITAS, 2008, p. 2). Nesse sentido, o conteúdo do Cartão é uma síntese das informações contidas no Plano de Crise.

A ideia do Cartão de Crise surgiu a partir de um debate sobre o número crescente de internações involuntárias e formas de tratamento que violentavam as pessoas com transtornos mentais. No primeiro momento, o cartão foi pensado, prioritariamente, para pessoas que já tiveram uma crise sendo inseridos na rede de saúde mental. Por outro lado, pode se estender para pessoas que nunca tiveram uma crise, mas que teriam motivos para achar que teriam algum dia, atuando como uma medida preventiva.

O plano de crise e o cartão de crise são dispositivos que visam a participação do usuário a respeito do tratamento. Assim, seus objetivos gerais são:

- 1) Promover a autonomia e responsabilidade do usuário, facilitando o seu empoderamento;
- 2) Fomentar a participação dos usuários na gestão da sua própria saúde, permitindo que a pessoa expresse como quer ser tratada numa situação de crise, que a crise seja detectada mais cedo e se previna a recaída;
- 3) Prevenir o tratamento involuntário, através de um acordo prévio sobre as preferências de tratamento (SUTHERBY et al., 1999 apud Freitas, 2008);
- 4) Melhorar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde mental, promovendo uma prestação de cuidados de saúde mental adequada à demanda, otimizando o uso dos recursos e garantindo maior disponibilidade (FREITAS, 2008, p. 3).

Um estudo realizado na Inglaterra demonstra a experiência do Plano e Cartão de Crise através de um projeto piloto realizado com objetivo de examinar a viabilidade de introduzir o

Cartão e o Plano de Crise no serviço psiquiátrico à comunidade. Apresentado por Sutherby et al. (1999), o estudo contou com reuniões entre usuários, profissionais, familiares e apoio de advogados para subsidiar a parte jurídica do documento. Esta experiência no serviço psiquiátrico promoveu um aumento progressivo no interesse da parte dos usuários e profissionais para a implementação desta prática em outros serviços do país.

Segundo Freitas (2008), na Holanda, o plano de crise é uma prática voluntária que cabe inteiramente ao usuário aderir ou não, uma vez aceita, é realizada com auxílio de um consultor. O conteúdo do plano pode ser acessado a qualquer momento no Centros de Crise, e se usuário optar, poderá ficar disponível na internet mediante a autorização das partes. Nesse sentido, as informações contidas no Cartão de Crise foram pensadas para que qualquer pessoa (profissional de saúde mental ou não) possa compreendê-las facilitando o modo de agir perante a pessoa em crise.

Após discorrer sobre o Cartão de Crise, será apresentada em seguida uma proposta do Cartão de Crise como um dispositivo que visa o empoderamento e a autonomia do sujeito em sofrimento psíquico, que pode ser viabilizado por um trabalho de cogestão, em que o usuário e o profissional são agentes que visam a mesma finalidade.

2.2.3 Cogestão: Um Trabalho entre Profissional e Usuário

A importância do trabalho conjunto entre profissional de saúde e usuário é exposta por Passos et al. (2013) em um estudo feito no Brasil trazendo dois conceitos relevantes que devem fazer parte dos serviços de saúde mental: cogestão e autonomia. O primeiro conceito a ser apresentado será o de cogestão definido como:

Uma estratégia de autonomização e protagonização dos diferentes sujeitos (trabalhadores, gestores, usuários e familiares) implicados no processo de produção de saúde; com efeito, quando colocada em ação, ela cria condições para diferentes expressões da autonomia, o que envolve colocar lado a lado cuidadores e sujeitos cuidados, cogestando os processos de cuidado e coproduzindo-se mutuamente (PASSOS et al., 2013, p. 30).

A cogestão é uma forma de acolhimento das diferenças e uma estratégia para o sujeito de direitos, porém deve-se considerar sua dimensão política. Sua dimensão pode ser macropolítica e micropolítica: a) macropolítica porque “a cogestão pressupõe arranjos nos processos de trabalho em saúde que colocam lado a lado os diferentes sujeitos, como nas práticas de gestão participativa nos serviços de saúde” e b) micropolítica porque a “cogestão expressa reposicionamentos subjetivos dos que se colocam lado a lado e que se corresponsabilizam e assumem protagonismo distribuído nos processos de produção de saúde” (PASSOS et al., 2013, p. 31).

Nesse sentido, conforme Passos et al. (2013, p. 30), a cogestão, enquanto um trabalho conjunto entre profissional e usuário, implica em “colocar lado a lado os diferentes agentes do processo de produção de saúde, garantindo-lhes a possibilidade de negociar desejos e interesses”.

O segundo conceito a ser apresentado é a autonomia, que é compreendida numa perspectiva protagonista, como: “o processo vital em que todo ser vivo se constitui, dando de si mesmo suas próprias regras” (PASSO et al., 2013, p. 31), sendo um processo contínuo e criativo, no qual o sujeito se constitui e constitui o mundo em que está. Kinoshita (1996, p. 57) define o conceito de autonomia como “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. O autor atenta para não confundir o conceito de autonomia com auto-suficiência ou independência, pois normalmente os usuários de saúde mental possuem uma dependência extrema a certos tipos de relações, o que restringe e diminui sua capacidade de autonomia. Deste modo, promover autonomia teria como finalidade “ampliar as possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida” (KINOSHITA, 1996, p. 57).

Segundo Kinoshita (1996, p. 55), as “relações de trocas são realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo dentro do campo social, como pré-condição para qualquer processo de intercâmbio” e estas relações, quando referidas as pessoas com transtornos mentais, necessariamente carrega aspectos negativos (incapaz, sem razão) que são reproduzidas nas diferentes relações na sociedade. Esta forma de olhar a loucura, coopera para que seja resgatado o “valor da pessoa que o assegure como sujeito social” (KINOSHITA, 1996, p. 56), reduzindo-o a doença.

Como uma saída para a anulação do poder contratual, o autor propõe a ideia de reabilitação entendida como: “um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia” (KINOSHITA, 1996, p. 56). Também sugere que a autonomia pode ser determinada por dois fatores: a) pela “relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem” e b) pela “capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida, de modo que a subjetividade do usuário possa enriquecer-se” (KINOSHITA, 1996, p. 57).

Onocko-Campos et al. (2006, p. 2) falam a respeito de autonomia como um “processo de co-constituição de uma maior capacidade dos sujeitos compreenderem e agirem sobre si mesmo e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos”. A autora traz a ideia de co-construção da autonomia compreendendo-a como um processo que está sempre em movimento que depende de condições como: a existência de leis democráticas ou não; o andamento da economia, a existência de políticas públicas e os valores difundidos pelas instituições e organizações. Esta construção também é fruto do próprio sujeito, uma vez que ele está implicado neste processo.

Segundo os autores, a autonomia deveria ser tomada como “um dos objetivos ou uma das finalidades centrais da política, da gestão e do trabalho em saúde” (KINOSHITA, 1996, p. 1) no intuito de produzir mais saúde e maior autonomia. Desta forma, é necessário pensarmos de que modo podemos chegar a esta finalidade através de um trabalho conjunto entre profissional e usuário de saúde mental que permitam maior participação e envolvimento na produção da saúde do sujeito, dando espaço para que ele negocie seus desejos e necessidades.

Os conceitos de cogestão, empoderamento e autonomia são importantes, especialmente quando pensamos nas experiências vividas pelos usuários dos serviços de saúde mental: histórias que foram marcadas por violência, julgamento e exclusão por parte da sociedade e pela imagem que a categoria “doente mental” ainda traz a estas pessoas. Podemos dizer que as práticas de cogestão potencializam os processos de construção de autonomia, contribuindo para legitimar aquilo que o sujeito traz como importante para ele e conseqüentemente para que faça parte deste processo ativamente.

2.2.4 Empoderamento: Uma Estratégia para Lidar o Sofrimento

Ao longo da história as pessoas com transtornos mentais foram consideradas como pessoas impotentes e os hospitais que os abrigavam eram vistos como instituições que utilizavam da violência para tratá-los levando-os a comportamentos de “apatia, passividade e resignação” (GOFFMAN, 1996 apud LINHORST; ECKERT, 2014, p. 279). Este modo de tratamento das pessoas com transtornos mentais evidencia uma percepção equivocada dos profissionais de saúde que os toma como pessoas incapazes de tomar decisões no que se refere a sua própria vida, assim, perpetuando um sentimento paternal. O conceito de empoderamento é utilizado como sinônimo de capacitação, sendo definido como “a capacidade contínua dos indivíduos ou grupos para agir em seu próprio nome para alcançar um maior controle sobre suas vidas” (STAPES, 1992 apud LINHORST; ECKERT, 2014, p. 280).

Para Linhorst e Eckert (2014), estudos têm mostrado os benefícios que os usuários têm quando participam das tomadas de decisões, seja acerca do tratamento, seja nos serviços de saúde mental. Alguns desses benefícios são apontados pelos autores: maior satisfação, auto-eficácia, confiança, esperança e propensão a atingir seus objetivos. Apesar de haver um reconhecimento e um esforço impulsionando maior participação dos usuários nos serviços, este processo “é lento e ainda inconsistente” (LINHORST; ECKERT, 2014, p. 281). Para tal finalidade, os autores trazem sete condições que viabilizam o empoderamento desses atores no campo da saúde mental. A seguir, apresento-as:

1) Controle de sintomas: em geral, a restrição do usuário está potencialmente relacionada à gravidade da doença mental e do controle dos sintomas. O controle desta parte possibilitaria que o indivíduo tome decisões mais lógicas e construtivas.

2) Habilidade para tomada de decisão: muitas vezes, as pessoas consideradas impotentes, como é o caso das pessoas com transtornos mentais, carecem de habilidades para tomar decisões, este obstáculo pode ser diminuído quando é proporcionada oportunidades e competências necessárias para que desenvolvam alternativas.

3) Acesso aos recursos: refere-se ao acesso aos diferentes serviços de saúde mental permitindo que o usuário que tenha um certo tipo de apoio proporcionando maior

empoderamento deste. Esses recursos podem ser divididos em: a) pessoais – como a participação dos usuários em grupos de movimento sociais, que forneçam apoio emocional identificando problemas comuns e gerando alternativas, b) logístico – como a assistência ao transporte e alimentos. Sobre a importância deste tipo de recurso pessoal, Hansenfeld (1987) apud Linhorst e Eckert (2014, p. 286) mostram que “o empoderamento é um processo através do qual as pessoas obtêm recursos que proporcionam um maior controle sobre seu ambiente atingindo suas aspirações”.

4) Incentivo concreto e recíproco: refere-se ao apoio dos profissionais em relação aos usuários para que se sentiam estimulados a participarem das decisões, mostrando que é possível modificar a relação de poder existente, entre os que detêm o poder e os que não detêm.

5) Estrutura e processos decisórios: esta condição diz respeito a necessidade de espaços que possibilitem o diálogo entre profissional e usuário para aproximar os sujeitos em prol da saúde.

6) Disponibilidades de opções e informações: refere-se as possibilidades de escolhas dos usuários acerca do que acham pertinente para que tomem uma decisão, como por exemplo, da sua saúde. Esta condição está relacionada ao acesso de informação, pois quanto maior o acesso à informação, maior será o leque de escolhas para buscar alternativas mais construtivas.

7) Apoio da cultura organizacional: esta última condição, é de extrema importância, no sentido de modificar as relações entre as instituições (saúde mental), pois uma organização em que há o compartilhamento de opiniões tem resultados mais positivos para ambas partes.

Essas condições apresentadas pelos autores são importantes no sentido de estarem relacionadas, diretamente ou indiretamente, ao que pretendemos alcançar que é o empoderamento do sujeito. Cumpre ressaltar que, no entanto, esta teoria apresentada por Linhorst e Eckert traz de forma implícita um modo de pensar pautado no discurso biomédico, paradigma do modelo clínico clássico, presente na forma com que expressa por exemplo, no que se refere ao controle de sintomas.

Essa forma de pensar o transtorno mental se diferencia em alguns pontos da proposta de Vasconcelos sobre o empoderamento e do novo modelo assistencial no Brasil (atenção

psicossocial). Deste modo, Vasconcelos (2003) traz sua contribuição a respeito do estudo do empoderamento, fazendo uma leitura contextualizada desta temática na e para a realidade brasileira.

O empoderamento¹ é um conceito atual e ao mesmo tempo polêmico e que não serve apenas para pessoas “submetidas a longo processo de dor, opressão e/ou discriminação” (VASCONCELOS, 2003, p. 11). O autor observa a dificuldade de tradução que seja fidedigna ao significado que carrega o termo em inglês *empowerment*, sendo insuficiente a tradução do português como empoderamento. Por tal motivo, o autor utiliza o termo em inglês para que não se perca “a complexidade e o caráter multifacetário do conceito” (VASCONCELOS, 2003, p. 12). Assim, propõe uma explicação temporária para o conceito de *empowerment* como: “aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social” (VASCONCELOS, 2003, p. 20).

O autor também fala sobre algumas estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico, que serão apresentadas a seguir, trazendo a importância de cada uma para os usuários de saúde mental no que diz respeito ao empoderamento do sujeito e sua autonomia junto com a rede de apoio (familiares, profissionais, comunidade). Entre as práticas usuais de enfrentamento pessoal, familiar e coletivo apresentadas por Vasconcelos (2003) estão: a recuperação, a ajuda mútua e o suporte mútuo. Estas estratégias contribuem de forma direta e indireta para maior participação dos atores na defesa dos direitos, uma militância social mais ampla nas decisões acerca do campo da saúde mental.

Apesar do autor apresentar outros tipos de estratégias de enfrentamento, neste trabalho darei ênfase a três delas por estarem relacionadas a esta pesquisa: a recuperação, a ajuda mútua e o suporte mútuo.

De acordo com Vasconcelos (2013) a **recuperação** (*recovery*) é um termo conhecido no campo das doenças físicas e também no campo da saúde mental, na área da reabilitação psicossocial, que semelhante as doenças físicas provocam limitações, mas que com o suporte

¹ O termo Empowerment está sendo largamente utilizado por autores no Brasil e apesar de utilizar sua tradução, pretendo manter o mesmo significado da palavra original como apresenta Vasconcelos (2003).

(social, ambiental, cultural) necessário podem ter uma vida usual relativamente ativa, resgatando suas atividades diárias.

Na área de saúde mental, a recuperação é utilizada para se referir a “um processo profundamente pessoal e coletivo de mudanças que pode levar a uma vida com satisfação, desejo e participação social, mesmo com as limitações causadas pelo transtorno” (VASCONCELOS, 2014, p. 26). Este processo inclui três aspectos: desenvolver novos projetos de vida, dando novos sentidos para que a pessoa com transtorno mental cresça e ultrapasse os efeitos negativos da crise mental; reelaborar no nível pessoal e coletivo o estigma relacionado ao transtorno mental difundido na sociedade; produzir novas oportunidades das pessoas com transtorno mental para que sejam reinseridas socialmente (lazer, trabalho).

Vasconcelos (2013, p. 24) apresenta que a **ajuda mútua** “visa primordialmente à acolhida, à troca, de experiências e de apoio emocional, realizadas em grupos compostos, apenas por pessoas com problemas comuns, que partilham do mesmo tipo de sofrimento”. Os problemas comuns podem ser: “períodos de melhora, limitações colocadas à vida diária, mudanças advindas de vários tipos de doença, despesas extras com remédios, quantidade de tempo despendida com serviços médicos, psicológicos, o cuidado necessário e as limitações exigidas pelo estilo de vida, os riscos e efeitos colaterais, atenção constante de cuidadores formais e informais, conflitos decorrentes das falhas dos serviços de saúde mental e doenças crônicas que apresentam características e implicações incapacitantes, segregadoras e estigmatizantes” (KLEINMAN, 1998 apud VASCONCELOS, 2013).

Através do grupo de ajuda mútua é possível atingir os seguintes objetivos apresentados por Vasconcelos (2013, p. 20):

- a) constituir um espaço de acolhida, troca de experiências e de apoio emocional, b) estimular a comunicação e a livre expressão de sentimentos no grupo, c) valorizar a experiência de vida de cada um dos participantes e do grupo como um todo, d) promover o crescimento pessoal e coletivo sobre como lidar com o transtorno mental no dia a dia e de como conviver melhor com a família e a rede social, e) desenvolver a autoconfiança, a autoestima e a esperança no processo de recuperação, f) estimular o companheirismo e fazer amigos, g) estimular que os participantes desenvolvam outras formas de apoio coletivo como suporte mútuo, defesa de direitos e ativismo social e cultura, a partir e/ou fora do grupo.

O **suporte mútuo** é uma outra estratégia de enfrentamento que tem como objetivo “realizar juntos (usuários, familiares e pessoas conhecidas e amigas do campo) atividades sociais, artísticas, culturais, esportivas, comunitárias, de lazer, de reconhecimento, e a utilização de recursos sociais na comunidade local e na sociedade” (VASCONCELOS et al., 2013, p. 25). Este tipo de enfrentamento envolve os diferentes atores envolvidos no processo (usuários, familiares, comunidade), sendo de total relevância a participação destes para a efetividade das formas de cuidado ao usuário.

Para este trabalho, a construção do Cartão de Crise constitui a troca de vivências entre os usuários junto com os profissionais sobre a temática da crise, o que evidencia os tipos de enfrentamento que foram citados anteriormente: a) a ajuda mútua, no momento que há uma troca de vivências em grupos com um tema em comum, quando é discutido com eles o que a crise representa em suas vidas; b) o suporte mútuo, pois dispositivos como o Cartão de Crise proporcionam não só a discussão de temas como: a experiência dos usuários em uma situação de crise e como criar estratégias para lidar com ela; quais sentimentos estão atrelados a esta experiência; quais indicam a proximidade de uma crise. O compartilhamento de ideias entre os usuários, mas também proporcionam “iniciativas de cuidado e suporte e suporte concreto na vida cotidiana” (VASCONCELOS, 2013, p. 29) como permite maior participação dos usuários e familiares em reuniões que dizem respeito a defesa de direitos no campo da saúde mental, promovendo maior autonomia.

Nesse sentido, a construção de dispositivos que representem uma estratégia de enfrentamento de ajuda mútua e de suporte mútuo, como o Cartão de Crise, é necessária para que possamos promover autonomia e maior participação por parte dos usuários neste campo, fazendo parte da estratégia que visa a recuperação.

2.2.5 Os Desafios e as Possibilidades de Apropriação do Cartão de Crise no Contexto Brasileiro

A experiência brasileira nos mostra que a prática das diretivas antecipadas ainda é um tema latente e continua sendo alvo de discussões no Conselho Federal de Medicina e na última Conferência de Saúde Mental realizada em 2010. Vasconcelos (2014, p. 3) atenta para

o cuidado que devemos ter quando refletimos sobre a implementação do Cartão de Crise a partir de experiências que foram realizadas em países distintos da realidade brasileira:

É necessário em primeiro lugar fazer uma clara diferenciação entre sociedades e países centrais de capitalismo liberal, e países periféricos e semiperiféricos, e as formas como os desdobramentos da questão social se dão nestes diferentes contextos [...]. Daí, a importância da permanente vigilância teórica e prática, no sentido de levar em conta as especificidades do contexto brasileiro e de país semi-periférico, com alto grau de exploração, desemprego estrutural e desigualdade social, crise do Estado e das políticas sociais efetivas, e particularmente com sua cultura predominantemente hierárquica nas classes populares.

Sabe-se que a compreensão da contextualização social e histórica em que a prática foi criada é de suma importância para reflexão sobre as especificidades da nossa realidade e no modo como o Plano e o Cartão de Crise pode ser apropriado no campo da saúde mental. Em primeiro lugar, será abordado quais aspectos estão implicados na implementação do Cartão de Crise de forma geral. Em seguida, serão apresentados os desafios que precisam ser enfrentados para que seja possível implementar estes dispositivos no país.

Quando nos referimos a implementação do Cartão de Crise, Freitas (2008) afirma que alguns fatores devem ser considerados: a) o tipo de sistema de saúde vigente do país, necessário para compreender a organização e o funcionamento dos diferentes serviços que compõe este sistema; b) o quadro normativo sobre os direitos dos usuários, isto é, ao que é apresentado pela lei e entender as informações que os profissionais têm a respeito deste assunto; c) saber como a crise é vivida pela população local, no sentido de elaborar estratégias que atendam melhor as demandas específicas, contribuindo para a discussão sobre novas formas de cuidado no campo da saúde mental, principalmente no que diz respeito à crise; d) tipo de assistência disponível, e) percepções dos técnicos sobre a prática, f) percepções dos usuários sobre o tratamento disponível, no sentido de dar voz aos usuários sobre sua opinião a respeito dos serviços de saúde mental, g) relações de poder entre os profissionais e usuários, h) questões jurídicas, para que o Cartão seja um dispositivo reconhecido legalmente, e i) aspectos éticos, o que implica em “avaliar a competência da pessoa, ou seja, a sua capacidade de compreensão e escolha racional” (VASCONCELOS, 2014, p. 12).

A partir dos fatores relevantes acerca da apropriação e da implementação do Cartão de Crise, alguns desafios devem ser enfrentados na realidade brasileira. Nota-se que a maioria

dos desafios para a apropriação de dispositivos no campo da saúde mental no Brasil estão relacionados as particularidades políticas, econômicas e culturais.

Como foi mostrado, as Diretivas Antecipadas foram criadas em países centrais como a Europa e os países de língua inglesa que caracterizam uma cultura “hegemonicamente protestante, individualista e mais valorizadora da autonomia pessoal” (VASCONCELOS, 2014, p. 3). Segundo o autor, o Brasil tem uma “cultura hierárquica, comunitária e valorizadora da dependência [...] com alto grau de exploração, desemprego estrutural e desigualdade social, crise do Estado e das políticas sociais efetivas, e particularmente com sua cultura predominantemente hierárquica nas classes populares” (VASCONCELOS, 2014, p. 3).

Analisando o contexto da saúde mental, é possível observar que estamos diante de um contexto no qual as relações de poder “atravessam os processos de gestão, tornando-se necessária a análise constante dessas relações para romper a cristalização de determinadas configurações de poder que impedem o exercício da liberdade” (PASSOS et al., 2013, p. 27). Mesmo com o movimento da Reforma Psiquiátrica, este tipo de relação hierárquica, também está presente no campo da saúde mental, em particular, na relação entre profissionais de saúde e usuários.

Ainda sobre as relações de poder, Resende (2015) explicita que este tipo de postura dos profissionais de saúde mental ainda está presente nos serviços substitutivos perdurando um “movimento moralista” que precisa ser modificado (RESENDE, 2015, p. 88). Deixando de lado os nossos preconceitos, será possível abrir espaço para o diálogo para que possa ser construído algo em conjunto (usuário e profissional) mudando esta relação, como destaca a autora: “ao compartilhar opiniões sem hostilidade, ao suspender nossos pressupostos, seremos capazes de, ao invés de defender opiniões, pensar juntos” (RESENDE, 2015, p. 91).

Outro aspecto que dificulta a apropriação do Cartão de Crise é a experiência limitada de dispositivos sobre os direitos das pessoas com transtorno mental. Um exemplo disso, são as Diretivas Antecipadas apresentadas por Vasconcelos (2014), uma prática que ainda não foi implementada no nosso sistema de saúde. Segundo o autor, o único instrumento que até agora é utilizado no nosso sistema de saúde, mesmo de forma insatisfatória é o cartão do SUS, que possui informações gerais de prontuário indicando o diagnóstico e os primeiros socorros,

sendo ainda objeto de discussão entre os serviços de saúde mental (VASCONCELOS, 2014, p. 3).

Outro grande desafio diz respeito as implicações jurídicas, pois o não reconhecimento desta prática impossibilita que os serviços atuem garantindo os direitos dos usuários. O primeiro ponto, é referido na Lei nº 10.216 no artigo 1º que consta que é direito das pessoas com transtornos mentais ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde. No artigo 2º, parágrafo II - “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (BRASIL, 2011). Para isso, o plano e cartão de crise podem ser pensados como ações que visam garantir que os usuários recebam o melhor tratamento possível, evitando violações num momento crítico em que podem ter dificuldades para expressar aquilo que pode ajudá-los.

O artigo 6º dispõe sobre as internações psiquiátricas, o parágrafo II - “internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro” (BRASIL, 2011). Considerando os desejos e vontades do usuário de saúde mental, é possível diminuir as internações involuntárias fazendo com que sejam mais voluntárias, com o consentimento do próprio sujeito quando os meios oferecidos pelos serviços não estão atendendo suas necessidades. Nesse sentido, é importante lembrar que o plano e o cartão de crise são documentos que podem ser mudados a qualquer momento pelo usuário.

No Brasil, já foi feito um projeto piloto no Rio de Janeiro em 2006 a respeito da implementação do plano e cartão de crise, conforme exposto por Freitas (2008). Foi criado um Grupo de Trabalho chamado de *Sem Crise na Crise*, em que o objetivo era averiguar a relevância destes dispositivos e melhorar o acolhimento, fomentando os direitos dos usuários em situação de crise. Apesar do projeto já ter sido realizado, seus resultados ainda não foram organizados para que pudessem ser apresentados (FREITAS, 2008, p. 7).

O estudo feito por Passos et al. (2013) explicita as especificidades do contexto brasileiro, no que tange a elaboração e aprimoramento de dispositivos que possam contribuir para o campo da saúde mental. Este estudo utiliza o instrumento GAM (Guia de Gestão Autônoma da Medicação) para provocar uma reflexão aos usuários acerca do uso de medicação. O GAM teve sua origem no Canadá sendo traduzido e adaptado por Grupos de Intervenção (GI) compostos por usuários, pesquisadores e trabalhadores dos três campos.

A pesquisa foi realizada em Centros de Atenção Psicossocial de três cidades brasileiras (Campinas, Rio de Janeiro, Novo Hamburgo). A implementação deste instrumento foi executada “através de uma abordagem grupal, trabalhando temas como cidadania e autonomia, promovendo o acesso às experiências pessoais e ao compartilhamento dessas experiências no grupo” (PASSOS; PALOMBINI; CAMPOS, 2013, p. 7). Outros temas são apresentados pelos autores:

A valorização do contexto do usuário nas condutas clínicas; a capacidade de gestão e compartilhamento de decisões (usuário e equipe; direitos do usuário, em especial no que se refere à medicação (acesso, informação, recusa); a voz do usuário no serviço e na relação médico-paciente; a experimentação de uso de psicofármacos; e visão sobre autonomia de cada um. (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013, p. 2892).

O GAM é um instrumento formado por seis passos dividido em duas partes, contendo perguntas, informações e orientações a respeito do uso da medicação. Segundo Onocko-Campos et al. (2012) na primeira parte, a pessoa é convidada a observar sua qualidade de vida, o que inclui sua saúde, os medicamentos que toma, os motivos pelo qual toma, os efeitos positivos e negativos. Na segunda parte, é proposto que a pessoa identifique suas necessidades básicas, evidenciando o que envolve seus recursos e sua rede de apoio que contam para que possam atingi-las.

Os autores trazem à tona duas problemáticas referentes ao uso de medicação nos serviços de saúde mental: uma diz respeito a redução das experiências singulares das pessoas a meros fenômenos bioquímicos e a outra, ao “baixo *empowerment* que os usuários dos serviços possuem em relação ao seu tratamento” (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013, p. 2890). Estas problemáticas que ainda estão presentes nos serviços substitutivos demonstram a necessidade de repensar estratégias que façam com que os usuários participem e possam construir novos modos de lidar com o sofrimento mental. Assim, foi pensando como uma estratégia para o “resgate da participação ativa nas decisões sobre a medicação: a Gestão Autônoma de Medicação” (RODRIGUES; PERRON; OUELLETTE, 2008 apud ONOCKO-CAMPOS et al., 2012, p. 2). Na realidade canadense, onde foi criado, este instrumento foi pensado com objetivo de dar a escolha ao usuário em relação ao uso de medicamentos. Quando foi realizada a adaptação do GAM para o contexto brasileiro foi concluído que o instrumento trouxesse reflexões aos usuários acerca da utilização da medicação. Para nossa

realidade, o Guia pretende ser utilizado como uma proposta para que os usuários possam refletir de forma mais crítica quanto ao seu tratamento à saúde, envolvendo aquilo que pode ser melhorado para que tenha maior qualidade de vida.

Como resultado, os autores destacam algo ambivalente presente nos serviços substitutivos: “ora como lugar de tratamento e cuidado positivamente avaliado, ora como promotor de sentimentos de baixo poder de troca e de participação” (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013, p. 2893). Enquanto as práticas como a tutela e as relações entre usuários e profissionais forem demasiadamente desiguais provocando a exclusão do sujeito frente ao seu próprio tratamento, não será possível pensar e pôr em práticas novas formas de cuidado. Assim como afirmam Amarante e Torre (2001), “se não existirem rupturas, não existirão os novos serviços, existirão não mais que metamorfoses, roupagens ‘novas para velhos princípios’” (AMARANTE; TORRE, 2001, p. 2895).

A experiência com o GAM-BR ressalta alguns fatores que representam ainda um desafio para a política de saúde mental e para os princípios da Reforma Psiquiátrica:

a) valorizar a experiência dos usuários como sujeitos de direitos; b) promover a prática da lateralização cogestiva no CAPS; c) incluir os residentes, trabalhadores e gestores na discussão com os usuários sobre sua experiência de uso de medicamentos psiquiátricos; d) criar espaço para o protagonismo dos usuários a partir da participação ativa nos grupos; f) favorecer no processo de grupalização, não só a troca de experiências, mas também o interesse e o cuidado com o outro (PASSOS; PALOMBINI; ONOCKO-CAMPOS, 2013, p. 7).

Outro estudo realizado no Brasil é apresentado por Presotto (2013) sobre a colaboração dos usuários e familiares acerca nas discussões acerca da saúde pública, onde reúnem duas experiências brasileiras: o Grupo de Ajuda Mútua e o Guia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) acima citado. Estas experiências demonstram as contribuições do protagonismo desses atores (usuários e familiares) para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento pessoal como: a recuperação (*recovery*) e o empoderamento (*empowerment*) e para as pesquisas em saúde mental que pretendem produzir formas de romper com a concepção de que as pessoas com transtornos mentais são incapazes de dizer qual é a melhor maneira de cuidá-las.

A proposta do GAM e do Grupo de Ajuda Mútua são importantes para este trabalho por representarem estratégias que proporcionam a criação de espaços de diálogo entre usuários e profissionais de saúde promovendo a participação, o empoderamento e a autonomia das pessoas com transtornos mentais, inclusive em momentos de crise. Experiências como essas citadas contribuem para a desconstrução de preconceitos a respeito da loucura, para qualificar os serviços prestados, e conseqüentemente, garantindo os direitos do usuário de ter serviços que atendam suas demandas da melhor maneira.

Assim como o GAM, o Cartão de Crise tem como objetivo ser um dispositivo que construído em conjunto (profissionais, usuários) pode ter resultados positivos, principalmente para as formas de cuidado da crise, temática que requer maior esforço no sentido de compreender e lidar com esta manifestação tão complexa e única. Deste modo, a criação de dispositivos como esses citados contribuirão para que os serviços sejam mais qualificados.

Estes estudos de âmbito nacional e internacional citados demonstram a necessidade de realizar mais pesquisas que contribuam para o campo da saúde mental no nosso contexto, para que diferentes práticas e formas de cuidado ao sofrimento psíquico sejam construídas em conjunto com os atores envolvidos neste processo permitindo que “o usuário, em vez de ocupar um lugar de dependência na relação com o serviço, tenha o serviço como espaço a partir do qual retome o seu lugar de cidadão” (ONOCKO-CAMPOS, 2013, p. 2897).

Por fim, se considerarmos que os serviços substitutivos foram pensados como uma forma de substituir a assistência prestada aos usuários de saúde mental, as discussões e reflexões a respeito da prática devem estar sempre presentes nas reflexões dos profissionais, usuários e sociedade com intuito de lutar pela desconstrução da loucura como doença, construindo serviços verdadeiramente substitutivos, que promovam a emancipação do sujeito.

3 METODOLOGIA UTILIZADA NESTE TRABALHO

Tendo em vista a característica do fenômeno a ser estudado, esta pesquisa se desenvolveu com foco qualitativo pois conforme Demo (2001), a escolha da metodologia a ser utilizada acontece pela melhor forma de compreender os dados e pela natureza do fenômeno. A pesquisa qualitativa “envolve a aplicação de métodos lógicos, planejados e meticulosos para coleta de dados e uma análise cuidadosa, ponderada e, sobretudo rigorosa” (POPE; MAYS, 2005, p. 17).

Levando em consideração o objetivo do trabalho, a implementação do Cartão de Crise, de forma participativa, a metodologia que melhor responde aos objetivos propostos pela pesquisa é a pesquisa-intervenção pois, conforme Chizzotti (2014), envolve o aprofundamento no estudo de um fenômeno junto com os participantes, refletindo ações que possam minimizar os problemas investigados. A construção do Cartão de Crise torna-se uma alternativa para dar voz ao sujeito a respeito do seu tratamento visando o empoderamento e a autonomia.

Os participantes foram seis frequentadores da Inverso - Instituto de Convivência e Recriação do Espaço Social em Saúde Mental, local onde a pesquisa foi desenvolvida. Foi utilizado também o diário de campo definido como: “caderno de notas em que o pesquisador registra as conversas informais, observações de comportamento durante as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados e ainda suas impressões pessoais, que podem modificar-se com o decorrer do tempo” (ARAÚJO et al., 2013, p. 54).

Nesse sentido, o uso do diário de campo teve dois objetivos. O primeiro foi registrar elementos verbais e não-verbais gerados espontaneamente ao longo dos encontros. O segundo foi refletir sobre a experiência dos frequentadores e profissionais a respeito do processo de construção do Cartão de Crise, propondo uma articulação com a fundamentação teórica no que se refere a participação ativa do usuário do serviço de saúde mental na gestão da sua saúde. No diário de campo é registrado:

Conversas informais, observações de comportamento durante as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados e ainda suas impressões pessoais, que podem modificar-se com o decorrer do tempo (ARAÚJO et al., 2013, p. 54).

As informações utilizadas são resultados da participação da autora no grupo denominado “Doidos também tomam banho – Oficina de Saúde” realizado na Inverso em que a implementação do Cartão de Crise faz parte de um Projeto de Intervenção. Como a dinâmica do grupo é aberta, no total foram realizados oito encontros para discutir e dar continuidade na construção do cartão.

Assim, com o foco qualitativo, a presente pesquisa se pretendeu interpretar os “significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e à maneira como as pessoas compreendem este mundo” (POPE; MAYS, 2005, p. 13) de acordo com os sentidos que elas dão. Por fim, utilizei como análise de dados a Hermenêutica de Profundidade que conforme Demo (2003) tenta fazer jus ao fenômeno e a sua complexidade.

4 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES QUALITATIVAS PRODUZIDAS A PARTIR DA CONSTRUÇÃO DOS CARTÕES DE CRISE

Neste capítulo, será apresentada a reflexão que se propõe esta pesquisa, considerando a inserção da autora no campo prático e dos registros feitos das informações qualitativas produzidas, permitindo um diálogo com a literatura. Antes de apresentar a metodologia de análise dos dados, faz-se necessário pontuar algumas questões a respeito da ciência pós-moderna que adota um olhar “mais flexível em termos metodológico-científicos” (DEMO, 2003, p. 2) acerca dos fenômenos complexos como é o caso das ciências humanas e de certa forma, das ciências naturais.

Demo (2001) defende que um dos critérios da cientificidade deve ser a discutibilidade, isto é, que não só os fenômenos sejam questionados, mas a própria ciência (suas teorias, metodologias). Ter um posicionamento crítico e aberto à discussão é de suma importância quando nos referimos a fenômenos dinâmicos, ambíguos, não lineares que não podem ser “embrulhados” em métodos prontos *a priori*. Nesse sentido, o autor atenta para o olhar mais cuidadoso, principalmente, no que diz respeito ao ser humano, não desconsiderando a parte quantitativa e mensurável dos fenômenos, mas não os reduzindo a isso.

A partir dessa forma de produzir o conhecimento, Demo (2001) faz uma releitura da proposta de Thompson sobre a Hermenêutica de Profundidade trazendo-a como um método que permite um maior aprofundamento das reflexões nas pesquisas qualitativas. Ao se utilizar dessa proposta, o autor pretende reconstruir a informação qualitativa como uma “argumentação que possa corroborar melhor a pesquisa qualitativa” (DEMO, 2001, p. 35) dando mais segurança no tipo de análise feita. A informação qualitativa que o autor se refere é “àquela ostensivamente interpretada e que lida com sujeito-objeto, não com mero objeto de análise” (DEMO, 2001, p. 30), por se tratar de comunicação, não há como nos comunicarmos sem estarmos implicados neste processo.

A Hermenêutica de Profundidade será utilizada para analisar as informações qualitativas reunidas nos oito diários de campo registrados durante o período de fevereiro a maio de 2017 e pelo conteúdo dos Cartões de Crise feitos com os usuários. A análise passa por três pontos apresentados por Demo (2001). A primeira etapa é a **análise sócio-histórica**, cujo o objetivo é “reconstruir as condições sociais e históricas de produção, circulação e recepção das formas simbólicas” (DEMO, 2001, p. 38). As formas simbólicas podem ser

representadas por atos, conversa ou linguagem, textos que, se contextualizadas podem ser melhor compreendidas. Considerando que a fala é carregada do contexto no qual a pessoa está inserida, é preciso que contextualize para que possamos entender o sentido que tem aquilo dito pelo outro, de forma menos deturpada possível. Portanto, precisamos nos preocupar em nos colocarmos no lugar dele, mas tendo em mente que “não entendemos propriamente o outro, mas o entendemos conforme conseguimos entender” (DEMO, 2001, p. 32).

O segundo ponto é a **análise formal/discursiva**, que corresponde a uma análise das expressões, com o objetivo de “deslindar a estrutura da complexidade dos objetos e expressões que circulam nos campos sociais” (DEMO, 2001, p. 39). A linguagem é marcada pela dinamicidade, cujos sentidos e modulações são infinitos e incontrolláveis, mas, por outro lado, é possível, perceber coisas recorrentes, repetitivas e regulares que indicam algo estrutural.

O terceiro ponto é a **reinterpretação**, onde as informações surgidas são reinterpretadas, o que “implica um movimento novo de pensamento, ela procede por síntese, por construção criativa de possíveis significados [...], isto é, de uma explicação interpretativa do que está representado ou do que é dito” (DEMO, 2001, p. 41). Nesse sentido, a reinterpretação inclui a possibilidade não só de rever aquilo que foi interpretado, mas de “reconstruir o fenômeno de acordo com a ótica do intérprete, dando-lhe nova roupagem, por vezes muito divergente da original” (DEMO, 2001, p. 43), o que é chamado pelo autor de *reconstrução crítica*.

4.1 Contextualização sócio-histórica

Em primeiro lugar, uma contextualização sócio-histórica permite compreender de onde aquelas informações vieram, uma vez que elas não foram criadas do além e dizem respeito ao contexto que a pessoa está inserida. Demo (2001, p. 39) retrata a importância de contextualizar as informações que surgem pois “para objetos socioculturais a história não é apenas um desdobramento replicativo, mas algo genético, ou seja, é parte de sua explicação”. Nesse sentido, a análise sócio-histórica neste trabalho abrange o campo da saúde mental no Distrito Federal, em especial, do Centro de Convivência onde a pesquisa se desenvolveu.

Conforme apresentado no Capítulo 1, analisando a maneira de abordar e viver com a doença mental, Basaglia (1985, p. 107) explicita que: “o problema não é a doença em si (o que é, quais são suas causas, quais os prognósticos), mas simplesmente de determinar qual

tipo de relação se instaura com o doente”. O campo da saúde mental é marcado por relações de poder onde o sujeito que está em sofrimento psíquico perde seu poder contratual devido à redução dele a “doença mental”.

Atualmente, o quadro dos serviços de saúde mental no Distrito Federal, conforme a Diretoria de Saúde Mental – DISAM, é de 17 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), contando os atendimentos especializados CAPS ad, CAPS i e CAPS III (com funcionamento de 24 horas); e dois hospitais que possuem leitos psiquiátricos, ambulatoriais. Apesar do número de serviço ter aumentado de 2012 para cá, a implementação de serviços de saúde mental ainda é precária, sendo o DF considerado, de acordo com o relatório do Ministério da Saúde de 2011, com o menor índice nacional (0,21) em relação a cobertura de serviços de saúde mental, portanto, indicador de cobertura baixa (GDF, 2011).

Em relação ao pequeno número dos serviços de saúde mental no DF é possível observar a fragilidade da Rede de Atenção Psicossocial no Distrito Federal, esse fator impacta diretamente na atuação dos serviços. Zgiet (2010), em seu mestrado, identificou os diversos obstáculos que impedem que a política de saúde mental se concretize no DF, considerando fatores microconjunturais e macroconjunturais. Os fatores *microconjunturais* são:

A insuficiência de recursos materiais e humanos para execução de trabalho; manutenção de práticas segregadoras no hospital especializado; reprodução de frustrações entre os servidores da saúde mental; despadrãoização da compreensão de atenção à saúde mental; ausência de estratégias alternativas ao modelo manicomial nos serviços existentes; e a compreensão simplista de manutenção do tratamento (ZGIET, 2010, p. 144).

Já os fatores *macroconjunturais* estão relacionados a questão referentes ao pouco incentivo financeiro para ações estatais em saúde mental, a centralização de recursos para o hospital psiquiátrico, o pouco conhecimento da população a respeito de ações em saúde mental, no excesso de burocracia para investir na implantação de serviços substitutivos e pouco estímulo para capacitação dos profissionais que atuam nesta área (ZGIET, 2010, p. 144)

A lei distrital nº 975 de 2005, que fixa as diretrizes para atenção à saúde mental no DF e dá outras providências, em seu artigo 3 prevê que o redirecionamento dos recursos para construir serviços alternativos ao modelo hospitalar, favorecendo o processo de redução de leitos psiquiátricos, está consoante como a lei nacional nº 10.216 de redirecionar o modelo assistencial em saúde mental construindo uma rede alternativa (DISTRITO FEDERAL,

Câmara Legislativa, 2005). A insuficiência dos serviços substitutivos é um impeditivo para a atuação mais adequada das demandas e também para a extinção do hospital psiquiátrico no Distrito Federal, em particular, do principal serviço da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): o Hospital São Vicente de Paula (HSVP) que ainda atua perdurando o modelo psiquiátrico de tratamento das pessoas com transtornos mentais.

O Movimento Pró-Saúde Mental do DF (MPSMDF) tem como objetivo retomar o diálogo entre o MPSMDF e a Frente Parlamentar de Saúde Mental da Câmara Legislativa do DF compondo uma interlocução com o Governo do Distrito Federal, a Secretaria de Saúde do DF e a Diretoria de Saúde Mental (DISAM). O documento mais recente é o de 2013 em que mostra o cenário atual no campo de saúde mental no DF. Em seu documento o MPSMDF (2013) aponta para importância da articulação de dispositivos de saúde com outros espaços como os do trabalho, da cultura e da educação sendo “fundamentais para a reinserção social dos usuários e para o fortalecimento dos laços comunitários” (MPSMDF, 2013, p. 26). Nesse sentido, os Centros de Convivência em Saúde Mental, por serem parte da RAPS como estratégia de proporcionar espaços de sociabilidade, integrando-se nesse trabalho de reabilitação psicossocial formando “uma rede protetiva mais ampla aos usuários dos serviços de saúde mental, para a garantia de direitos, da reinserção social e, sobretudo, do reposicionamento do lugar do sofrimento e da saúde mental na sociedade” (MPSMDF, 2013, p. 26).

Segundo o MPSMDF (2013) foi criada uma Portaria nº 396 em 2005 que estipulava as diretrizes para incorporar o Programa de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção à saúde mental. Em seu artigo 10 os Centros de Convivência são vistos como “equipamentos estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais, sendo recomendados para os municípios com mais de 200.000 habitantes” (DISTRITO FEDERAL, Secretaria de Atenção à Saúde, 2005). No Distrito Federal não existem Centros que atendam as particularidades desta Portaria e que integrem a RAPS. Essa falta de serviço com tal proposta na unidade é resultado da “falta de priorização de um trabalho de resgate cultural” (MPSMDF (2013, p. 27) em que é desconsiderada a importância dos laços sociais do sujeito.

O único espaço que desenvolve um trabalho semelhante ao do Centro de Convivência é a INVERSO - Instituto de Convivência e Recriação do Espaço Social, uma organização não governamental – ONG e, portanto, não financiada pelo Ministério da Saúde. Sua principal característica é criar um espaço de “socialização e cultura, não de tratamento” (NISHIKAWA, 2012, p. 63).

É neste cenário que se encontra a INVERSO, local onde a pesquisa foi desenvolvida que será apresentada de forma mais detalhada no próximo tópico.

4.1.1 Centro de Convivência e Cultura: Apresentando a Inverso

O Centro de Convivência e Cultura faz parte da estratégia de atenção básica em saúde mental “que pretende oferecer a população espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade” (BRASIL, 2011). Nesse sentido, é um serviço que tem como estratégia a inclusão social das pessoas com transtornos mentais a partir da criação de espaços de convívio social, não como “equipamentos assistenciais, mas espaços de articulação com a vida cotidiana” (BRASIL, 2005).

De acordo com Alvarenga (2012), a INVERSO foi criada em 2001 e surgiu em um momento em que as discussões acerca do tema saúde mental tomaram maior proporção entre os profissionais de saúde, em especial, aqueles que realizaram o curso de residência em saúde mental oferecido pelo GDF naquele mesmo ano.

Como objetivo de “criar um espaço que diferisse das instituições psiquiátricas do Distrito Federal, buscando a ressocialização e a reconstrução da cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental” (ALVARENGA, 2012, p. 38). A INVERSO é uma organização não governamental sustentada por doações e por resultados dos trabalhos produzidos nas oficinas que são conduzidas por profissionais voluntários. Entre os objetivos específicos da Inverso estão: inclusão social das pessoas com transtornos mentais, atentar para sociedade a necessidade de extinguir o preconceito e a exclusão em relação a estas pessoas, incentivar discussões sobre a organização dos serviços substitutivos de saúde mental na realidade do Distrito Federal, produzir um espaço em que possa ser discutido os direitos dos usuários de saúde mental e promoção de autonomia.

A Inverso é frequentada por pessoas que são e/ou já foram usuários dos serviços de saúde mental e provavelmente advindas de internações em hospitais psiquiátricos e “uma série de procedimentos hospitalares violentos que, muitas vezes, significaram um retrocesso na adaptação dessas pessoas à vida em sociedade” (ALVARENGA, 2012, p. 39).

A Inverso possui algumas especificidades como: ser um espaço de livre convivência, a participação é voluntária e paralela a outros serviços de saúde mental, deixando de lado os aspectos formais (controle de presença), o que possibilita maior autonomia por parte dos frequentadores. Esta dinâmica de funcionamento “contribui para a *desinstitucionalização*

daqueles que estão saturados de internações em ambientes clínicos e confere aos participantes obrigações relacionadas à manutenção do espaço, mostrando que as responsabilidades são compartilhadas para a manutenção do ambiente e da boa convivência” (ALVARENGA, 2012, p. 40).

Como Nishikawa (2012, p. 64) explicita “na Inverso, não se utiliza o termo *usuário de serviços de saúde mental* e sim, utiliza-se o termo *frequentador*” resultado de uma decisão conjunta pelo termo usuário remeter a apenas uma utilização do espaço e não de construção dele no cotidiano. Consoante com esta visão, ao me referir as pessoas da Inverso utilizarei o termo **frequentador** como utilizado naquele espaço.

Na Inverso são realizadas diferentes oficinas como: culinária, dança, música, intervenção urbana, artesanato, batuque. Essas atividades são orientadas por profissionais e organizadas de acordo com a disponibilidade e demanda dos voluntários e frequentadores. Cumpre ressaltar que as oficinas são abertas ao público, podendo ser frequentadas por qualquer pessoa que tenha interesse. A oficina a ser enfatizada nesta pesquisa é a “Oficina de Saúde”, onde ocorreu a construção do Cartão de Crise devido ao surgimento da temática nas reuniões.

A “Oficina de Saúde”, apelidado por uma das frequentadoras como “Doidos também tomam banho”, foi criada no segundo semestre de 2015 devido a demanda dos frequentadores para criar um espaço em que pudessem discutir questões relacionadas à saúde (sexualidade, relacionamento afetivo, doenças). O grupo é formado por frequentadores, profissionais de saúde (psicólogo, assistente social), estagiários de serviço social e outras pessoas (estudantes, profissionais de outras instituições). A reunião acontece uma vez por semana e em cada encontro os frequentadores trazem algum assunto para que seja discutido entre eles. A importância do grupo é trazida quando Alvarenga (2012, p. 40) explicita que a atividade em grupo proporciona “um espaço para viver e falar de temáticas que vão muito além das doenças mentais”.

O projeto intervenção sobre o Cartão de Crise foi proposto pelas estagiárias junto com o psicólogo responsável pela Inverso, sendo que a autora desta pesquisa iniciou sua participação no grupo após a proposta ter sido feita aos frequentadores.

Em relação ao fenômeno da convivência, Nishikawa (2012, p. 45) afirma ser “um instrumento viável na constituição de uma maneira transformadora de cuidado”. Desta forma, embora o Centro de Convivência e Cultura não seja um serviço que atenda a crise, há

demonstrações de que esse espaço permite o cuidado à crise, uma vez que o tipo de relação estabelecida entre usuários e profissionais se difere de outros serviços.

A seguir, apresento a análise discursiva da construção do Cartão de Crise destacando as categorias criadas que envolve o acolhimento à crise.

4.2 Análise Formal/Discursiva

Nesta etapa da análise serão apresentadas as informações qualitativas que resultam da minha experiência registrada em diários de campo. Como forma de resguardar os autores dos relatos citados, todos os nomes utilizados, tanto dos profissionais de saúde quanto dos frequentadores são fictícios. Antes de iniciar o estudo, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética Profissional do UniCEUB - Centro Universitário de Brasília emitido o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 62589416.9.0000.0023.

A informação qualitativa diz respeito “àquela ostensivamente interpretada e que lida com sujeito-objeto, não como mero objeto de análise” (DEMO, 2001, p. 30), nesse sentido não pretende ser objetiva e neutra, mas suscetível a críticas e revisões sendo impulsionada para que novas discussões sejam feitas. O questionamento deve ser o ponto central para qualquer pesquisa, não como uma forma de duvidar do que o outro traz, mas de permitir que as informações sejam reconstruídas de um jeito criativo.

As informações que chamaram atenção durante a implementação do cartão de crise foram organizadas em categorias conforme as questões subjetivas do **Cartão de Acolhimento em Crise** (Anexo A). O “Cartão de Acolhimento à Crise” foi o nome que os frequentadores e profissionais deram para o cartão, eles quiseram enfatizar a questão do acolhimento, diferente da contenção e de outras formas de lidar com a crise. O Cartão possui questões objetivas como (nome, filiação, endereço, número para contato, profissional que cuida atualmente) e questões discursivas que englobam: as comorbidades, os medicamentos que utiliza, quais sinais/sentimentos a pessoa enfrenta numa situação de crise, forma de acolhimento, qual lugar gostaria de ficar neste momento, o desejo de chamar um serviço de emergência, o uso de medicação e o número de vezes que foi internado.

As categorias foram nomeadas pela autora a partir da análise do conteúdo do Cartão, produto de um trabalho conjunto entre frequentadores e profissionais de saúde da INVERSO e também do diário de campo.

4.2.1 Categorias de Análise

Nesta etapa, as informações qualitativas que surgiram nos cartões de crise e nos diários de campo foram categorizadas, isto é, organizadas em “grupo de elementos (unidades de registros, no caso da análise de conteúdo) sob título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos” (BARDIN, 2010, p. 145).

As categorias de análise foram escolhidas considerando as similaridades, as discrepâncias, permitindo problematizar algumas questões referentes a cada ponto. As categorias criadas foram: a) uso de medicamentos na crise, b) por quem ser acolhido, c) sinais que antecedem a crise, d) sentimentos identificados na crise, e) relação com os serviços de emergência e f) cuidado e apoio oferecido no momento da crise.

a) Uso de Medicamentos na Crise – por que não tomar remédio durante a crise?

Esta categoria refere-se ao desejo do frequentador em relação ao uso de medicamento quando em crise. No conteúdo dos cartões apareceram: não quero ser medicado e quero ser medicado com um remédio específico (como uso de calmante – via oral) sem ser injeção.

Estávamos discutindo a respeito de que modo o adoecimento desorganiza a pessoa e Fernando quis falar um pouco da sua experiência de internação em um hospital psiquiátrico. O Fernando relatou que foi amarrado e que deram para ele um sossega-leão para que ficasse calmo. Ele acrescentou que desde então teve que tomar vários remédios para seu transtorno e doenças (diabetes) (Diário de Campo, nº 5).

Com a análise dos cartões foi percebido que a maioria dos frequentadores informou que não desejaria que fosse medicado em uma situação de crise. Essa questão parece estar fundamentada na relação da internação e o uso de medicações, como é visto acima na fala de um dos frequentadores.

Fernando me pediu ajuda para preencher o Cartão de Crise e enquanto eu anotava as respostas das perguntas (com as mesmas palavras que ele usava), quando chegou na questão em que é preciso descrever quais medicamentos toma, Fernando disse que eram muitos e teria que escrever por mim. Observei que o número de remédios que ele toma é significativo e ele cuidadosamente descreveu cada medicamento. Disse que gosta do seu psiquiatra, inclusive o colocou como um dos profissionais que gostaria que fosse chamado caso ele tivesse uma crise. Acrescentou que toma os remédios e acha que o faz se sentir melhor (Diário de Campo, nº 2).

De acordo com a fala deste frequentador fica visível a ambivalência existente entre o desejo dele não querer que seja utilizado medicamento durante uma crise e o reconhecimento de se sentir melhor ao usar os remédios prescritos pelo psiquiatra. Ao ser questionado sobre o motivo de não querer que sejam utilizadas medicações, ele afirma que não quer que dê injeções porque ele tem alergia. Essa segunda fala complementa a anterior quando ele diz que não quer que seja medicado com o utilizando-se a injeção, no entanto, deixa em aberto a opção de ser medicado por via oral.

Outro ponto que foi observado nos relatos dos frequentadores quanto ao desejo de não ser medicado durante a crise é a associação entre internação e medicação e o modo excessivamente violento quando medicados.

Naquele dia um grupo de estudantes de terapia ocupacional veio conhecer a Inverso com objetivo de fazer uma aula prática sobre um serviço de saúde mental do Distrito Federal pois estavam tendo aula sobre a Reforma Psiquiátrica. A profissional de serviço social se apresentou e ficou de explicar o funcionamento do Centro de Convivência e suas especificidades. Foi falado que o Centro de Convivência muda o formato do hospital psiquiátrico e que o local desconstrói toda lógica manicomial. No grupo estava eu, dois profissionais da Inverso (serviço social, psicologia), estagiários de serviço social e três frequentadores. Durante o grupo, a profissional de serviço social pediu que eu me apresentasse e falasse um pouco sobre a intervenção que estava sendo feita lá: o Cartão de Crise. Após eu explicar brevemente a proposta da pesquisa, Paulo interrompeu dizendo que já tinha passado por muitas crises e que já teve que ir para o São Vicente, acrescentou: -Quando vi já estava lá (Diário de Campo, nº 7).

Esse relato demonstra a relação entre o uso de medicação e a internação, em particular, em outros momentos esse mesmo frequentador relatou suas experiências com as crises e internações que aconteceram logo em seguida. Fernando também relatou que quando esteve internado foi maltratado pelos profissionais do serviço e que utilizava a violência como uma maneira para “acalmá-lo”. Esse modo violento de tratar as pessoas em crise (uso de força, administração excessiva de medicação) fazem parte de histórias de alguns frequentadores da Inverso. Vários frequentadores relataram que não desejariam o uso de medicação porque ficam mais suscetíveis a serem submetidos a internação, como visto na fala de outro frequentador:

Neste dia cheguei mais cedo na Inverso, encontrei o Miguel e a estagiária de serviço social sentados perto da porta e me juntei a eles para esperar o profissional de lá chegar com a chave. O Miguel estava contando que está há uma semana sem tomar os remédios e sem fumar, sendo que não dorme há dias. Ele disse que decidiu parar por conta própria os remédios que utiliza. Nesse momento fomos interrompidos pela chegada do profissional que abriu a Inverso e nos sentamos ao redor da mesa. O

profissional sugeriu que neste encontro falássemos sobre quais informações deveriam estar no cartão de crise (documento que ficaria com cada pessoa que fez). As informações escolhidas foram: nome, endereço, data de nascimento, telefone, pessoas de confiança, medicação que utiliza, serviço a ser acionado e outros que representam informações complementares (comorbidades, como ser acolhido). Quando chegamos no ponto de falar sobre as medicações que a pessoa não quer que seja administrada, o profissional perguntou ao Miguel se ele lembrava do que tinha colocado no cartão, Miguel respondeu que não gostaria que o medicassem pois se sente “mais ele” quando não tem uma substância que o regula. (Diário de Campo, nº 8).

Em relação ao desejo dos frequentadores que não seja administrada nenhuma medicação tem uma implicação quando nos referimos a estratégias para que possa ser negociado. Duas experiências já citadas neste trabalho são relevantes quando pensamos sobre o uso de medicamentos na crise: a experiência de Soteria e do Guia de Gestão Autônoma da Medicação (GAM-BR).

Como discutido no Capítulo 2, a experiência de Soteria demonstra uma nova forma de cuidar da crise sem o uso de medicamentos em que apostam num ambiente que valoriza o apoio, envolvimento e acolhimento. Porém, como o atual quadro de serviços de saúde mental no DF é frágil, pensar na hipótese de lidar com a crise sem o uso de medicamento é arriscado.

Na ausência de ambientes como este, a experiência do Guia Gestão Autônoma da Medicação (GAM) apresentada no Capítulo 2 parece mais adequada para o contexto brasileiro, em particular, no Distrito Federal, propondo reflexões sobre o uso de medicação e estratégias de intervenção para o sujeito em crise, a partir da ideia de cogestão. Embora dois frequentadores tenham relatado sobre seu desejo de não recorrer a medicação quando estiver em crise, é necessário discutir sobre a importância da medicação (em certos casos) como um alívio de sintomas e sofrimento, mas não contenção. Não devemos descartar a importância do uso de medicamentos quando necessário, principalmente no momento de crise em que há maior dificuldade de se comunicar com a pessoa em tal situação, porém, pretende-se problematizar o uso de medicamentos, não com a proposta de apoiar a ideia da *medicalização*, mas reflexão sobre a possibilidade de haver uma negociação entre profissional e usuário em relação a utilização de medicamentos. Essa abertura do diálogo com o usuário contribui para oferecer um momento de apoio para uma negociação o que torna essa decisão resultado de uma troca, onde é respeitada a opinião da pessoa em crise.

Por outro lado, diante dos relatos percebe-se que a forma com que os profissionais de serviços de emergência e dos hospitais psiquiátricos tratam as pessoas em crise é

desrespeitosa, impositiva e violenta o que dificulta a elaboração de estratégias mais humanizadas para lidar com tal situação.

O uso dos psicofármacos em situações de crise pode ser considerado como um importante meio de facilitar a intervenção do profissional para cuidar do sujeito em crise, como explicitados por Ferigato et al. (2007, p. 9):

Além da redução sintomatológica, a medicação tem o papel de não modificar, por si própria, o curso natural do problema do paciente, mas de estabelecer condição de relação diferente entre o paciente e seu problema, entre paciente e equipe, paciente e meio ambiente.

Nesse sentido, como a crise pode desorganizar o sujeito, o uso da medicação pode ser considerado uma alternativa vista como um auxílio, a depender da intensidade da forma com que é utilizado pelos profissionais.

b) Por Quem Ser Acolhido?

Esta categoria se refere a escolha do frequentador sobre qual pessoa gostaria que fosse acolhido numa situação de crise. Observando o conteúdo dos cartões, as informações produzidas foram diversas: família, amigos próximos, profissionais de saúde (psiquiatra, psicólogo, assistente social), além dos próprios profissionais da Inverso. É visto que todas elas envolvem pessoas de confiança da pessoa, que trazem sentimentos de segurança, conforto quando estão em situações difíceis como a crise.

Amarante (2007) atenta para a importância do estabelecimento de vínculos afetivos entre profissionais e usuários dos serviços de saúde mental e utiliza a expressão **responsabilizar-se** como um outro modo de relacionar-se com a pessoa com sofrimento psíquico grave, não mais como uma relação médico-doença. Este cuidado é alertado por Angerami (1984 apud Tenório 2003, p. 41) quando afirma que “a pessoa doente é antes de tudo uma pessoa que sofre, que precisa em primeiro lugar ser compreendida a partir de seus sentimentos, sensações, emoções, enfim, de tudo que por ela é vivenciado”.

A questão do vínculo entre profissional-usuário é algo que nos serviços de saúde mental são colocados em evidência por facilitar o processo terapêutico dos usuários e as intervenções dos profissionais. O **profissional de referência** é uma das estratégias dos serviços de saúde mental que “tem como finalidade o estreitamento do vínculo entre os

profissionais e usuários, a proposta da interdisciplinaridade e a interlocução com as redes familiares, sociais, culturais, socioeducacionais, entre outros” (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010, p. 636).

Em um dos encontros para falarmos do cartão de crise surgiu a ideia de que houvesse um tutor que tivesse conhecimento deste documento e que servisse como uma pessoa de referência para mediar as informações do cartão, caso seja necessário.

Naquele dia, estávamos discutindo sobre as questões psicossomáticas e a medicação. Surgiu de não só o frequentador ter o cartão de crise, mas de um “tutor” (uma pessoa que seria escolhida pelo próprio frequentador) para ter conhecimento do cartão para que se precisar utilizá-lo ter alguém de confiança para mediar o momento em que a pessoa está em crise com um serviço de emergência caso seja necessário (Diário de Campo, n° 3).

Nessa reunião, em específico, foi discutida a questão de haver um momento com os familiares, frequentadores e profissionais com objetivo de falar sobre o cartão de crise e também sobre a opção de que o frequentador escolha uma pessoa para que ficasse com o cartão, fazendo o papel de tutoria, numa situação que tivesse que ser usado tal documento. A primeira coisa que surgiu a respeito das implicações que este papel traria as pessoas escolhidas é a disponibilidade de ocupar essa posição por se tratar de uma relação diferente com a pessoa com sofrimento psíquico provocando maior responsabilidade e preocupações como a “sensação de onipotência, no sentido de conseguir e sentir que precisa oferecer respostas a todas as demandas trazidas pelo usuário” (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010, p. 640). Diante dessa discussão, o grupo delimitou um momento (após o cartão de crise ser feito) em que pudesse ser discutido a questão da tutoria com todos (usuários, familiares, profissionais) para assim decidir o que seria feito a respeito desse ponto.

Muitos frequentadores relataram que diante de uma crise gostariam de ser acolhidos por profissionais da Inverso: esse ponto é associado a organização e funcionamento do Centro de Convivência. O tipo de relação que na Inverso é estabelecida entre profissionais e frequentadores (e seus sofrimentos) contribui para a participação ativa dessas pessoas, o que é observado por eles:

A respeito da questão referente por quem gostaria de ser acolhido na crise, Fernando colocou seu psiquiatra e os profissionais da Inverso. Perguntei para ele o motivo de ter colocado os profissionais da Inverso e ele me respondeu que confia neles e sabe que se ele precisasse de algo o ajudariam respeitando sua decisão. Ele acrescentou que eles me tratam bem diferente do HPAP (Diário de Campo, n° 2).

Paulo, outro frequentador disse que gostaria que chamasse alguém da Inverso (profissional) pois sabe que eles cuidariam melhor dele e compreenderiam (Diário de Campo, nº 4).

Estas duas falas reportam a relação de confiança entre frequentador e profissional de saúde facilitado pelo vínculo que se estabelece neste espaço. Como pontua Nishikawa (2012) o contexto relacional que se consolida no espaço da convivência faz com que os sujeitos assumam uma posição ativa, fazendo com que eles se sintam capazes de realizar tarefas. Saliento que a Inverso não é um espaço de tratamento e sim de convivência, o que torna ainda mais relevante a escolha destes profissionais.

De acordo com Jorge et al. (2009, p. 3051) “as relações de cuidado funcionam como dispositivos eficazes para a promoção de saúde mental e para o desenvolvimento de práticas integrais”. Conforme os autores, o acolhimento e o vínculo tem caráter decisório na relação de cuidado entre o profissional de saúde e o usuário. Já “a co-responsabilização que envolve o contrato mútuo e o compromisso está entrelaçada com a autonomia no sentido de que esta última ocorre na medida em que ambos conseguem lidar com suas próprias redes de dependências, co-produção de si mesmo e do contexto” (JORGE et al., 2009, p. 3053). Desta forma, ferramentas como o acolhimento, o vínculo, co-responsabilização e autonomia proporcionam a construção de novas práticas em saúde.

Na discussão sobre a possibilidade de reunir os familiares ou pessoas que teriam sido escolhidas para ser “tutores” em relação ao Cartão de Crise foi levantada uma questão no grupo que é a respeito da disponibilidade de pessoas que foram indicadas pelos frequentadores como mediador do cuidado e das informações contidas no Cartão de Crise (Diário de Campo, nº 3).

c) Sinais que Antecedem a Crise – refletindo sobre estratégias para lidar com a experiência

Esta categoria refere-se aos sinais que antecedem a crise. Nos cartões as diferentes informações que surgiram foram: oscilação de comportamento, abandonar a medicação² sem orientação profissional, tique nervoso, fica agressivo, agitação motora, desconexo, bater na

² A relação com a medicação é tão complexa e multifacetada que merece por si uma nova pesquisa.

madeira, fala sem sentido, insistência em não aceitar a condição, fica paranóico, sudorese, pensamento acelerado, histeria, comportamento oscilante, fica risonho e choroso.

Naquele dia, foi o momento em que estávamos preenchendo os cartões de crise e o Fernando tinha chegado após termos decidido retornar a dinâmica do cartão de crise. No primeiro momento, Fernando se mostrou muito resistente para falar da crise e afirmou: eu não quero falar sobre a crise porque é algo ruim. Expliquei qual era o real motivo de falarmos sobre sua experiência da crise para colocar no cartão e ele compreendeu e aceitou seguir com a atividade. Na questão que se refere aos sinais, Fernando disse que tem sinais que consegue reconhecer como a questão de ele “ficar briguento” quando está numa crise. Perguntei para ele o que significava “ficar briguento” e ele disse que sua mãe diz que ele começa a brigar com as pessoas ao redor sem motivo. Ele me contou sobre os momentos em que teve crises e quando fica muito nervoso o levam para hospital psiquiátrico.

No mesmo dia, o Paulo disse que quando está em crise outras pessoas dizem para ele que sua fala está sem sentido e que ele não aceita isso. Disse também que fica paranoico (Diário de Campo, nº 2).

São diferentes os sinais que cada pessoa identifica como propulsores (primeiros sinais) que desencadeiam uma crise do tipo psicótica. Cada forma relatada por cada frequentador diz respeito a sua história de vida. Na teoria, esses primeiros sinais são chamados de pródomos e caracterizam manifestações que se diferem do “padrão vivencial sem, no entanto, um comprometimento acentuado das funções e contatos desempenhados pelo sujeito” (CARVALHO; COSTA, 2014, p. 211). Como visto no conteúdo dos cartões os sinais que antecedem a crise são, muitas vezes, observados pela própria pessoa, como Gabriel que escreveu que um dos sinais que ele percebe como antecedente à crise é abandonar a medicação sem orientação de um profissional. Nesse sentido, identificar os sinais que antecedem a crise é importante para que sejam instrumentos de reflexão, posteriormente.

No mesmo dia que eu estava preenchendo com o Fernando o cartão de crise, ele relatou uma coisa que me chamou atenção, ele olhou para mim e disse o primeiro sinal que aparece antes dele entrar em crise é o pensamento desconexo, onde ele não consegue raciocinar direito e depois vem o tique nervoso (Diário de Campo, nº 2).

No que tange a realidade do sistema brasileiro de saúde, incluindo os serviços de saúde mental, Carvalho e Costa (2014) apresentam que a forma tradicional de intervir e tratar da crise é a internação e uso de medicamentos com a finalidade de reduzir os sintomas e encobrir os pensamentos. A intervenção ocorre num momento em que o quadro patológico já foi desencadeado, o que caracteriza o nível secundário.

Como visto no Capítulo 2, a intervenção precoce nas psicoses é uma abordagem de tratamento que se propõe a uma medida de prevenção que no momento ainda tem pouca

expressividade no Brasil. Alguns fatores são necessários para a implementação dessa abordagem no sistema de atenção à saúde mental no Brasil:

Alterar o modelo de gestão em favor de políticas de saúde que se ocupem da prevenção, do compartilhamento de responsabilidades entre Estado, profissionais, usuários do sistema e familiares e de terapêuticas que vão além dos meros cuidados paliativos (CARVALHO; COSTA, 2014, p. 203).

Como os autores explicam, o reconhecimento dos sinais permite que seja feita uma abordagem mais rápida possível trazendo benefícios como os descritos por Carvalho e Costa (2014, p 207 apud MCGORRY; EDWARDS, 2002):

A possibilidade de reduzir os riscos que tornem o quadro crônico; a melhor recuperação; menor necessidade de que seja utilizada uma internação (voluntária ou involuntária); redução dos medicamentos; menor prejuízo nas relações familiares e sociais da pessoa em crise. Já o tratamento tardio traz algumas consequências como a cronificação do quadro; recuperação mais lenta; hospitalização; maior uso de medicamentos e maior prejuízo nas relações interpessoais.

Desta forma, o reconhecimento dos sinais que antecedem a crise é importante para refletir sobre ações/estratégias de enfrentamento com a finalidade de prevenir e cuidar para que o quadro não se instaure. Esta atitude frente ao seu transtorno proporciona que o sujeito tenha o domínio de algo que é seu, promovendo maior autonomia quanto a sua forma de enfrentar tal situação, facilitando que ele encontre estratégias de enfrentamento que fazem sentido com sua experiência subjetiva. Como se refere a profissional de serviço social da Inverso é um **ato antimanicomial**, no sentido de emancipação e promoção do empoderamento do sujeito na forma de lidar com a crise.

d) Sentimentos Identificados na Crise – a importância de reconhecer como isso me afeta

Esta categoria refere-se aos sentimentos que a pessoa identifica como de uma crise: tristeza, insegurança, fraqueza, agressividade, raiva, medo, ansiedade. Percebe-se que os sentimentos que surgem durante a crise são diversos e estão relacionados intrinsecamente com a história de vida de cada um, podendo representar um período em que a pessoa consegue reconhecer o que está sentindo naquele momento. Quando pensamos em estratégias de enfrentamento numa crise é essencial levarmos em consideração a forma com que ela afeta o

sujeito pois somente ele saberá de que forma podemos auxiliar neste momento de desorganização.

Conforme citado no Capítulo 2, as teorias sobre a crise demonstram que em situações que ela surge podem, por vezes, suscitar no indivíduo um desequilíbrio e com ele sentimentos que causam um certo desconforto a pessoa. Entretanto, a fala de um frequentador corrobora que a forma com que cada pessoa é afetada pela crise diz respeito a sua história de vida, sendo assim, essencialmente subjetiva.

Neste dia, o Miguel estava falando sobre seu último episódio de crise que o fez refletir a respeito das suas escolhas na vida como a faculdade, relacionamento afetivo e sua relação com “transtorno”. Miguel disse que nem sempre suas crises trouxeram sentimentos e sensações negativas e narrou um episódio de uma crise que ele ficou extremamente feliz com o que ele estava sentindo na hora, descreveu como um momento que achou tudo lindo e que não ficou nada congruente pois era um outro sentimento que ele não tinha sentido antes (Diário de Campo, nº 6).

De acordo com o relato, é possível perceber que há um reconhecimento da parte dele a respeito do que estava vivenciando, quando ele descreveu tal situação acrescentou ao final que depois de um certo tempo ele soube que aquilo estava fugindo da sua realidade e logo se acalmou. Tal relato desfaz a ideia da crise associada necessariamente a um sentimento negativo como relatados por outros frequentadores: medo, tristeza, insegurança, raiva.

Por outro lado, a fala de um outro frequentador enfatiza o seu sentimento de impotência diante da crise que afirma: “para mim representa algo ruim pois quero fazer algo e não posso”.

Reconhecer a forma com que a crise afeta (sentimentos) cada um é importante para elaborar estratégias de enfrentamento para aquele sujeito, lembrando que cada estratégia deve ser singular e pensada de acordo com a história de vida dele, minimizando possíveis sentimentos negativos que surge trazendo menos sofrimento a pessoa. Considerando a especificidade de cada estratégia de enfrentamento, a ajuda mútua apresentada por Vasconcelos (2013) pode ser uma alternativa interessante para que as pessoas possam falar sobre de que forma são afetadas pela crise e quais sentimentos ela produz. A ajuda mútua, realizada em grupo, salienta através do compartilhamento de informações sobre os modos com que cada uma das pessoas lida com a crise. Esse momento de troca de experiência e apoio emocional estimula a discussão sobre quais formas podem contribuir para que as

peças que compõem o grupo possam refletir sobre possíveis estratégias disponíveis para lidar com tais sentimentos.

e) Relação com o Serviço de Emergência

Esta categoria se refere a questão de contatar um serviço de emergência caso esteja tendo uma crise. Entre as informações do cartão de crise foram encontrados dois tipos de respostas: o não desejo de que seja chamado algum serviço de emergência (SAMU, bombeiros, ambulância) e a outra, gostaria que fosse chamado, em especial, o SAMU.

A questão da relação do frequentador com o serviço de emergência é algo visto negativamente devido a experiências de crises em que foram acionados. Muitos frequentadores da Inverso possuem histórias marcadas pelos momentos críticos que tiveram com a crise, bem como, o grande número de internações que foram submetidos, muitas vezes, involuntárias.

Durante uma das reuniões do grupo surgiu a ideia de que acrescentasse uma questão objetiva sobre o número de internações que o frequentador foi submetido com o objetivo de informar o histórico de internações para quem for atendê-lo. Fernando relatou que já teve várias crises e que o número de internações que ele se lembrava era sete (Diário de Campo, nº 2). Em outro dia, quando foi feito o cartão de crise com a Milena, ela relatou que já foi internada 17 vezes e descreveu em quais hospitais ela esteve (Diário de Campo, nº 8).

Muitas histórias dos frequentadores da Inverso são marcadas por relatos de internações que foram submetidos, muitas vezes, de forma involuntária, o que permite problematizar a questão das experiências dessas pessoas em relação ao serviço disponível na rede.

Sobre o protocolo de atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) há orientações sobre como proceder em caso de manejo da crise em saúde mental: “articulação com outros serviços para trazer maiores informações sobre como proceder, identificar dados sobre sua saúde (comorbidades, medicações que utiliza), bem como, coletando mais informações sobre familiares ou profissionais que possam mediar a situação” (BRASIL, 2014, p. 78). Essas são orientações sobre como deve ser realizado o atendimento do serviço de emergência em casos de manejo da crise, porém, nem sempre ocorrem conforme as orientações propostas.

Quando houve a reunião sobre quais informações seriam úteis e necessárias para que o cuidado com a pessoa em crise seja mais adequado, foi discutido sobre qual procedimento tal pessoa em crise gostaria de receber e nota-se que o Cartão de Crise vem como uma forma de facilitar esse cuidado.

A profissional de serviço social disse que o cartão de crise deve ser pensado para que atinja todos os públicos, principalmente, na linguagem das informações sintetizadas no cartão de crise. Tanto um profissional de um serviço de emergência, quanto uma pessoa que estava passando pela pessoa em crise (Diário de Campo, nº 1).

Sobre a questão de não querer ser internado é necessário refletir sobre quais estratégias de cuidado com a pessoa em crise é possível, considerando os serviços de saúde mental no contexto brasileiro.

Fernando afirmou que falar sobre a crise é uma coisa muito ruim para ele pois já era parte do seu passado. Expliquei qual era o objetivo daquelas perguntas e que aquilo poderia ajudá-lo numa situação difícil, então ele sugeriu que eu lesse e escrevesse as perguntas no lugar dele. Mostrou-se muito desconfiado com a forma com que eu escrevia o que ele respondia, sempre falando e me questionando se eu havia colocado da mesma forma que ele falou. Ao falar sobre o desejo de ser hospitalizado disse que não pois já tinha sido internado no HPAP devido suas crises. Após fazer o cartão de crise, Fernando me convidou para sentar ao lado dele e me contou que já teve muitos momentos difíceis e que já foi internado várias vezes pelos seus pais e que não quer, de jeito nenhum, voltar para o hospital (Diário de Campo, nº 2).

f) O Tipo de Cuidado e Apoio oferecido no momento de crise

Esta categoria refere-se ao tipo de cuidado e apoio oferecido a pessoa em crise. Os conteúdos dos cartões foram: conversa, contato “físico” de amigos, entendimento, calma, carinho, mais cuidado ao tratar, explicando o porquê de tal procedimento, facilitar que a pessoa em crise verbalize, dê um tempo para que ele entenda o que aconteceu, em caso de internação quer que o escutem. Este tipo de cuidado que os frequentadores desejam é contrário aos sentimentos que vivenciam durante uma crise como o medo, desamparo, angústia. O cuidado em saúde que está sendo referido não é um “conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento” (AYRES, 2004, p. 74) mas como um construto filosófico que é:

Uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.

Nesse sentido, o cuidado que engloba simples ações por parte do profissional de saúde ou por quem irá acolher a pessoa em crise: estabelecer um diálogo pautado na compreensão do sofrimento do outro (empatia), validação de quem sofre, não julgamento e no respeito. Esse tipo de cuidado permite que a pessoa em crise tenha uma experiência de crise menos conturbada, sendo mais fácil que ela se acalme e que algo possa ser feito sem que seja necessário o uso de medidas contrárias a opinião do sujeito neste momento.

Fernando enfatizou que por ficar muito agitado e agressivo quando está em crise geralmente usam a força para controlá-lo, então, gostaria de que as pessoas se aproximassem de uma maneira mais calma e paciente com ele deixando-o menos nervoso.

Já o Paulo disse que gostaria que quando fosse acolhido o escutassem e não simplesmente fizessem coisas que acham que deveriam ser feitas com ele.

A Maria Clara relatou que gostaria que fosse acolhida com conversa para que ela ficasse mais calma.

Vários frequentadores relataram sobre a forma com que querem que sejam acolhidos numa crise e esta posição deles frente ao cuidado retoma ao conceito de empoderamento discutido no Capítulo 2.

4.3 (Re) interpretação

Por fim, reunirei os pontos que me saltam aos olhos nas categorias de análise enquanto desenvolvo sobre o modo com que fui afetada pela experiência no grupo de “Doidos também tomam banho – Oficina de Saúde” e da construção do Cartão de Crise junto com os frequentadores e profissionais do Centro de Convivência.

Reconheço que o período que passei na INVERSO me modificou muito no que se refere *estar mais aberta para o novo, maior espontaneidade no cuidado com o outro, maior sensibilidade ao sofrimento do outro, envolvimento com pessoas bem diferentes de mim respeitando-os, maior disponibilidade para o outro*. Esse ponto está descrito no meu último diário de campo em que faço uma retrospectiva da minha participação no grupo.

Quando penso na minha experiência na Inverso pude ver que embora tenha tido algumas dificuldades e uma delas está relacionada ao não saber o que seria discutido a cada encontro no grupo, foi um ponto que incomodou muito durante os primeiros encontros, mas todos os momentos que estive lá serviram como um aprendizado para cuidar do outro da melhor forma. Uma coisa interessante que pude notar nos encontros em que não foi discutido o tema sobre o cartão de crise é que pude conhecer um pouco mais sobre a história de vida de cada um dos frequentadores o que me permitiu compreender melhor aquilo o que era dito por eles ao longo dos encontros e me sensibilizou no cuidado com o outro. Acredito que esse foi o grande aprendizado nesta experiência do grupo da Inverso e contribuiu para o meu crescimento profissional e pessoal. (Diário de Campo, nº 9).

Observei que o modo de funcionamento do grupo está de acordo com a proposta do Centro de Convivência que é criar um espaço de sociabilidade em que não há um roteiro ou um assunto programado anteriormente para ser comentado nos encontros, valorizando a espontaneidade dos assuntos no grupo.

No que se refere as informações qualitativas, observei que as categorias sobre os sinais que antecedem a crise e os sentimentos identificados na crise são **diversos e únicos** que fazem parte da história de vida de cada sujeito. Quando estávamos discutindo sobre a forma com que eram afetados pela crise, enquanto o Gabriel disse que sentia medo e tristeza, o Paulo falou que se sente inseguro por temer que não fosse capaz de superar, já o Miguel relatava sobre as experiências de crise que se sentiu feliz, alegre e esperançoso. Por se tratar de pessoas diferentes é preciso que o modo de cuidar seja singular, fazendo sentido com aquilo que o sujeito valoriza. A maneira com que os frequentadores desejam ser tratados numa situação de crise se baseia **no apoio, na compreensão, no cuidado, no não julgamento e na validação do sofrimento do outro**, de modo que devemos estar atentos para que a forma de cuidar esteja de acordo com aquilo que ele deseja, respeitando sua opinião.

Conforme discutido no capítulo 1 e na contextualização sócio-histórica, o processo de *desinstitucionalização* ocorre também no âmbito social considerando os sujeitos sociais envolvidos para transformar as relações de poder entre os usuários e profissionais. Esse processo de transformação das relações é contínuo e só é possível se dividirmos o mesmo espaço com essas pessoas, compartilhando as diferentes experiências que possam quebrar os preconceitos.

Pude notar que o Cartão de Crise tem potencial para ser um dispositivo que contribua para as formas de cuidado à crise no campo da saúde mental. O cartão é um meio de promover o empoderamento do sujeito e autonomia, dando voz sobre como ele gostaria de ser

tratado quando em crise e deve ser construído em um trabalho conjunto entre profissional de saúde e o usuário, isto é, a cogestão, sendo então possível haver uma negociação entre as partes sobre uma forma de cuidar que vise a emancipação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta monografia teve como objetivo implementar de forma participativa o Cartão de Crise em um Centro de Convivência em Saúde Mental do Distrito Federal. Perante a análise do processo de construção do cartão de crise, das formas de cuidado e da articulação com a fundamentação teórica, pode-se perceber que dar voz ao sujeito sobre a forma com que gostaria que fosse tratado na crise é um ato que visa empoderar e ajudar a construir a autonomia do sujeito, principalmente, no que se refere as pessoas com transtornos mentais que foram submetidas durante muito tempo a exclusão e violência.

A Inverso, como um Centro de Convivência em Saúde Mental que tem a característica ser um serviço não formal, gerou um sentimento de angústia da minha parte, principalmente, nas reuniões do grupo em que muitas vezes a temática da crise não aparecia. Entretanto, consegui perceber ao longo dos encontros que poderia aproveitar cada momento.

No meu primeiro dia na Inverso, me apresentei aos profissionais que estavam lá e falei brevemente sobre a minha proposta de pesquisa. Foram bem receptivos e disseram que eu poderia participar do grupo quando eu quisesse. Antes de começar o grupo, o profissional de psicologia me disse sobre o projeto de construção do cartão de crise e que nem sempre a temática seria algo discutido nos encontros. Naquele dia fiquei no grupo pela primeira vez, fui apresentada aos frequentadores, estagiários e outras pessoas que estavam no local, eles conversaram sobre questões afetivas e em nenhum momento surgiu o assunto sobre crise ou cartão de crise. O fato de não ter um momento específico para discutir as questões sobre a crise e o cartão me angustiaram bastante (Diário de Campo, nº 1).

Esta dificuldade está relacionada a angústia que a convivência produz por se tratar de um espaço não formal, similar ao que Resende (2015, p. 160) explicita como “estilo autoritário bastante próprio da formação dos profissionais de saúde”.

Quanto aos limites, os assuntos sobre o Cartão de Crise não surgiram em todos os encontros nos quais participei, o que reduziu o tempo de propor discussões mais ricas acerca dos pontos categorizados. De toda forma as informações produzidas são importantes para discutir as formas de cuidados nos serviços de saúde mental e os desafios a serem enfrentados.

Acredito que desenvolver mais pesquisas sobre essa temática possa enriquecer a discussão sobre as formas de cuidado à crise, ampliando alternativas para elaborar estratégias de enfrentamento mais criativas e singulares. Desta forma, o Cartão de Crise e outros

dispositivos que visam a autonomia e o empoderamento do sujeito é de extrema importância para o campo da saúde mental.

Por fim, sugere-se para análises futuras a implementação do dispositivo Cartão de Crise nos Centros de Atenção Psicossocial, enquanto o principal serviço da RAPS, o que poderia contribuir no trabalho dos profissionais de saúde que se deparam com situações de crise.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. **A Constituição de Novas Práticas no Campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil**. *Saúde em Debate*, v. 25, n.58, p. 26-34, mai/ago 2001.
- ARAÚJO, Laura Filomena Santos; DOLINA, Janderléia Valéria; PETEAN, Elen; MUSQUIM, Cleciene dos Anjos; BELLATO, Roseney; LUCIETTO, Grasielle Cristina. Diário de Pesquisa e suas Potencialidades na Pesquisa Qualitativa em Saúde. **Revista Brasileira Pesquisa em Saúde**, 15 (3), p. 53-61, jul 2013.
- ALVARENGA, Camila. **A influência e a Atuação do Serviço Social na ONG Inverso**. 2012. Monografia. Monografia, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e Reconstrução das Práticas de Saúde. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev 2004.
- BARDIN, Lawrence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Editora 70, 2010.
- BASAGLIA, Franco. As Instituições de Violência. In: BASAGLIA, Franco (org.). **A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1985, p. 99-133.
- BESSONI, Enrique Araujo; COSTA, Ileno Izídio. Loucura, saúde mental e clínica. In: COSTA, Ileno Izídio (org.). **Sofrimento Humano, Crise Psíquica e Cuidado: dimensões do sofrimento e do cuidado humano na contemporaneidade**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2014, p. 155-180.
- BRASIL. Brasil. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. *Lei nº 10.216*, de 6 de abril de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 20 mar. 2017.
- CAPLAN, Gerald. **Princípios de Psiquiatria Preventiva**. Rio de Janeiro: Editora Paidós, 1980.
- CARVALHO, Nerícia Regina; COSTA, Ileno Izídio. **Primeiras Crises Psicóticas: Identificação de Pródromos por Pacientes e Familiares**. *Psicologia Clínica*, v. 20, n. 1, p. 153-164, abr 2008.
- CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. Rio de Janeiro: Editora Cortez, 2006.
- COSTA, Ileno Izídio. **Da fala ao sofrimento psíquico grave**. Ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia. Brasília: Editora Kaco, 2003.

COSTA, Ileno Izídio. Primeiras Crises Psicóticas: identificação de pródomos por pacientes e familiares. **Psicologia Clínica**, v.20, p. 153-164, 2008.

COSTA, Ileno Izídio. Sofrimento Humano e Sofrimento Psíquico: da condição humana às “dores psíquicas”. In: COSTA, Ileno Izídio (org.). **Sofrimento Humano, Crise Psíquica e Cuidado: dimensões do sofrimento e do cuidado humano na contemporaneidade**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2014, p. 21-67.

DEMO, Pedro. **Pesquisa e Informação Qualitativa**. São Paulo: Editora Papyrus, 2001.

DEMO, Pedro. **Politicidade da terapia**. Brasília, 2003. Disponível em <https://docs.google.com/document/pub?id=1LyECRnAIVLLYI8-VHA8IPz0EwXqwl6Fj1cdvFr29ekw>

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

DISTRITO FEDERAL. *Lei nº 975, de 12 de novembro de 1995*. Disponível em: <http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Arquivo.ashx?id_norma_consolidado=48934>. Acesso em 10 de maio. 2017.

DISTRITO FEDERAL. *Portaria nº 396, de 7 de julho de 2005*. Disponível em: <<http://femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/SAS/2005/Julho/PORTARIA%20N%C2%BA396-SAS-Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 13 de maio. 2017.

DISTRITO FEDERAL. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 24 de março. 2017.

ERIKSON, Erik Homburger. **Identidade Juventude e Crise**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1987.

FERIGATO, Sabrina Helena; ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa; BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões. **O Atendimento à Crise em Saúde Mental**. Revista de Psicologia da UNESP, v. 6, nº 1, 31-44, 2007.

FERREIRA, Ronald Belo; COSTA, Ileno Izídio. O Espaço Urbano, Patologias do Social e a Abordagem Psicossocial. In: COSTA, Ileno Izídio (org.). **Sofrimento Humano, Crise Psíquica e Cuidado: dimensões do sofrimento e do cuidado humano na contemporaneidade**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2014, p. 301-337

FREITAS, Cláudia. A participação e preparação prévia do usuário para situações de crise mental: a experiência holandesa do plano/cartão de crise e desafios para sua apropriação no contexto brasileiro. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Abordagens psicossociais: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na ótica da cultura e das lutas populares**. São Paulo: Hucitec: 2008. v. 2, p. 142-70.

GOTO, Tommy Akira. Intervenção em Crise: sofrimento, formação, políticas públicas e realidade brasileira. In: COSTA, Ileno Izídio (org.). **Sofrimento Humano, Crise Psíquica e Cuidado**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2014, p. 181-200.

JERVIS, Giovanni. Crise da Psiquiatria e Contradições Institucionais. In: BASAGLIA, Franco (org.). **A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1985, p. 251-272.

JORGE, Maria Salete Bessa; PINTO, Diego Muniz; QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; PINTO, Antonio Germane; SOUSA, Fernando Sérgio Pereira; CAVALCANTE, Cinthia Mendonça. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (7), p. 3051-3060, 2011.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 55-59.

LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

LINHORST, D. M.; ECKERT, A. **Conditions For Empowerment People With Severe Mental Illness**. Social Service Review, Chicago, v. 77, n. 2, p. 279-305, jun 2003.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Experiências da Loucura**. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2001.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2003.

MERHY, Emerson Elias. **Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e Alívio como dispositivos analisadores**. 2004.

MIRANDA, Lilian; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Análise das Equipes de Referência em Saúde Mental: uma perspectiva de gestão da clínica. **Caderno Saúde Pública**, 26 (6), p. 1153-1162, 2010.

MOUSINHO, Liana. **Independência funcional entre mandos e tatos**. 2004. 60f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Brasília, 2004.

MOVIMENTO PRÓ-SAÚDE MENTAL DO DISTRITO FEDERAL (MPSMDF). **Como anda a Saúde Mental na capital do país?** Uma amostra da realidade da Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal. Relatório de Visitas Institucionais realizadas através da Frente Parlamentar de Saúde Mental da Câmara Legislativa do Distrito Federal e o MPSMDF. Brasília: MPSMDF, 20f, 2013.

NISHIKAWA, Christiano Asano. **A Convivência como Instrumento Desistitucionalizante: (Re) Construindo Cidadanias**. 2012. Monografia. Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2012.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; CAMPOS, Gastão Wagner Souza. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos, Minayo, Akerman, Drumond Jr., Carvalho. (Org.). **Tratado de saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 669-714.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice Lima; SANTOS, D.V.D. ; STEFANELLO, S. ; GONÇALVES, L.L.M. ; ANDRADE MAGGI, P.M. ; BORGES, L.R. . **A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção**

analisadora de serviços em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 2889-2898, 2013.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; PALOMBINI, Analice Lima; SILVA, André Eirado; PASSOS, Eduardo; LEAL, Erotildes Maria; SERPA JUNIOR, Octávio Domont; MARQUES, Cecília Castro; GONÇALVES, Laura Lamas Martins; SANTOS, Deivisson, Vianna Dantas; SURJUS, Luciana Togni Lima Silva; ARANTES, Ricardo Lugon; EMERICH, Bruno Ferrari; OTANARI, Thais Mikie Carvalho, STEFANELLO, Sabrina. **Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação.** *Interface*, v. 1, p. 0-0, 2012.

PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice Lima; ONOCKO-CAMPOS, Rosana; RODRIGUES, Sandro Eduardo; MELO, Jorge; MAGGI, Paula Milward; MARQUES, Cecília Castro; ZANCHET, Lívia; CERVO, Michele Rocha; EMERICH, Bruno. *Autonomia e Cogestão na Prática em Saúde Mental: O Dispositivo da Gestão Autônoma da Medicação (GAM).* *Aletheia* 41, p. 24-38, mai 2013.

POPE; Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde.** 2. ed. Porto Alegre: Editora: Artmed, 2011.

PRESOTTO; Rodrigo Fernando. **Participação de Usuários de Serviços de Saúde Mental em Pesquisas: um olhar a partir dos conceitos de Empowerment e Recovery.** 2013. 137 f. Tipo de trabalho (Mestrado) – Pós graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

RESENDE, Tania Inessa Martins de. **Eis-me aqui: A convivência como dispositivo de cuidado no campo da Saúde mental.** 2015. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Brasília, 2015.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização.** 2ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SENA, Marisa Alves de Oliveira; SOUZA, Eloysia Godinho. *O Modelo de Crise no Serviço Social.* In: *Debates Sociais*, 26º, 1978, Rio de Janeiro. **Ano XIV.** Rio de Janeiro. 1978. P. 15.

SPELLECY, Ryan. **Reviving Ulysses Contracts.** *Kennedy Institute of Ethics Journal*, v. 13, n. 4, p. 373-392, dez 2003.

SUTHERBY, K; SZMKLER, G. I; HALPERN, A.; ALEXANDER, M.; THORNICROFT, G.; JOHNSON, C. WRIGHT, S. **A Study of 'Crisis Cards' in a Community Psychiatric Service.** *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 100, 1999.

TENÓRIO, Carlene Maria Dias. *A psicopatologia e o diagnóstico numa abordagem fenomenológica-existencial.* *Universitas Ciências da Saúde*, v. 1, p. 31-44, 2003.

TENÓRIO, Fernando. **A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias.** São Paulo: Editora Paulus, 2003.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Empoderamento de Usuários e Familiares em Saúde Mental em Pesquisa Avaliativa/Interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiências brasileira.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 10, p. 2825-2835, out 2013.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Diretivas antecipadas e o plano e cartão de crise em saúde mental: fundamentos para sua apropriação e implementação no Brasil**. Rio de Janeiro. Projeto Transversões/ Escola de Serviço Social da UFRJ. Texto provisório de discussão interna, 2014.

ZGIET, Jamila. **A reforma psiquiátrica no Distrito Federal**: um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação. Dissertação (Mestrado em Política Social). Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Política Social, 2010.

ANEXO A – CARTÃO DE ACOLHIMENTO EM CRISE DA INVERSO

Nome Completo:

Filiação:

Nome de familiar que deseja que seja contatado:

Grau de parentesco:

Endereço:

Telefones para contato:

Profissional que lhe cuida atualmente

Nome (s):

Profissão (ões):

Contatos do profissional:

Comorbidades (doenças crônicas, etc):

Tipo sanguíneo:

Medicamentos que utiliza atualmente:

ACOLHIMENTO EM CRISE

1. Que sinais você identifica como os de uma crise iminente?
2. Que sentimentos você experimenta nesse momento? (medo, insegurança, desamparo, agressividade, outros, quais)?
3. Como você quer ser acolhido? (quer a proximidade de outra pessoa, deseja ficar só, outro.)
4. Com quem você quer entrar em contato em caso de uma crise? (familiares, profissionais de referência, amigos, outros)
5. Nome dessa (s) pessoa (s):
6. Contatos dessa (s) pessoa (s):
7. Em que lugar você quer ficar quando em crise? (em casa, em casa de amigo, familiar, serviço aberto, outro)
8. O que você deseja que lhe ofereçam como cuidado e apoio no momento de crise? (conversa, escuta, contato físico, medicação, auxílio médico, hospitalização, contatar amigos, outro)
9. Deseja que seja chamado algum serviço de emergência? (SAMU, bombeiros, ambulância)

10. Você quer ser hospitalizado em hospital ou clínica psiquiátrica? Qual?
11. Deseja que lhe seja administrada alguma medicação em caso de crise? Qual (ais)? Dose?
 12. Que medicação você não quer que lhe seja administrada?
13. Em qual posição corporal você deseja ficar? (deitado, sentado, de pé...)
14. Ventilação/Hidratação: (deseja beber água, algum tipo de ventilação extra...)

Indique que outras recomendações você deseja que sejam seguidas em situação de crise

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA RESPONSÁVEIS LEGAIS)

“Implementação do Cartão de Crise em Um Centro de Convivência: cogestão e empoderamento”

Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

Pesquisadora responsável (orientadora de aluna em graduação): Tania Inessa Martins de Resende

Pesquisadora assistente (aluna de graduação): Ana Clara de Azevedo Miranda

Seu filho (a) (ou outra pessoa por quem você é responsável) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo. A colaboração dele (a) neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja que ele(a) participe (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida permitir a participação, você será solicitado (a) a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo. **Seu filho (a) (ou outra pessoa por quem você é responsável) também assinará um documento de participação, o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (a depender da capacidade de leitura e interpretação).**

Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

- O objetivo específico deste estudo é implementar, de forma participativa, o Cartão de Crise em um Centro de Convivência do Distrito Federal.
- Seu filho (a) (ou outra pessoa por quem você é responsável) está sendo convidado (a) a participar exatamente por ser um adulto que já teve uma crise psíquica ou está em processo

de recuperação que frequenta o Instituto de Convivência e Recreação do Espaço Social – Inverso.

Procedimentos do estudo

- Sua participação consiste em construir um Cartão de Crise que terá informações sobre como gostaria de ser tratado caso se encontre em uma situação de crise.
- Serão realizados encontros durante o grupo “Doidos também tomam banho – Oficina de Saúde” para a confecção do cartão, de forma individual e coletiva, de acordo com a proposta da pesquisa. As informações coletadas serão registradas no diário de campo da pesquisadora sendo mantidas em sigilo.
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.
- A pesquisa será realizada no Instituto de Convivência e Recreação do Espaço Social – INVERSO.

Riscos e benefícios

- Este estudo possui riscos moderados como o surgimento de algum conteúdo que mobilize o participante, uma vez que a temática da presente pesquisa se trata de situações que a pessoa se encontrou em crise.
- Medidas preventivas como o cuidado com a abordagem e o compartilhamento dos conteúdos surgidos para os profissionais da INVERSO (caso seja necessário) serão tomadas durante os encontros como forma de realizar um encaminhamento mais adequado minimizando qualquer risco ou incômodo.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, o (a) participante não precisa realizá-lo.
- Com a participação nesta pesquisa ele (a) poderá obter o próprio Cartão de Crise podendo ser utilizado quando houver necessidade, além de contribuir para maior conhecimento sobre as formas de cuidado à crise nos serviços de Saúde Mental.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- A participação é voluntária. Não terá nenhum prejuízo se não quiser que ele (a) participe.

- Ele (a) poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela participação dele (a) neste estudo.

Confidencialidade

- Os dados dele (a) serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- Os dados e instrumentos utilizados serão os registros do diário de campo ficarão guardados sob a responsabilidade de Ana Clara de Azevedo Miranda com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar o nome dele (a), instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966.1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a participação dele (a) no estudo.

Eu, _____ RG _____, após receber a explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa concordo voluntariamente em consentir que ele (a) faça parte deste estudo. Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor (a).

Brasília, ____ de _____ de _____.

Participante

Tania Inessa Martins de Resende/ telefone institucional 3966-1474

Ana Clara de Azevedo Miranda/ email aclarazevedo@gmail.com

Endereço dos (as) responsável (eis) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Endereço: SEPN 707/907 - Asa Norte - Brasília-DF Bloco: /Nº: /Complemento:
BLOCO 9 (Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES)

Bairro: /CEP/Cidade: 70790-075/Brasília

Telefones p/contato: 3966-1474

APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO

Título da Pesquisa: Implementação do Cartão de Crise em Um Centro de Convivência: cogestão e empoderamento

Instituição do (a) ou dos (as) pesquisadores (as): Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

Pesquisadora responsável (orientadora de aluna em graduação): Tania Inessa Martins de Resende

Pesquisadora assistente (aluna de graduação): Ana Clara de Azevedo Miranda

Você sabe o que é assentimento? Significa que você concorda com algo. No caso desse documento, significa que concorda em participar dessa pesquisa.

Antes de decidir se quer ou não participar, é importante que entenda o estudo que está sendo feito e o que ele envolverá para você.

Apresentamos esta pesquisa aos seus pais ou responsáveis e eles sabem que também estamos pedindo sua concordância. Se você deseja participar, seus pais ou responsáveis também terão que concordar. Mas você é livre para fazer parte ou não desta pesquisa, mesmo se seus pais ou responsáveis concordarem. Não tenha pressa de decidir.

Também poderá conversar com seus pais, amigos ou qualquer um com quem se sinta à vontade para decidir se quer participar ou não, e não é preciso decidir imediatamente.

Pode haver algumas palavras que não entenda ou situações que você queira que eu explique mais detalhadamente, porque ficou mais interessado (a) ou preocupado (a). Nesse caso, por favor, peça mais explicações.

Natureza, objetivos e procedimentos do estudo

- O objetivo deste estudo é implementar, de forma participativa, o Cartão de Crise em um Centro de Convivência do Distrito Federal.
- Você vai participar preenchendo informações sobre como gostaria de ser acolhido quando estivesse em crise.

- O que vai acontecer é que irá responder as perguntas que estão no cartão, não haverá gravação, somente um registro em um caderno contando sobre a experiência da construção do cartão com o que foi observado e com a sua opinião.
- Você não fará nada além do que estamos explicando neste documento.
- A pesquisa será realizada no Instituto de Convivência e Recreação do Espaço Social – INVERSO.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação poderá ajudar que mais pessoas saibam sobre como cuidar da crise.
- Sua participação é voluntária, ou seja, você só participa se quiser e, de acordo com as leis brasileiras, não receberá dinheiro nem presentes pela sua participação neste estudo.
- Ninguém vai cobrar dinheiro de você ou de seus pais/responsável, ou vai tratá-lo (a) mal se não quiser participar.
- Você poderá deixar a pesquisa a qualquer momento, bastando para isso falar com um dos pesquisadores responsáveis.
- Conforme as normas brasileiras sobre pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá dinheiro nem presentes pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

- Seus dados ficarão somente com os pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- O material com as suas informações diário de campo ficará guardado sob a responsabilidade de Ana Clara de Azevedo Miranda com a garantia de que ninguém vai falar de você para outras pessoas que não façam parte desta pesquisa e será destruído após um período de cinco anos.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Caso ocorram danos causados pela pesquisa, todos os seus direitos serão respeitados de acordo com as leis do país. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada.

Se quiser falar algo ou tirar dúvida sobre como será/está sendo tratado na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966.1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br. Também envie um e-mail ou ligue para informar se algo estiver errado durante a sua participação no estudo.

Este Termo Assentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo (a) pesquisador (a) responsável, e a outra ficará com você.

Assentimento

Eu, _____, RG _____, (se já tiver o documento), fui esclarecido (a) sobre a presente pesquisa, de maneira clara e detalhada. Fui informado (a) que posso solicitar novas informações a qualquer momento e que tenho liberdade de abandonar a pesquisa quando quiser, sem nenhum prejuízo para mim. Tendo o consentimento do meu (minha) responsável já assinado, eu concordo em participar dessa pesquisa. Os (As) pesquisadores (as) deram-me a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Participante

Tania Inessa Martins de Resende/email taniainessa@gmail.com

Ana Clara de Azevedo Miranda/email aclarazevedo@gmail.com