



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

**O Cuidado à Pessoa em Situação de Crise Psíquica nos Pontos de Urgência da RAPS:
Impactos do Mito da Periculosidade na Privação do Direito à Cidade.**

Bárbara Kéfere do Carmo

Brasília

Dezembro de 2021



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

**O Cuidado à Pessoa em Situação de Crise Psíquica nos Pontos de Urgência da RAPS:
Impactos do Mito da Periculosidade na Privação do Direito à Cidade.**

Bárbara Kéfere do Carmo

Monografia apresentada à Faculdade de Psicologia do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB como requisito parcial à conclusão do curso de Psicologia.

Professora-orientadora: Dra. Tania Inessa Martins de Resende.

Brasília

Dezembro de 2021



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

Folha de Avaliação

Autora: Bárbara Kéfere do Carmo

Título: O cuidado à pessoa em situação de crise psíquica nos pontos de urgência da RAPS: o impacto do mito da periculosidade na privação do direito à cidade.

Banca Examinadora:

Professora Dr^a Tania Inessa Martins de Resende
Orientadora

Hyanne Minduri
Parecerista/ Membro Externo

Professor Me. Frederico Guilherme Ocampo Abreu
Parecerista/ Membro Interno

Brasília

Dezembro de 2021



SUMÁRIO

SUMÁRIO	4
Lista de Figuras	5
Resumo	6
Abstract	7
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 - MODOS DE SOFRER: O SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE	4
1.1 - A crise psíquica enquanto sofrimento psíquico grave.	4
1.2 - Estratégias de cuidado ao sofrimento psíquico grave.	8
CAPÍTULO 2 - LIBERDADE E TERRITÓRIO: PENSANDO O DIREITO À CIDADE	17
2.1 - O cuidado: da privação de liberdade ao direito à cidade.	17
2.2 - Reforma psiquiátrica, a Rede de Atenção Psicossocial e o cuidado no território.	27
CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA	39
3.1 Participantes	42
3.2 Procedimentos	43
CAPÍTULO 4 - DISCUSSÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES QUALITATIVAS	45
4.1 Contextualização sócio-histórica.	45
4.2 Análise Formal	53
4.2.1 <i>Noções de SUS, rede, crise e saúde mental</i>	55
4.2.2 O sofrimento psíquico grave e o seu cuidado	57
4.2.3 <i>RAPS: fluxo, equipe, estrutura, demandas e cuidado</i>	59
4.2.4 <i>Violência: periculosidade e o direito à cidade.</i>	69
4.3 Interpretação/ Reinterpretação	72
CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
Apêndice A	87
Roteiro de entrevista semiestruturada	87



Lista de Figuras

Figura 1	31
Figura 2	33



Resumo

Esta monografia tem por objetivo geral compreender como os estigmas relacionados ao mito da periculosidade e a consequente privação do direito à cidade, historicamente vinculados, influenciam no cuidado à pessoa em situação de crise psíquica em pontos de urgência da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. Para isso, é conceituada a crise, entendida como sofrimento psíquico grave, bem como pontuados os cuidados necessários para a situação de crise. Discute-se, também, o direito à cidade, pensando-se na liberdade e no território, fazendo-se um percurso desde o início da institucionalização da loucura até a Reforma Psiquiátrica Brasileira, buscando-se encontrar a relação entre doença mental e periculosidade. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com quatro profissionais da área da saúde que já tenham atuado com o manejo do sofrimento psíquico grave na RAPS. Essa monografia é fundamentada pelo método qualitativo e seu processo de análise das informações qualitativas foi realizada a partir da Hermenêutica de Profundidade, proposta por John Brookshire Thompson e readaptada por Pedro Demo, em 2001. Concluiu-se que ainda é presente uma relação entre o sofrimento psíquico grave e a ideia de periculosidade, relação esta que alcança o cuidado e gera novas violências. Já o direito à cidade tem sido melhor alcançado devido aos avanços da reforma psiquiátrica.

Palavras-chave: Saúde Mental; RAPS; Sofrimento psíquico grave.



Abstract

The general objective of this monograph is to understand how the stigmas related to the myth of dangerousness and the consequent deprivation of the right to the city, historically linked, influence the care of people in situations of psychological crisis at emergency points of the Psychosocial Care Network - RAPS. For this, the crisis is conceptualized, understood as severe psychological distress, as well as the necessary care for the crisis situation. It also discusses the right to the city, thinking about freedom and territory, making a journey from the beginning of the institutionalization of madness to the Brazilian Psychiatric Reform, seeking to find the relationship between mental illness and dangerousness. Semi-structured interviews were conducted with four health professionals who have already worked with the management of severe psychological distress in RAPS. This monograph is based on the qualitative method and its process of analysis of qualitative information was based on Depth Hermeneutics, a proposal by John Brookshire Thompson and readapted by Pedro Demo, in 2001. It was concluded that there is still a relationship between severe psychological distress and the idea of dangerousness, a relationship that reaches care and generates new forms of violence. The right to the city has been better achieved due to advances in psychiatric reform.

Keywords: Mental Health; RAPS; Serious Psychic Sufferin

INTRODUÇÃO

Durante a vida, momentos de crise e de conflitos mostram-se necessários e ocorrerão, invariavelmente. Das crises e dos conflitos poderão resultar diferentes consequências, negativas ou positivas. Erik Erikson, em 1998, em sua Teoria do Desenvolvimento Psicossocial, defende que o desenvolvimento humano ocorre através de uma série de crises durante toda a vida. A resolução insatisfatória de uma crise pode ser adoecedora e acabar por estagnar a pessoa em sofrimento, quando esta não encontra em si os mecanismos necessários para a superação de algum obstáculo apresentado. Diante disso, apresentam-se dois caminhos: um, em que se constroem estratégias melhores e que ajudarão essa pessoa futuramente; ou, como segunda opção, poderá ser um momento de ruptura da pessoa, considerado como um risco, por apresentar um aumento na sua vulnerabilidade, sendo isto uma ameaça à sua saúde mental (Frizzo, 2019).

Nesse sentido, esta pesquisa tem por tema central a crise psíquica e suas formas de cuidado. A crise psíquica é entendida por Costa e Ramos (2018), a partir do construto "sofrimento psíquico grave". Dessa forma, permite a consideração do sofrimento comum e inseparável da angústia do existir, com características e contextos próprios, identificados em pessoas ou em suas relações. Sendo assim, o sofrimento é entendido como uma manifestação genuína de possibilidades de viver. Costa refere-se à vivência da crise em sua integralidade, expressa “no psicológico, no corporal, nas relações, nas avaliações das vivências e mesmo nas manifestações da espiritualidade” (Costa & Ramos, 2018, p. 10).

A conceituação da loucura e da doença mental tem como fator histórico relevante para essa pesquisa a substituição do conceito de loucura para a ideia de doença mental. Essa mudança na identificação da loucura ocasionou uma separação do público do Hospital Geral, limitando os Hospitais Psiquiátricos aos portadores de doenças venéreas, aos criminosos e aos insanos, os quais, segundo Soares (2006), representavam um perigo à ordem pública. O manicômio, marcado pela violência e repressão, impedindo que as pessoas se relacionem com a cidade, identificando-as, cada vez mais, com a criminalidade, surge então, como um mecanismo de controle e transforma-se no único lugar possível para a loucura, agora entendida como doença mental. Michel Foucault (1975) aponta para o fato de como a institucionalização de todos aqueles que eram considerados fora da norma acabou por associar a loucura aos crimes hediondos.

Nesse contexto, busca-se abordar, nesta monografia, como os estigmas relacionados ao mito da periculosidade e da conseqüente privação do direito à cidade podem influenciar o cuidado à pessoa em crise psíquica nos pontos de urgência da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. Ao apresentar e interpretar os conceitos de crise psíquica, urgência e emergência, procurar-se á encontrar um caminho para auxiliar a pessoa em sofrimento psíquico intenso, abrindo-se novas possibilidades de cuidados, em saúde mental e na atenção às crises e situações de urgência, bem como qualificar o trabalho da rede que os atende, refletindo-se sobre sua emancipação.

Esse trabalho tem sua relevância social quando se propõe a abrir espaços de reflexão sobre os cuidados em liberdade, sempre respeitando a autonomia, princípios que se encontram

nas bases da Reforma Psiquiátrica Brasileira e previstos na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, promulgada pelo Decreto nº 6.949, de agosto de 2009 (Brasil, 2009). Este trabalho também apresenta relevância na sua pretensão de construir um auxílio na superação de alguns abusos relacionados ao silenciamento dos sintomas e no isolamento dos sujeitos, enquanto um suposto cuidado. Já, a relevância política se dá, uma vez que almeja a superação de cuidados que sejam manicomialis, excludentes e, até mesmo, preconceituosos, com vistas ao fortalecimento e consolidação da rede de cuidados já proposta no SUS, como se encontra na Lei nº 10.216 (Brasil, 2001), Portaria nº 3.088 (Ministério da Saúde, 2011) e na Lei Orgânica do Distrito Federal artigo 211 (Distrito Federal, 2000).

O objetivo geral deste trabalho é compreender como os estigmas relacionados ao mito da periculosidade e à privação do direito à cidade, historicamente vinculados, podem influenciar o cuidado à pessoa em situação de crise psíquica em pontos de urgência da RAPS. Para isso, no primeiro capítulo, serão apresentadas a crise psíquica enquanto sofrimento psíquico grave e algumas alternativas de cuidado. No segundo capítulo, será focada a importância de que esses cuidados sejam feitos em liberdade e no território. No terceiro capítulo, relata-se a utilização do método qualitativo e, dentro desse método, de forma específica, a Hermenêutica de Profundidade - HP proposta por John Brookshire Thompson, sociólogo britânico, e readaptada por Pedro Demo, sociólogo brasileiro, (2001). No quarto capítulo, por sua vez, analisam-se as informações qualitativas, e no quinto, finalmente, apresentam-se as considerações finais.

CAPÍTULO 1 - MODOS DE SOFRER: O SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE

Este capítulo tem o objetivo de apresentar a crise psíquica e os cuidados voltados a ela e, para isso, foi dividido em dois tópicos. No primeiro, relativo à crise psíquica enquanto sofrimento psíquico grave, serão expostas algumas teorias sobre a crise, inclusive aquela proposta por Costa (2006), que a entende como "sofrimento psíquico grave", adotada no presente trabalho. No segundo tópico, relativo às estratégias de cuidado ao sofrimento psíquico grave, discutir-se-ão formas de cuidado no manejo à crise psíquica e, para isso, serão apresentadas as teorias da psicoterapia de emergência e da intervenção precoce, bem como a função do cartão de crise e da convivência enquanto estratégia de cuidado.

1.1 - A crise psíquica enquanto sofrimento psíquico grave.

Um momento de crise pode ter iniciado a partir de diversas situações, imprevisíveis (como uma doença, desemprego, morte) ou previsíveis (como a adolescência, gravidez, envelhecimento), bem como a partir de fatores internos (como a formação da identidade) ou externos (como frustrações e privações). A crise, quando resolvida de forma adaptativa, possibilita o domínio da situação pela própria pessoa que está em sofrimento, a qual encontra os recursos necessários para a satisfação de suas necessidades. Dessa forma, tanto é possível reelaborar conflitos passados, como construir melhores mecanismos para a solução de posteriores conflitos. Toda crise apresenta, em si, uma força potencial positiva, uma vez que possui um caráter de crescimento e de recuperação. Essa potencialidade que a crise tem de ser transformadora, com uma grande capacidade criativa, muitas vezes é deixada de lado, não só

pelo senso comum, mas, também, pelos próprios profissionais da área da saúde (Ferigato et al., 2007; Sá et al., 2008). A crise é apresentada em diferentes teorias, como, por exemplo, na Teoria do Desenvolvimento Psicossocial, onde Erik Erikson (1998), psicanalista, defende que o desenvolvimento humano ocorre através de uma série de crises durante toda a vida da pessoa, relacionado os ciclos da vida com questões de identidade. Baseada na teoria do desenvolvimento e com foco nas interações sociais, as relações interpessoais e o ambiente assumem um importante papel nesse desenvolvimento, sendo necessária uma tarefa de cooperação entre ambos (Erikson, 1998; Gondim, 2007; Papalia & Feldman, 2013).

Outra conhecida teoria é a Teoria da Crise, de Gerald Caplan (1980), autor de Princípios da Psiquiatria Defensiva, que explica a crise a partir do acontecimento de sucessivas frustrações frente a diversas tentativas de superação de um conflito. Nesse sentido, a crise apresenta tanto um potencial de superação como de vulnerabilidade para algum transtorno psíquico. Caplan identifica quatro estágios para o desenvolvimento da crise, sendo eles: identificação do problema e aumento do estresse na busca de recursos que possam resolvê-lo; frustração nas tentativas de solução e persistência do problema; mobilização de esforços que podem levar a uma adaptação, aceitação ou, até mesmo, a uma desistência; e, por fim, persistindo o obstáculo e as tentativas ineficazes do sujeito, têm-se o crescimento da crise. Ainda segundo essa teoria, o foco do tratamento é o sujeito, na busca de mecanismos de adaptação e da homeostase, mesmo considerando e validando as relações interpessoais (Caplan, 1980; Gondim, 2007).

Maria de Fátima Gondim (2007) apresenta a crise em uma visão sistêmica, que passa a ser entendida sob o contexto familiar e social e não mais individual. Essa proposta se aproxima

da utilizada pela atenção psicossocial, em que crise aparece como o resultado de uma série de fatores que envolvem outras pessoas, sejam elas a família, amigos, vizinhos etc. (Amarante, 2007). Esse posicionamento pode ser considerado um avanço, uma vez que tira a ênfase do aspecto biológico ou do psicológico, fixando-a no social, demonstrando que não é algo apenas de um indivíduo, mas que alcança a sociedade como um todo.

A crise psíquica, conceito central desta monografia, pode ser entendida como um momento da vida em que a pessoa se sente desamparada e sem suporte. É um período em que não há uma representação e, tampouco, um nome para o que está sendo sentido, estando, então, a pessoa em sofrimento em uma situação de rompimento da capacidade de simbolização imediata, de perda de sentido. O sentimento de angústia que brota dessa situação é o de estar escapando das próprias mãos, perdendo os sistemas de referência, ou a si mesmo, sendo uma ameaça iminente de perda da sua identidade (Frizzo, 2019). Nesse sentido, a crise é o irrepresentado, o inominável (Frigato *et al.*, 2007). No entanto, não se deve confundir essa falta de sentido com a falta de sensações, como um déficit de sentimentos, sensações e afetos, mas, antes, partir da ideia de algo que se diferencia (Frizzo, 2019).

A crise psíquica tende a ser marcada pela sua gravidade em relação aos sintomas, uma vez que, geralmente, apresenta uma forte ruptura nos laços familiares e/ou sociais, recusa no tratamento, no contato, em receber ajuda e pelo constante estado de alerta (Frigato *et al.*, 2007). Essa ruptura do equilíbrio, violenta e repentina, ocasiona sentimentos de desesperança, confusão, tristeza e pânico (Sá *et al.*, 2008). Segundo Gondim (2007), “há interrupção do processo de aprendizagem social, e de desempenho de papéis, acompanhado de intenso sofrimento tanto no

mundo relacional como no mundo pessoal” (p. 40). Todos esses sentimentos não se restringem à psique, mas são estendidos também ao corpo. Um corpo que perde, além do seu controle, a sua privacidade, ficando à mercê da exposição e da intervenção do outro, tudo isso de maneira impositiva (Feringato, 2007).

Em Costa (2003) e Costa e Ramos (2018), a crise psíquica é entendida a partir do conceito de sofrimento psíquico grave. Para os autores, o sofrimento, que não é próprio do adoecimento, é uma manifestação autêntica de possibilidade e continuidade de ser que, sendo inerente à vida, se manifesta no pensar, gostar, sentir, ver e ouvir. O sofrimento, diferente da dor que se apresenta no corpo, somatiza-se, também, no afeto e nas relações. A distinção entre o sofrimento dito “normal” e o sofrimento psíquico grave é observada nas características próprias de cada contexto, pessoa ou relação. O sofrimento, dessa forma, constrói-se a partir da relação com o outro, como uma resposta ao pertencimento ao espaço afetivo, relacional, histórico e social. Mesmo que alguns dos sintomas característicos se pareçam com os de outras pessoas, a manifestação de um sofrimento é sempre singular, exclusiva e irreduzível, não cabendo em uma classificação diagnóstica geral.

O sofrimento psíquico grave, nas palavras de Costa (2006), “refere-se, num primeiro momento, à noção de um afeto insuportável, que desestabiliza ou desorganiza uma forma básica de ser, de funcionar, em suas múltiplas dimensões: individual, familiar, institucional e social” (p. 10). O autor entende que a adesão do termo “sofrimento psíquico grave” por Costa (2006) constitui uma crítica a uma postura clássica de classificação nosográfica e sintomatológica. Ao contrário, o termo busca atentar-se para o caráter fenomenológico existencial do sofrimento e da

angústia humana, que é relacional e dinâmico, resgatando o aspecto inerente das crises no decorrer da vida. Dessa forma, o termo “grave” refere-se, simplesmente, à noção de intensidade de um sofrimento e não a tentativa de classificação diagnóstica.

Por fim, ressalto que considerar uma pessoa que passou por uma situação de crise como incapaz reduz as condições de que essa pessoa e os profissionais de saúde busquem recursos para superar a problemática atual. De outra forma, Sterian (2000) entende que, quando apoiada em sua dor e em suas estratégias, em uma outra necessidade ou situação de crise, essa pessoa confiará em si mesma e nos serviços de saúde para ampará-la na resolução do conflito.

1.2 - Estratégias de cuidado ao sofrimento psíquico grave.

Nesse tópico serão abordadas algumas das estratégias e atitudes para o manejo e cuidado ao sofrimento psíquico grave, como a intervenção precoce, a psicoterapia de emergência e a convivência.

O cuidado ao sofrimento psíquico grave, de modo geral, deve ser norteado pela liberdade que consiste em deixar que o outro seja e esteja como puder ser, aceitando a sua possibilidade de ser no momento, estando junto e esperando que a crise se resolva (Lobosque *et al.*, 2015). Em virtude disso, é preciso adotar-se uma postura de acolhimento às desorganizações psíquicas e de criação conjunta de estratégias, para lidar com a existência concreta da realidade, tornando-a minimamente suportável. Essa mediação deve ser feita com preocupação, atenção, dedicação afetiva, solicitude e vinculação, que são possíveis com uma postura compreensiva, de forma a acompanhar, não tutelar. Esse cuidado, antes de técnico, é humano, afastando-se de possíveis

teorias explicativas para receber o que vier a acontecer nesse encontro, a fim de se chegar a uma compreensão relacional e vivencial da crise psíquica vivenciada (Costa & Ramos, 2018).

No momento em que a crise psíquica está ocorrendo, existe a necessidade de atenção e cuidados imediatos. Lobosque e outros autores (2015) ressaltam que a crise, independente do horário ou do lugar, deve ser tratada como prioridade, deixando-se como secundário qualquer outro evento ou pendência. Deve-se conversar, tanto com a pessoa, como com seus familiares, em um local reservado, garantindo privacidade e sigilo dentro do possível, após uma avaliação dos riscos à pessoa e aos outros. A pessoa que está em sofrimento psíquico intenso deve, sempre, ser o principal interlocutor dos acontecimentos vivenciados. É importante ainda, segundo a Organização Mundial da Saúde (2021), reconhecer que a pessoa que está dentro daquele sofrimento é o especialista sobre essa vivência particular, principalmente quanto às necessidades de cuidado e apoio, e devem ser valorizadas como tal.

O foco nesse momento deve estar naquilo que pode ser mudado, de forma a reduzir o sofrimento psíquico e visando ao fortalecimento dos fatores protetivos então disponíveis. Se o cuidado for voltado, apenas, à tentativa de silenciar os sintomas, poderá, na verdade, acabar silenciando a pessoa que está em grave sofrimento (Frizzo, 2019). A postura de detentor do saber da saúde e da vida deste que lhe pede ajuda deve ser evitada, para, verdadeiramente, ser acolhido o sofrimento como ele é (Sterian, 2000). Para que isso ocorra é importante, inicialmente, a observação e a condução do acolhimento, atentando-se para o que traz sofrimento àquela pessoa, para possíveis características psicopatológicas, gravidade clínica do caso, intensidade desse sofrimento para a pessoa e para as demais pessoas envolvidas, se há comprometimento em

relação aos laços familiares e afetivos, quais recursos da rede podem ou precisam ser acionados e quais são as condições de saúde, renda, moradia, segurança e demais direitos garantidos a todos, como previsto na Cartilha do Ministério da Saúde sobre Crise e Emergência (Lobosque *et al.*, 2015).

Penso, aqui, que a compreensão dessa pessoa se faz não só necessária mas, fundamental. Para isso, o profissional que estiver à frente desse acompanhamento, independentemente de sua área de formação, deve entregar-se a esse encontro, verdadeiramente ouvindo e sustentando as dores a ele trazidas. Esse profissional precisa, também, estar bem preparado para fazer esse manejo que, por vezes, toca em pontos muito sensíveis. É um momento em que se empresta muito de si para acompanhar o outro na criação de estratégias possíveis (Lobosque *et al.*, 2015).

A intervenção, durante esse período crítico, segundo Frizzo (2019), pode facilitar e aliviar alguns dos impactos traumáticos sentidos no momento da crise ou posteriormente a ela. Para isso, são necessários procedimentos, técnicas e ferramentas que promovam o acolhimento, a escuta clínica, atenta e qualificada, com reflexões, avaliações e orientações. Ao resgatar, junto com a pessoa, o que se tem de preservado nela, bem como os seus recursos psicossociais, abre-se espaço para que esse sujeito possa se implicar ativamente no processo de enfrentamento. Nesse momento, o relato é crucial. Somente após a escuta e a compreensão é que poderá ser pensada a maneira de intervenção e o encaminhamento, se for o caso.

Nesse sentido, Costa (2006) aponta para a importância da "intervenção precoce", termo criado para o tratamento das psicoses. A intervenção precoce organiza-se nas ações terapêuticas imediatas, logo nas primeiras crises de sofrimento psíquico grave, de forma a minimizar

posteriores agravamentos. Costa (2006) cita, dentre vários benefícios da intervenção imediata, uma “menor incapacidade em médio prazo e menor risco de recidivas; menor risco de suicídio; menos complicações com a Justiça; [...] menor necessidade de internação; menores gastos com saúde a médio prazo; menor estresse e menos problemas familiares; melhor recuperação [...] e menor resistência ao tratamento” (p. 16). Em oposição, o tratamento tardio pode resultar num “pior prognóstico, risco aumentado de suicídio e depressão, [...] enfraquecimento das relações interpessoais; [...] atos violentos e criminais; hospitalização desnecessária; perda da auto-estima e autoconfiança e aumento do custo do tratamento” (p. 17).

Pensando em um atendimento imediato e pontual à crise psíquica, a “psicoterapia de emergência” é indicada exatamente para “situações de dor emocional aguda e dilacerante, para circunstâncias seriamente destrutivas e para os casos que, ativamente, colocam em risco a vida do paciente ou de outras pessoas” (Sterian, 2000, p. 21). Ela foi pensada a partir da teoria psicanalítica, como uma alternativa ao cuidado clássico e convencional, sendo indicada tanto para a prevenção como para o tratamento do sofrimento psíquico grave. Na prevenção, ela teria por objetivo trabalhar um problema pontual, de forma que este não evolua para uma desordem psíquica, evitando-se, assim, a possibilidades de cronificação de uma situação aguda ou, ainda, que, havendo uma situação crônica, que está não se transforme em uma incapacidade permanente. Já, enquanto tratamento, seria voltada a situações de crise que não necessitem de longas intervenções, com uma continuidade de acompanhamento, e para dificuldades adaptativas e desordens pontuais (Sterian, 2000).

Neste sentido, a psicoterapia de emergência é indicada para trabalhar pontualmente sintomas e desadaptações que, devido ao perigo que demonstram, necessitam de alívio e suporte imediatos. Sterian (2000) pondera que seu objetivo é aliviar a tensão psíquica, para que a pessoa possa ter as condições mínimas de dar seguimento ao seu tratamento.

A decisão acerca do melhor cuidado e tratamento para cada caso deve ser considerada pela pessoa em sofrimento juntamente com sua equipe de referência, na chamada gestão compartilhada do cuidado, que seria o compartilhamento dos diversos saberes envolvidos na equipe multiprofissional (Miranda, 2017). Sabendo que, no momento em que a crise emerge, é difícil para o sujeito expressar os seus desejos e tomar imediatas decisões, têm sido implementadas em alguns países as chamadas “Diretivas Antecipadas” (Advance Directives-DA). Esse é um mecanismo que permite que a pessoa, quando em estado de intenso sofrimento, deixe registrado qual o tratamento que gostaria de receber em caso de agravamento que prejudique sua capacidade cognitiva de tomar decisões (Miranda, 2017).

A Lei nº 10.216, de 2011, em seu artigo 1º, defende o direito das pessoas com transtornos mentais aos melhores tratamentos disponíveis no sistema de saúde (Brasil, 2001). Esse direito é, igualmente, garantido na Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, em que são defendidos na terceira diretriz: “VIII - o direito à escolha de tratamento, quando houver, inclusive as práticas integrativas e complementares de saúde, e à consideração da recusa de tratamento proposto”; na quarta diretriz: “toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde”; e, ainda mais explicitamente, nessa mesma

diretriz: “VII - a indicação de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia” (Brasil, 2017, pg. 5).

As Diretivas Antecipadas Psiquiátricas (DAP's) foram, inicialmente, pensadas pelo psiquiatra húngaro Thomas Szasz como uma forma do usuário de saúde dar instruções aos profissionais de saúde mental sobre a melhor maneira para lidar com situações de crise psicóticas. A construção de uma DAP é feita inicialmente a partir do Plano de Crise, que é um documento com instruções personalizadas sobre como se proceder frente a uma situação de crise. O plano contém informações sobre medicação, sobre a melhor forma de acolhimento e elenca quais as pessoas que podem e devem estar incluídas nesse manejo, bem como qual o serviço de saúde de referência. Essas informações são resumidas e sintetizadas para formar o chamado Cartão de Crise, que é mais sucinto, tendo o formato de um cartão de banco dobrável. O Cartão de Crise deve ser feito de maneira clara, para que qualquer pessoa, sendo da área da saúde mental ou não, possa ser orientada quanto ao que deve ser feito no momento da crise (Miranda, 2017).

Essa ideia surgiu como forma de diminuir a problemática do alto número de internações involuntárias e de tratamentos que são violentos e coercitivos, uma vez que permite que a pessoa em sofrimento intenso tenha sua vontade cumprida em um momento no qual o sofrimento está insuportável. Os objetivos do plano e do cartão de crise são: promover a autonomia e responsabilidade do usuário, facilitando o seu empoderamento; fomentar a participação dos usuários na gestão da sua própria saúde, favorecendo até mesmo que a crise seja detectada mais cedo e se previna a recaída; prevenir o tratamento involuntário; e 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 (Miranda, 2017).

A autonomia, a tomada de decisões e o protagonismo da pessoa, no seu tratamento e nos serviços aos quais está vinculada, traz-lhe diversos benefícios, apontam estudos, como mais satisfação, confiança e esperança, mesmo que sua implementação nos serviços seja um processo lento e difícil (Miranda, 2017). Algumas estratégias para a contribuição dessa maior participação dos usuários de saúde mental na garantia de direitos são apontadas por Vasconcelos (2003, citado por Miranda, 2017): a recuperação, a ajuda mútua e o suporte mútuo, como se verá a seguir.

O primeiro termo, recuperação, é entendido a partir do processo pessoal e coletivo de mudanças que proporcionem uma vida com satisfação, desejos e participação social, apesar de alguma eventual limitação. Para isso, são considerados três aspectos: o desenvolvimento de novos projetos de vida, a reelaboração do estigma da doença mental e, também, o planejamento da reinserção social, voltado para o lazer e trabalho, por exemplo (Miranda, 2017).

A ajuda mútua diz sobre a parceria entre os pares, o acolhimento e a troca de experiências e o apoio emocional entre pessoas que estão passando pelo mesmo tipo de sofrimento, geralmente ocorrido em grupo (Miranda, 2017).

Já o suporte mútuo baseia-se no “realizar juntos”, ou seja, na realização, em conjunto, de todos os atores sociais que possam estar envolvidos (usuários, familiares e a comunidade) em atividades diversas como sociais, artísticas, culturais, esportivas, comunitárias, de lazer e a utilização de recursos sociais na comunidade local e na sociedade (Miranda, 2017).

O cuidado, que envolve o suporte mútuo, é refletido a partir da convivência, enquanto estratégia e dispositivo de cuidado em saúde mental e no campo psicossocial em Resende (2015). A convivência defende a implicação do sujeito em todo o processo de tratamento, favorecendo o seu protagonismo, suas experiências no mundo e com os outros. Para isso, requer que o cuidador abandone sua posição hierárquica vinda de uma relação vertical, para assumir uma relação horizontal. Esse cuidado parte de três princípios de disponibilidade afetiva: *estar com*, *fazer junto* e *deixar ser*. *Estar com* pressupõe disponibilidade para o outro. É aceitar o que esse outro pode oferecer, como puder oferecer, emprestando-se para acolher o que lhe é insuportável. *Estar com* implica estar sem julgamentos e sem tentar encaixar a pessoa em um padrão, acompanhando-a em seu processo de ser no momento, sempre atento ao que emergir. O *fazer junto* é uma possibilidade de mudar uma relação que foi historicamente marcada pela exclusão e pelo silenciamento. É o cuidado em ato, em ação, no cotidiano. Já o *deixar ser* é uma postura que objetiva respeitar a singularidade de cada pessoa. É o silenciar, estando em reserva, que facilita que o outro possa emergir como, realmente, é. Essa postura permite o compartilhamento das ações e das decisões, não exigindo um jeito certo ou um determinado tempo.

A disponibilidade afetiva no “*estar com*” também é apontada por Costa e Braga (2013), uma vez que essa sensibilidade do cuidador abre espaço para que a singularidade do sujeito apareça e também permite uma flexibilidade para a resolução das eventuais necessidades. Para os momentos de sofrimento psíquico grave, o espaço terapêutico é mais importante do que a interpretação e compreensão dos fatos. O cuidado passa então por esse favorecimento de um espaço de mediação que ao invés de tutelar e construir algo para o outro, opta por construir com

o outro. Dessa forma, pensar os melhores mecanismos de cuidado à crise, passa pela reflexão acerca do contexto que deve ser seguro à expressão de sua cultura, modo de ser e criatividade em que a autonomia floresce.

CAPÍTULO 2 - LIBERDADE E TERRITÓRIO: PENSANDO O DIREITO À CIDADE

Tendo conceituado o sofrimento psíquico grave e refletido sobre os manejos e cuidados desse sofrimento, quero, agora, abordar a importância de que esses cuidados sejam feitos em liberdade e no território. Para essa discussão, será feito, no primeiro tópico, intitulado “O cuidado: da privação de liberdade ao direito à cidade”, um percurso histórico pela conceitualização da loucura e da doença mental, contemplando as importantes modificações acontecidas em relação à passagem da loucura para a ideia de doença mental levada, então, para os Hospitais Psiquiátricos, bem como a sua relação com o tema da periculosidade. Em seguida, no tópico “Reforma psiquiátrica: a Rede de Atenção Psicossocial e o cuidado no território”, será abordada a Reforma Psiquiátrica Brasileira, com foco na Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, especialmente, nos pontos de urgência, trazendo, ainda, alguns exemplos ao redor do mundo para pensarmos formas de cuidado que respeitem os direitos humanos, minimizando as situações de violência e que priorizem a autonomia da pessoa atendida.

2.1 - O cuidado: da privação de liberdade ao direito à cidade.

As primeiras instituições voltadas ao acolhimento de sujeitos considerados incapazes, ainda na Idade Média, começaram a surgir a partir de uma configuração religiosa baseada em cuidados morais, hospitalidade e caridade, sem propósito terapêutico de cura. Inseparável da exclusão, a finalidade dessas instituições foi a restauração da razão, mediante o arrependimento para, assim, obter-se a salvação. Com o advento da burguesia, mudanças significativas no modo

de funcionamento das cidades começaram a se instaurar (Soares, 2006). Neste sentido, data do século XVII a criação dos grandes Hospitais Gerais, que eram estabelecimentos destinados a todos aqueles considerados improdutivos e inaptos à vida em sociedade. Eram instituições corretivas e punitivas, que se amparavam na justificativa de criação de atividades manufatureiras com mão-de-obra barata e tinham como fundamento a ordem de produção; nelas o louco se diferenciava a partir da inadequação às exigências do ritmo que as atividades exigiam (Soares, 2006).

Essas instituições tornaram-se, cada vez mais, evidentes em vários países e já não eram destinadas apenas aos considerados “loucos”, mas a todos que, de alguma maneira, estavam em desacordo com a maioria, principalmente em relação à produção e ao acúmulo de riqueza, ideais pregados pela burguesia. Assim, essas instituições, que eram oficialmente assistencialistas, também não buscavam um tratamento médico, uma vez que seu objetivo era integrar essas pessoas em alguma forma de trabalho (Foucault, 1975). O trabalho-punição, como era chamado, funcionaria como um resgate desse sujeito, devolvendo-lhe supostamente um mínimo de dignidade (Santos, 2014).

No final do século XVIII, mudanças relevantes aconteceram nos setores políticos, econômicos e sociais em todo o mundo, devido à Revolução Francesa e ao Iluminismo, quando passou a ser questionada a internação indiscriminada e uma espécie de pacto passou a vigorar: o da liberdade pela troca mercantil. Com isso, houve uma redução do público-alvo desses lugares, o qual passou a limitar-se aos portadores de doenças venéreas, aos criminosos e aos insanos, que

possuíam, como fator que união, o fato de representarem um perigo à ordem social (Soares, 2006).

As pessoas em sofrimento, internadas nos Hospitais Gerais, passaram a ser atendidas nos Hospitais Psiquiátricos, marcados pela violação dos sujeitos lá internados, bem como pela privação da socialização e por possuírem uma rotina restritiva e de submissão (Resende, 2015). Franco Basaglia (1991), psiquiatra italiano, constatou que nessas instituições, como em várias outras, havia o domínio pelo poder, em que a violência e a opressão são suas marcas significativas. Esses abusos, que são velados, colocam esses sujeitos em uma posição de objeto de violência se eles não se renderem aos mecanismos de adaptação oferecidos (Basaglia, 1991). Essa é uma das características da sociedade disciplinar.

Na obra literária “O Alienista”, de Machado de Assis (1882) é representada a criação de uma instituição psiquiátrica. Na história, é marcado o papel do médico, como o Alienista, e do Hospital Psiquiátrico, como a Casa Verde. Na obra o personagem principal, Simão Bacamarte, é um grande estudioso e médico que defende tudo pela ciência. Ele resolve construir, na cidade de Itaguaí, uma casa para os loucos, a Casa Verde, para estudar as chamadas “doenças da mente”. No decorrer da história, quem decide o que é normal ou anormal é o próprio Simão e seus critérios vão se tornando cada vez mais confusos. Como exemplo, tem-se o Costa que foi internado por ser generoso demais e emprestar dinheiro a quem pedia, ficando assim pobre. Simão de Bacamarte se ocupava de uma classificação desses que estavam internados em dois grupos maiores, os calmos e os agitados, e partindo disso, criava vários subgrupos.

No decorrer da história é possível ver que essa situação assustou a população, que então começou uma revolta contra Simão e a Casa Verde. Tudo que era demais ou tudo que era de menos passa a ser internado até que a casa abarca quase todos os habitantes da pequena Itaguaí. Uma vez que quatro quintos da cidade estava internada, ele repensa sua teoria, libera esses internos e conclui que agora o que seria entendido por doença mental é ter o equilíbrio das faculdades mentais. O tratamento seria então baseado em atacar as virtudes de cada pessoa até que eles não fossem mais virtuosos e assim ele zerou o número de internos. Por fim, Simão Bacamarte conclui que sendo o único em completo equilíbrio, sem defeito algum, é ele quem deve ficar internado sozinho na Casa Verde, ficando lá até sua morte alguns meses depois.

Essa história conta de forma dramatizada o surgimento de uma marcante instituição: o manicômio. Os manicômios são um dos mecanismos dessa sociedade disciplinar, que alcançou o seu auge entre os séculos XVIII e XIX. O poder disciplinar, segundo Santos (2014), almeja o controle contínuo sobre a vida e a vigilância sobre os corpos. Pretende-se apropriar e agir sobre esses corpos para torná-los dóceis politicamente para que agreguem ao capital. Pensando desse ponto de vista, o hospital psiquiátrico é produzido por esse contexto, ao mesmo tempo que alimenta e reforça esse ideal de domesticação, controle e vigilância (Santos, 2014). O processo de manicomialização foi a forma encontrada para retirar do contexto social o que era heterogêneo e nocivo à ordem perseguida. Tudo pelo ideal de um espaço urbano disciplinado, medicalizado e, especialmente, higienizado (Vieceli, 2014).

Seguindo a lógica da sociedade disciplinar, tudo o que foge à previsibilidade da cidade, o que não é controlável, é transformado imediatamente em algo perigoso. Tudo precisa estar em

seu devido lugar: desde pessoas até mercadorias. Qualquer coisa fora do lugar ameaçaria a saúde da cidade moderna (Vieceli, 2014). Foi partindo dessa mesma lógica de controle e normalização que surgiram as prisões. Enquanto as instituições médicas/psiquiátricas corrigiam, a polícia vigiava (Santos et al., 2019). Santos et al. (2019) ressalta que a aproximação da loucura com o perigo se deu quando o interesse saiu da dinâmica do crime, movendo-se para a história de vida e os possíveis motivos do autor do crime.

A lógica manicomial não deve ser entendida apenas restrita ao lugar: manicômio. Para além do local, o manicômio estende-se ao cotidiano, nas práticas e relações interpessoais, ampliando-se para todo o espaço social, de forma a repercutir a exclusão da loucura na cidade (Santos, 2014). Sua força fica evidente frente aos discursos e práticas de constante vigilância e de controle, por meio de diagnósticos, classificações e padronizações dos comportamentos para se alcançar uma normalização almejada, através da homogeneização em massa (Santos, 2014).

Com tudo isso, a sociedade não só reconhece como legítima as instituições de violência, uma vez que sua força delas necessita (Santos, 2014). Dessa forma, até mesmo a organização das cidades e a forma como foram construídas serviram como mecanismos para esse poder disciplinar, o que foi evidenciado durante a modernidade, em que o espaço físico ganhou um protagonismo como expressão de poder e, com isso, contribuiu para a constituição da verdade médica. A loucura, que antes podia ser manifestada no corpo social, passou a ser entendida como doença mental, passou a pertencer ao saber médico e, sendo assim, se anteriormente pertencia a qualquer espaço, agora tem um lugar próprio para si: o manicômio/ hospital psiquiátrico. Assim sendo, o manicômio tornou-se o seu único lugar possível e, como qualquer outra instituição

disciplinar moderna, o seu objetivo arquitetônico visava a dominação, a vigilância total e o controle absoluto (Vieceli, 2014).

O ideal de homem moderno (puro e perfeito), que vive em espaços perfeitamente racionalizados, mais uma vez, potencializa o lugar da diferença como separado e excluído (Vieceli, 2014). Com isso, o urbanismo, enquanto campo disciplinar, ainda segundo Vieceli (2014), surge já com o objetivo de tornar o espaço urbano acessível e organizado, garantindo o controle do crescimento urbano e de qualquer atividade que fuja à sua ordem, consolidando, dessa maneira, o poder do Estado. Assim, a cidade assemelha-se, em parte, ao manicômio, quando se busca, a todo custo, a medicalização e a assepsia, através da exclusão e privação a essa cidade daqueles considerados pobres, miseráveis, loucos, criminosos e ociosos (Vieceli, 2014).

As cidades em que vivemos hoje carregam em si essas marcas do seu passado, no qual o corpo do cidadão pouco ou nada se relaciona com o corpo da cidade. Vieceli (2014) constata que “os espaços da cidade se tornam apolíticos, destituídos de seus conflitos inerentes, dos desacordos e dos desentendimentos que negam o próprio caráter político que está, ou deveria estar, na base de qualquer formulação de esfera pública” (p. 226).

Em oposição a isso, a Psicologia Ambiental entende que há uma reciprocidade na relação pessoa-ambiente, de forma que, ao mesmo tempo em que o sujeito se constrói na relação com a cidade social e física, ele também é produzido por essa realidade (Santos et al., 2019). Essa é a forma que a cidade foi sonhada para ser, que está no significado de pólis: um lugar de trocas, de relações, de convívio (Vieceli, 2014). Mesmo com todos esses contrapontos, a cidade é um lugar

com possibilidade para a vida e para a convivência. Um espaço potencialmente rico em encontros e acontecimentos, intervenções e criação de subjetividade.

Neste momento, gostaria de aprofundar-me na ideia de periculosidade. Michel Foucault (1975) aponta para esse aspecto, fundamental a este trabalho: quando se propôs a institucionalizar todos aqueles considerados “anormais”, a loucura misturou-se com várias categorias socialmente inaceitáveis, como os libertinos e os criminosos. Os laços criados a partir dessa junção, são marcas do que, até hoje, se entende por loucura, uma vez que passou a ser entendida como uma “herdeira dos crimes” (Foucault, 1975, p. 55), em que, de certa forma, essa incapacidade moral justificaria alguns crimes.

A associação de crimes hediondos com a loucura chegou até mesmo à criação de um novo diagnóstico: “a loucura criminal” (Silva, 2019, p. 56). Assim, mais uma vez, ficam demarcados o poder e o saber médico sobre a pessoa em sofrimento. Surge uma parceria entre direito penal e psiquiatria, na qual esta última possuía o exame psiquiátrico como principal instrumento, possibilitando o julgamento das noções de maldade e de perigo de cada um. Foi necessário que a loucura e a doença mental fossem associadas à pessoa considerada perigosa, para que a psiquiatria alcançasse o seu papel essencial à higiene social. Já não é, apenas, a desrazão ou os delírios que caracterizariam o louco, mas a ideia de que este possui um impulso perverso e imprevisível, que só será detectado pelo psiquiatra. Esse era o verdadeiro perigo social, relacionado às condições insalubres de vida e apresentando perigo tanto para os outros como para si mesmo (Silva, 2019).

A noção de periculosidade, seguindo essa lógica, deriva da ideia de que um indivíduo seria penalmente responsável pelo risco de criminalidade inerente a ele. Não precisaria, necessariamente, praticar um crime; apenas apresentar supostamente uma potencialidade de praticar um ato criminoso. Essa concepção deriva da junção dos conceitos de responsabilidade sem culpa e da probabilidade causal/risco. Somente o risco intrínseco já seria suficiente para colocar essa pessoa à margem da sociedade, mantendo-a excluída e isolada (Silva, 2019).

Segundo Mecler (2010), o conceito de periculosidade surgiu no final do século XIX, a partir da Escola Positiva do Direito Penal, tornando-se importante no Direito Penal moderno. De acordo com esse conceito, considera-se o delito como um sintoma da periculosidade, tornando o ato infracional um revelador da personalidade criminosa. Dessa forma, o Direito uniu-se à Medicina e delegou a ela a responsabilidade de identificar as causas que levam ao crime. Portanto, atualmente, os juízes orientam-se por uma avaliação dessa periculosidade e, assim, a pena também é decidida a partir dessa avaliação. Sendo assim, a cidade deveria ser protegida desse perigo até a cessação.

No século XIX, o laudo psiquiátrico assumiu um importante e decisivo papel nas decisões jurídicas, tornando a psiquiatria um forte auxiliar do magistrado. O seu papel seria o de oferecer um resumo das qualidades e da personalidade da pessoa julgada, bem como apontar as características individuais e patológicas que determinam o cometimento do delito ou do crime. Essa tentativa de identificar um perfil criminoso foi, e ainda é, tema de discussão. Sobre isso, no início do século XX, começou-se a separar os ditos “loucos comuns dos loucos criminosos”

(Costa, et al., 2018, p. 327). Devido a esse pensamento, em 1920, surgia o manicômio judiciário, no Rio de Janeiro, que exerceria as funções de prisão e hospital.

Embora o critério de periculosidade seja baseado na culpabilidade do autor, a sociedade segue apoiando-se na justificativa da proteção social, para seguir punindo, de maneira abusiva, o indivíduo em sofrimento mental grave. Ao Estado Constitucional de Direito cabe julgar a culpa por uma ação praticada, sem se enviesar pela vida passada da pessoa, por estigmas ou pela possibilidade de que ela pratique qualquer ato criminoso. Assim sendo, é dever do Estado assegurar tratamento adequado que garanta a dignidade humana (Costa et al., 2018). Porém, nem sempre isso é o que ocorre, sendo que, durante um julgamento, são analisados

todos os fatores, endógenos e exógenos, de individualidade moral da pessoa e de sua maior ou menor desatenção à disciplina social. Ao juiz incumbirá investigar, tanto quanto possível, os elementos que possam contribuir para o exato conhecimento do caráter ou índole do réu - o que importa dizer que serão pesquisados o seu *curriculum vitae*, as suas condições de vida individual, familiar e social, a sua conduta contemporânea ou subsequente ao crime, a sua maior ou menor periculosidade (Mecler, 2010, p. 74).

Alguns instrumentos foram desenvolvidos para essa avaliação e outros são utilizados, também, para esse fim. Dentre eles cito: o Psychopathy Checklist - Revised (PCL-R), que se fundamenta no conceito de psicopatia; o Barrat Impulsiveness Scale (BIS-11), que busca medir a impulsividade em seus três principais componentes: motor, cognitivo e ausência de planejamento; e o Historical, Clinical and Risk Management Violence Risk Assessment Scheme

(HCR-20), que foi especialmente criado para essa avaliação do risco de comportamentos violentos, com foco na população psiquiátrica e criminosa (Mecler, 2010).

No Código Penal Brasileiro, de 1940 (citado por Mecler, 2010) inclui-se a chamada medida de segurança, que se caracteriza por ser segregadora, vigilante, preventiva (ao proteger a sociedade retirando do convívio aqueles perigosos e também ao tratar, com o objetivo de retirar sua periculosidade), tendo por objetivo a reeducação dos sujeitos.

Assim, considerando-se a exclusão da pessoa em sofrimento da sociedade da qual participava, e considerando-se, igualmente, as práticas higienistas e de ordem, a psiquiatria recebeu o mandato social de restrição à cidade de todos aqueles por ela tutelados. A exclusão da loucura da sociedade e seu silenciamento ocorreu, em partes, quando o fenômeno da loucura, que é diversificado, passou a limitar-se ao conceito de doença mental (Resende, 2015). As pessoas em sofrimento já tão violentadas e reprimidas, perdem sua identidade e cidadania, ficando impedidas de pertencer à cidade, como salienta Santos (2014). Essas características ligadas à loucura colocam-na em uma posição de identificação e de proximidade com a criminalidade (Soares, 2006).

O louco, agora entendido como doente mental, no imaginário social é, em parte, representado, ainda hoje, como o descontrolado e o perigoso (Santos, 2014). Por fim, ressalto que o olhar de quem cuida não se desvincula de todo esse contexto histórico. A compreensão diagnóstica, segundo Frizzo (2019), não se separa dos seus processos sociais, como preconceitos e violências que se desdobram. A Organização Mundial da Saúde (2021) aponta que são necessárias ainda muitas mudanças na sociedade, para a superação de barreiras impostas à pessoa

com transtorno mental, até mesmo aos direitos humanos fundamentais como, por exemplo, o acesso à educação, emprego e moradia. A exclusão, discriminação e estigmatização da doença mental impede ou dificulta o pleno exercício desses direitos. Essa é uma violência que não só impede que as pessoas tenham a vida que elas querem, mas, também, os marginaliza restringindo suas oportunidades de inclusão em uma vida comunitária e igualitária.

2.2 - Reforma psiquiátrica, a Rede de Atenção Psicossocial e o cuidado no território.

Abordado o histórico do contexto de doença mental e dos hospitais psiquiátricos, faz-se necessário entender a Reforma Psiquiátrica no contexto do Brasil, enquanto movimento de desmanicomialização. A partir disso, será possível pensar nos cuidados de atenção à crise, fora dos modelos e dos serviços tradicionais baseados no isolamento e na exclusão, em pontos de urgência da Rede de Atenção Psicossocial.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira surge como um movimento que se propõe criar um novo lugar social, transformando as relações de toda a sociedade com os fenômenos da doença mental e do sofrimento psíquico intenso, não representando, apenas, a reformulação de um modelo assistencial. A política de saúde mental brasileira inspirou-se na experiência italiana de desinstitucionalização (Resende, 2015), tendo por princípios éticos “a inclusão, a solidariedade e a cidadania” (Amarante, 2020, p. 18). Além disso, caracteriza-se por seu aspecto investigativo, questionando diversos conceitos, tais como a doença mental, norma e normalidade, periculosidade e muitos outros, com o propósito de construir novas formas de cuidado (Amarante, 2020). Foi devido a um movimento crítico à psiquiatria tradicional que a realidade

dos hospitais psiquiátricos começou a ser exposta, denunciando-se a existência de maus tratos, negligências, violência e abusos, totalmente desrespeitosos aos direitos humanos (Santos, 2014).

Três médicos do Pronto Socorro do Centro Psiquiátrico Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro, em 1978, juntaram-se e denunciaram as violações à dignidade dos internos. Mesmo não sendo bem recebido inicialmente, o caso ganhou grande repercussão, obtendo destaque e assumindo um caráter de indignação social. A forma repressiva com que o Estado buscou neutralizar essa situação, com demissões, ameaças e perseguições aos ativistas, culminou em trazer ao debate seu aspecto político e oposicionista. Esse movimento relativo à Reforma Psiquiátrica expressava-se contra a psiquiatrização da sociedade e a utilização da psiquiatria como mecanismo de controle e reprodução das desigualdades sociais (Amarante, 2020).

O movimento de reforma psiquiátrica inicialmente, antes mesmo de chegar ao Brasil, passou por algumas fases, até se consolidar como a conhecemos atualmente. Santos (2014) destaca três momentos importantes dessa reforma: um primeiro, que tinha por objetivo uma reforma institucional e na relação médico e paciente, mas sem interferir na estruturação do hospital psiquiátrico; no segundo momento, procurava-se maior aproximação com a comunidade, posicionando-a, igualmente, como um espaço terapêutico, mas ainda sem desinstitucionalizá-la, visto que o manicômio ainda era ainda entendido como necessário ao tratamento das pessoas em sofrimento; e, por fim, na terceira etapa, aspirou-se a ruptura com esse modelo, questionando-se o conceito de doença mental e a instituição psiquiátrica.

Desinstitucionalizar, de maneira prática, seria extinguir os manicômios/hospitais psiquiátricos, indo muito além disso, quando se propõe uma continuidade na inovação de

estratégias e instituições que visam tratar em liberdade, respeitando os direitos humanos da pessoa em sofrimento. Não se apresenta como um modelo ideal, mas, antes, convida a questionamentos e transformações constantes, sempre que necessário, para fugir de padronizações e cronificações (Santos, 2014). Esse é um percurso que, mesmo com muitos avanços nas últimas décadas, ainda enfrenta dificuldades para a substituição total dos manicômios e, principalmente, na superação das práticas manicomiais cotidianas. Isso ocorre quando ainda se privilegiam as práticas de isolamento, tutela, controle, medicalização e patologização da vida, que dão uma nova cara a uma antiga institucionalização (Santos, 2014).

Devolver a cidade aos que foram institucionalizados por tanto tempo requer uma abertura de ambos os lados, dos seus usuários e da cidade, para que, com isso, se pense a saúde mental enquanto componente da cultura e não mais separada dela. É necessária uma ruptura maior do que apenas a da abertura dos manicômios, embora esta seja condição indispensável para tratamento e cuidado que se operem em respeito aos direitos humanos (Vieceli, 2014).

A ocorrência da reforma psiquiátrica é simultânea ao movimento sanitário que resultou nas bases para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, o qual nasceu de um movimento que defende a saúde enquanto “direito inalienável do cidadão brasileiro e dever do Estado” (Conselho Federal de Psicologia, 2019, p. 20). Através da Lei nº 8.080, de 1990, foram determinadas diretrizes organizacionais e operativas para o seu funcionamento, como, por exemplo, a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção em saúde (Brasil, 1990; Brasil, 2010b; Conselho Federal de Psicologia, 2019). No Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a mencionada Lei nº 8.080, de 1990, estão formuladas as normas sobre a

organização do SUS, o planejamento da saúde e a assistência à saúde (Brasil, 2011). Segundo esse mesmo decreto, o SUS pode ser entendido como um conjunto de ações e serviços que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde de forma regionalizada e hierarquizada.

Em um sistema de saúde, a fragmentação pode atrapalhar a gestão integral do cuidado e é por isso que se faz importante superar qualquer divisão, a fim de qualificar e oferecer o melhor serviço de saúde à população. O trabalho em rede propõe-se a articular os diferentes atores e instituições envolvidos no acompanhamento aos usuários em sua singularidade, mas sem esquecer da amplitude envolvida nos processos de saúde (Fialho, 2014).

No Brasil, segundo Fialho (2014), a estratégia formulada, organizada e implementada no SUS para os cuidados em saúde geral baseou-se na criação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), através da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde. Sua proposta é uma resposta à fragmentação no cuidado e sua criação foi visando à organização das ações e serviços de saúde, de forma a qualificar a gestão do cuidado no contexto atual. Essa rede é entendida a partir da proposta de ações e serviços de saúde com diferentes graus de especialização e tecnologias, que se integram e são organizadas por meio de apoio técnico, logístico e de gestão, com o objetivo de garantir um cuidado integral em saúde para a população (Brasil, 2010a; Brasil, 2011; Martins, 2021). A organização do serviço em rede visa à criação de vínculos e possibilidades de cooperação que proporcione uma atenção que é verdadeiramente integral (Martins, 2021).

Nesse sentido, e de forma a prezar a organização, tem-se em uma de suas vertentes uma rede voltada à saúde mental: a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Através da Portaria

GM/MS nº 3.088, de 2011, regulamentou o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Esse ato administrativo tem por objetivos a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover o acesso do seu público-alvo, citado acima, aos pontos de atenção e a garantia a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (Conselho Federal de Psicologia, 2013; Ministério da Saúde 2011).

Figura 1

Rede de Atenção Psicossocial.



A RAPS está presente

Na Atenção Básica

- Unidade Básica de Saúde;
- Núcleo de Apoio à Saúde da Família;
- Consultório de Rua;
- Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- Centros de Convivência e Cultura.

Atenção Psicossocial Estratégica

- Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades.

Atenção de Urgência e Emergência

- SAMU 192;
- Sala de Estabilização;
- UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.

Atenção Residencial de Caráter Transitório

- Unidade de Acolhimento;
- Serviço de Atenção em Regime Residencial.

Atenção Hospitalar

- Enfermaria especializada em hospital geral;
- Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Estratégia de Desinstitucionalização

- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);
- Programa de Volta para Casa (PVC).

Estratégias de Reabilitação Psicossocial

- Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda;
- Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Para formalizar

Para que cada ponto de atenção/serviço seja habilitado e receba financiamento junto ao Ministério da Saúde basta seguir os passos instituídos nas portarias correspondentes a cada um deles.

Quem faz o financiamento?
Ministério da Saúde / Fundo Nacional de Saúde

Quem pode receber?
Estados, Municípios e Distrito Federal

Asses todas as portarias referentes à RAPS em: www.saude.gov.br/saudemental

Para mais informações
<www.saude.gov.br/saudemental>
Telefone: (61) 3215 9144
E-mail: saudemental@saude.gov.br
[f/saudemental](https://www.facebook.com/saudemental)

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

A RAPS está presente tanto na Atenção Básica (em Unidades Básicas de Saúde - UBS, Núcleo de Apoio à Saúde na Família, Consultório de rua, Centros de Convivência e Cultura e em Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório), como na Atenção Psicossocial Estratégica (em Centros de Atenção Psicossocial de diferentes modalidades), na Atenção de Urgência e Emergência (através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento - UPA e Prontos Socorros de hospitais gerais), entre outros (Ministério da Saúde, 2011), como ilustrado pela figura 1 (Ministério da Saúde, 2013).

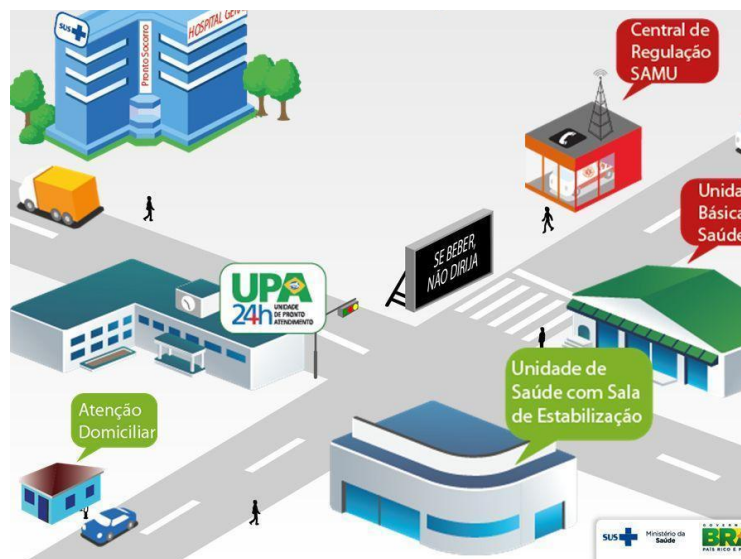
O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um dispositivo essencial na oferta de cuidados à pessoa em sofrimento psíquico grave e persistente e em situação de crise no Brasil. A estrutura do CAPS é voltada à comunidade, e pretende estabelecer relação estreita com a cultura, por meio da sua característica de ser “porta aberta”. Nas palavras de Lobosque (2007) “trata-se de acolher, sem reserva ou temor, o sofrimento mental, quando insuportável, sem buscar pretextos para a recusa nem impor condições à hospitalidade” (p. 56). Dessa forma, trata de acolher as demandas de maneira singular a partir de uma escuta atenta, que articule a rede sempre que necessário mas que não desampara aqueles que a buscam.

A atenção de urgência e emergência, contexto também importante a esta pesquisa, segundo o art.5º da Portaria nº 3.088, do Ministério da Saúde, editada em 2011, é formada pelos seguintes pontos de atenção: “a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros” (Ministério da Saúde, 2011, p. 3), ilustrado pela figura 2 (Secretaria de Saúde de São José do Rio

Preto, 2020). Esses pontos de atenção são responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência, indicado para o cuidado às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Ministério da Saúde, 2011).

Figura 2

Rede de Urgência e Emergência.



Fonte: Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto, 2020.

Sendo assim, os cuidados e a atenção à crise psíquica são de responsabilidade tanto dos serviços de urgência e emergência, como de quaisquer outros dispositivos da RAPS, quando se entende que o cuidado se organiza em rede. Dessa forma, os pontos de urgência assumem uma posição estratégica, uma vez que pensar nos cuidados à crise num contexto de uma rede de atenção psicossocial, e não mais em manicômios, pretende um cuidado mais apropriado, pois

possibilita um verdadeiro cuidado integral, que envolve profissionais das áreas que se fizerem necessários. As intervenções também acabam por ser mais pontuais, não promovendo longas internações como aconteciam nos hospitais psiquiátricos (Frizzo, 2019).

É dessa forma que os conceitos de crise e urgência se encontram, uma vez que possuem como atributo essas características de serem inesperadas, marcadas pela desestabilização do sujeito e pela necessidade de cuidados imediatos. É importante, aqui, também, a reflexão de que mesmo uma situação de urgência, que é inicialmente orgânica, pode acabar por se desdobrar em uma urgência psíquica, já que desestabiliza a pessoa pelo seu caráter abrupto (Frizzo, 2019).

Pensar em intervir nesses serviços significa atuar junto à Política Nacional de Humanização (PNH), o HumanizaSUS, que é uma política transversal na Rede SUS. Através dela, há um reconhecimento do outro como legítimo cidadão de direitos, de forma a valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Em seus princípios, busca o reconhecimento à diversidade do povo brasileiro e o oferecimento de uma igual atenção à saúde para todos, bem como se propõe a um trabalho coletivo que seja mais acolhedor, ágil e resolutivo (Brasil, 2010b), defendendo o fortalecimento do direito à cidadania, construção da autonomia e do protagonismo, o acolhimento, atenção à alteridade e à ambiência (Brasil, 2010b; Conselho Federal de Psicologia, 2019). O acolhimento é entendido enquanto dispositivo de escuta aos usuários em todas as suas dimensões, voltada à criação de vínculos. A proposta de alteridade baseia-se no entrosamento entre os profissionais de saúde e os sujeitos, para que exista uma comunicação fluida, ética e responsável daqueles. A alteridade faz-se essencial na real

compreensão das representações, necessidades e demandas dos usuários (Conselho Federal de Psicologia, 2019).

A Organização Mundial de Saúde (2021) traz, na sua cartilha “Orientação sobre serviços comunitários de saúde mental: promovendo abordagens centradas na pessoa e baseada nos direitos humanos”, a importância de serviços que, como o CAPS, oferecem cuidados que, acima de tudo, respeitem a capacidade legal das pessoas, de forma a acatar suas escolhas e decisões sobre o tratamento e o cuidado. Deve-se buscar formas de cuidado que fujam à coerção e ao silenciamento dos sintomas. O cuidado, baseado em direitos humanos, em liberdade, em inclusão comunitária, entre outros, atende a demandas imediatas e de longo prazo dos usuários do serviço. Ainda, aponta para o fato de que alguns dos serviços de atendimento à crise psíquica, que devem servir de suporte à pessoa em sofrimento intenso, por vezes ocorrem em local de graves violações de direitos.

A cartilha tem por objetivo fornecer informações seguras a todos que queiram implementar ou melhorar os serviços de saúde mental e busca, de forma clara, orientar os prestadores de serviços para que tenham boas práticas em saúde mental, sigam os padrões internacionais de direitos humanos e promovam uma recuperação centrada na pessoa necessitada. Para isso, os serviços devem seguir os princípios de não coerção, que atendam as reais necessidades das pessoas, apoiem a recuperação, promovam a autonomia e a inclusão e que envolva outras pessoas que já experimentaram o sofrimento psíquico no desenvolvimento e na manutenção desses serviços. Os serviços expostos na cartilha foram selecionados por se apresentarem como exemplos concretos de serviços que funcionam em diversos lugares do

mundo e por abarcarem uma amplitude de fenômenos e atividades que podem ser implementados. Essa cartilha evidencia que inovações são possíveis e eficazes e chamam a atenção para que novas políticas públicas possam ser pensadas no contexto da saúde mental. Essas orientações são voltadas para os serviços que atendem especificamente adultos com algum sofrimento psíquico ou necessidades psicossociais (Organização Mundial da Saúde, 2021).

Nessa cartilha da OMS (2021), dentre vários disponíveis, três exemplos de serviços foram escolhidos para serem destacados nesta monografia, que são voltados ao cuidado da crise no mundo, centrados na pessoa e seguindo a Declaração Universal dos Direitos Humanos. A Afiya House, em Massachusetts (EUA), funciona como um local de cuidado a pessoas que também já vivenciaram situações de vulnerabilidade. É um local que tenta, dessa forma, superar a ideia reducionista de “perigo” latente da crise, para vivenciá-la como um momento de aprendizagem e de crescimento. Esse cuidado é feito respeitando-se o desejo dessas pessoas, sendo de sua escolha a rotina, eventuais mudanças no tratamento, a participação em atividades e o acompanhamento a consultas, a escolha de estar e de permanecer nesse espaço.

Outro exemplo é a Link House localizada em Bristol, no Reino Unido, que oferece serviço residencial para mulheres com 18 anos ou mais, sem moradia ou que não podem permanecer em suas casas durante o período de intenso sofrimento psíquico. Sua estrutura é voltada para um modelo social de atenção, não médico, sendo o seu objetivo justamente o de evitar internações psiquiátricas desnecessárias. É uma casa, com cozinha e jardim compartilhados, que comporta até dez mulheres, por um período máximo de quatro semanas. Durante o tempo de permanência funciona com uma equipe para cuidados, não se exigindo que

essa equipe possua qualificação específica em alguma área da saúde, mas formada de pessoas treinadas para lidar com as diversas situações que possam ocorrer no contexto de trabalho. As mulheres ali recebidas têm a liberdade de sair quando assim o quiserem, sendo os cuidados em relação a suas medicações e cuidados básicos de sua própria responsabilidade. São oferecidos grupos de apoio, suporte para a criação de projetos e rotinas individuais e para o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao autocuidado, administração do dinheiro e do tempo, culinária, relacionamento e emprego, todos com participação voluntária. Em uma pesquisa feita entre 2017 e 2018, com 122 mulheres acolhidas nesse serviço, 100% afirmaram que as atividades individuais e em grupo ajudaram durante seu período de acolhimento. Além disso, esse serviço, quando comparado a internação hospitalar, custa três vezes menos por diária (Organização Mundial da Saúde, 2021).

A Open Dialogue Crisis Service (que pode ser traduzida por Serviço de Crise Diálogo Aberto), em Lapland, Finlândia, oferece serviço 24 horas por dia, sete dias por semana, via e-mail, telefone, mensagem de texto e serviços abertos. O diálogo aberto é uma técnica específica para trabalhar com pessoas e famílias em grave sofrimento psíquico. Baseada na terapia psicodinâmica individual e na terapia sistêmica familiar, seu foco está em privilegiar os relacionamentos e a promoção da saúde, por meio do envolvimento da família e da rede. O acompanhamento da pessoa em crise dura o tempo que for necessário, e pode acontecer em sua casa ou no próprio serviço, à escolha da pessoa atendida. O atendimento, após algum tempo, é expandido à família do atendido e à rede de apoio, sempre com permissão da pessoa atendida. O serviço é marcado pela sua flexibilidade e mobilidade e o trabalho é voltado para minimizar o

uso de medicamentos, sendo transparente e garantindo aos indivíduos que suas opiniões assumam um papel central nas discussões e decisões sobre seus cuidados (OMS, 2021).

Todos esses serviços têm em comum a “comunicação e diálogo, consentimento informado, envolvimento de pares, flexibilidade no apoio prestado e no respeito à capacidade jurídica do indivíduo, de forma que alcance um atendimento de qualidade e suporte que atenda às necessidades das pessoas”, além de priorizar a liberdade e a inclusão na comunidade como forma de cuidado (OMS, 2021, p. 15, tradução própria). Um cuidado que alcance esses princípios contribui bastante às situações de sofrimento psíquico grave.

CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA

Para que sejam alcançados os objetivos propostos nesta monografia, optou-se pela metodologia qualitativa. Segundo Turato (2004), seu objeto de estudo são as pessoas ou as comunidades em sua fala e em seu comportamento. O foco principal em pesquisas qualitativas são as significações que um indivíduo específico ou que um determinado grupo confere a algum determinado fenômeno da natureza. Uma importante observação é que seu estudo sempre ocorre no setting natural e nunca em um ambiente experimental (Turato, 2004). Dessa forma, o conhecimento legitima-se pela continuidade e por sua capacidade de gerar novas perguntas e respostas, ou seja, pela sua habilidade de produzir novos conhecimentos e de articulação desses novos conhecimentos com outros (González Rey, 1997).

Pensando nas especificidades da pesquisa nas ciências sociais, Borges e Luzio (2010) entendem ser importante o entendimento de que o seu objeto de estudo é histórico; ou seja, as pessoas são parte de um contexto, de um espaço e de formações sociais com princípios específicos. Além de históricos, eles possuem consciência histórica, que é formada a partir de dinâmicas e organizações específicas. Importa também, ainda dentro dessas especificidades, assumir que há uma identificação entre sujeito e objeto da pesquisa, que, embora sejam diferentes em sua história, se assemelham em alguns aspectos, rompendo a ideia de neutralidade pura em pesquisa. Os citados autores mencionam, ainda, que hoje, a ciência é comprometida e se vincula aos interesses e visões de mundo, que são desenvolvidas historicamente.

Minayo (2008, citado por Borges & Luzio, 2010) aponta, justamente, a abordagem qualitativa como meio privilegiado para entrar em contato com as histórias, sujeitos, crenças, percepções, interações e opiniões. Reflete que

tendo como premissa básica que o homem se produz enquanto produz sua vida e que ao se apropriar do que produziu ele tem a possibilidade de renovar suas práticas e a si mesmo numa relação dialética, teremos na pesquisa qualitativa [...] um recurso fundamental para reflexão sobre as ações em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica, estando estas ações de fato implantadas ou em vias de serem amadurecidas, como acreditamos ser o caso da maioria dos espaços de trabalho em saúde mental (Borges & Luzio, 2010, p. 8-9).

Com isso, e visando aos objetivos da presente monografia para a produção das informações foram realizadas entrevistas semiestruturadas. Esta escolha decorre do fato de que a entrevista, segundo Abdal e outros (2016), tem por objetivo “obter, recuperar e registrar as experiências de vida guardadas na memória das pessoas” (p. 26). Nela, o pesquisador assume um papel ativo na busca das informações com pessoas consideradas cruciais no processo investigado, sem jamais induzir as respostas que queira. Será utilizada, de forma mais específica, a entrevista semiestruturada, que consiste em questões principais e específicas, que são pensadas previamente, em uma ordem prevista, mas livre para, conforme necessário, incluir novas questões. O roteiro da entrevista semiestruturada consta no apêndice A, ao final deste trabalho.

As ciências sociais exigem, para seu estudo, uma metodologia adequada que consiga abordar o conjunto de experiências humanas “constantes nas estruturas, nos processos, nos

sujeitos, nos significados e nas suas representações” (Borges & Luzio, 2010, p. 4). Pensando assim, para o processo de análise e construção do conhecimento, escolheu-se a Hermenêutica de Profundidade - HP, inicialmente proposta por John Brookshire Thompson e readaptada por Pedro Demo. A hermenêutica de profundidade, de acordo com Prediger, Scherer e Allebrandt (2018), inclui análises complementares entre si, sendo uma metodologia interpretativa das formas simbólicas, quer sejam escritas ou faladas. Para a HP o objeto de análise vem de uma construção simbólica que necessita de uma interpretação. Nisso o pesquisador assume um certo papel central (Demo, 2001). Thompson (1995, citado por Demo, 2001) assume o campo não apenas como um objeto passivo e disponível para a observação, mas antes um campo-sujeito que está constantemente pensando em si mesmo, em suas ações e no outro que está ao seu redor. É a análise de como esses símbolos influenciam e são influenciados pela sociedade. A HP objetiva entender fenômenos sociais e históricos estruturados, para, assim, compreender e interpretar as formas simbólicas enquanto construções de significados e sentidos, permeados por diversas expressões linguísticas (Prediger, Scherer & Allebrandt, 2018). A análise inclui três fases, sendo elas: análise sócio-histórica, análise formal ou discursiva e reinterpretção (Resende, 2015).

O primeiro passo, a análise sócio-histórica, parte do princípio de que as formas simbólicas são produtos culturais, modificadas periodicamente por um contexto político específico. Assim sendo, busca-se apreender os contextos relacionados com as formas simbólicas que se relacionam com o fenômeno estudado em questão (Prediger, Scherer & Allebrandt, 2018). Parte do princípio de que todas as mensagens encontradas na sociedade, sejam textos, falas, gestos ou qualquer forma de expressão, apresentam uma estrutura passível de análise. Segundo

Demo (2001), o objetivo dessa etapa seria relembrar condições históricas e sociais, não apenas observando como elas estão, mas percorrendo sua formação histórica e social, entendendo esse percurso como parte da explicação do fenômeno.

Em sequência, a análise formal (ou discursiva) aparece como a segunda fase desta análise (Resende, 2015). Ela permite o estabelecimento de bases para as análises das características estruturais, os padrões e as relações entre o que se diz, a forma como se diz, a quem se diz e com qual objetivo. O tipo de análise que será efetuada dependerá das necessidades da pesquisa e visando o seu objetivo de conhecer as estruturas e analisar os elementos (Prediger, Scherer & Allebrandt, 2018).

Por fim, na reinterpretação, são integradas as duas análises anteriores, sócio-histórica e formal/discursiva, em um exercício de síntese, buscando a criação de possíveis novos significados e conhecimentos (Resende, 2015). Isso é possível ao articularem-se o conteúdo, o contexto e o significado das formas simbólicas (Prediger, Scherer & Allebrandt, 2018). Essa etapa seria uma explicação interpretativa do que está sendo representado, em uma tentativa de abarcar o que aquela informação quer dizer e o que pode significar (Demo, 2011).

3.1 Participantes

Foram selecionados e convidados para a pesquisa quatro participantes, sendo três mulheres e um homem, por conveniência, a partir da rede de contatos das pesquisadoras. Os profissionais que participaram dessa pesquisa são uma técnica em enfermagem, uma enfermeira,

um psicólogo e uma médica psiquiatra, que atuam ou já atuaram no SAMU, CAPS III, num Hospital Regional e na internação psiquiátrica em um hospital geral, respectivamente.

O critério de inclusão foi a atuação dos participantes, remota ou atual, em um dos Pontos de Atenção à Urgência da RAPS no Distrito Federal, tendo experiência com situações de manejo à crise psíquica. O critério de exclusão foi que essa atuação não tenha sido por um período menor que um ano. Foi feita uma entrevista semiestruturada com cada participante, presencial ou remota, dependendo da preferência do profissional e do cenário da COVID-19. Sendo assim, apenas uma das participantes optou pela entrevista presencial, tendo sido as outras três online. As entrevistas tiveram duração de 40 minutos a 1 hora e 50 minutos.

3.2 Procedimentos

Para a realização desta monografia, foi feito, inicialmente, um projeto de pesquisa com todas as informações necessárias para embasamento do presente trabalho. Tal projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do UniCEUB e aprovado sob o protocolo de nº 5.041.544/21. Com essa aprovação, realizaram-se as entrevistas sendo uma presencial e as outras online, via Google Meet. Durante as entrevistas utilizaram-se folhas de papel com o roteiro da entrevista e o TCLE impresso, gravador do celular e notebook. Todas as entrevistas foram realizadas individualmente, sem tempo pré-determinado e iniciadas após a leitura e assinatura do TCLE. Todas foram gravadas e transcritas para posterior análise e discussão. A primeira entrevista teve 1 hora e 42 minutos; a segunda 1 hora e 48 minutos; a terceira 55 minutos; e a última 42 minutos.

Após a transcrição das entrevistas, elas foram analisadas a partir da Hermenêutica de Profundidade - HP, readaptada por Demo (2001), já apresentada acima. Sendo assim, foi feito o percurso pela contextualização sócio histórica da RAPS, a análise formal e a reinterpretação das informações desenvolvidas, como propõe tal metodologia, o que será feito no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 4 - DISCUSSÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES QUALITATIVAS

Neste capítulo, serão realizadas a discussão e análise das informações qualitativas produzidas a partir das entrevistas semiestruturadas. Essa análise será baseada na metodologia apresentada no capítulo anterior, sendo fictícios os nomes dos entrevistados. A seguir, apresentar-se-á a contextualização sócio histórica da RAPS no Distrito Federal, voltando-se, em especial, para os serviços nos quais atuam os participantes desta pesquisa: CAPS, Hospital Regional, Enfermaria Psiquiátrica em um Hospital Geral e SAMU. Posteriormente, na análise formal serão discutidas quatro categorias selecionadas a partir das entrevistas. As categorias são: 4.2.1 Noções de SUS, rede, crise e saúde mental; 4.2.2 O sofrimento psíquico grave e o seu cuidado; 4.2.3 RAPS: fluxo, equipe, estrutura, demanda e cuidado; e 4.2.4 Violência: periculosidade e direito à cidade. Por fim, na reinterpretação, buscarei sintetizar essas informações, pensando no que lhes pode ser agregado, a partir da presente pesquisa.

4.1 Contextualização sócio-histórica.

A hermenêutica de profundidade pretende fazer uma contextualização histórica e social das formas simbólicas e se propõe a entender a formação histórica e social dessas formas simbólicas (Demo, 2001). Como já foi mencionado no Capítulo dois, a RAPS tem sua estrutura e normas estabelecidas em leis e portarias. O seu desenho foi abordado teoricamente e, aqui, tentarei aprofundar-me no aspecto de sua representação em termos de prática no Distrito Federal. Sua situação atual foi amplamente discutida nas entrevistas realizadas e será, também, foco da análise formal. Será feito um percurso pela rede de atenção psicossocial no DF, voltando-se para

a estrutura e para o papel dos CAPS, Hospitais Regionais, Internações Psiquiátricas no Hospital Geral e do SAMU.

Quando se analisa o indicador de cobertura de CAPS/100 mil habitantes e a evolução desse indicador, é possível notar que, no Distrito Federal, houve um aumento de mais que o dobro no índice, de 2011 para 2014. Esse indicador começou a ser medido a partir do ano de 2002 e os últimos dados encontrados são de dezembro de 2014. Em 2011 eram 0,21 CAPS/ 100 mil habitantes no DF e, em dados de 2014, o número subiu para 0,46 CAPS/100 mil habitantes. No entanto, essa realidade ainda segue muito abaixo do índice nacional, que é de 0,86 CAPS/ 100 mil habitantes. Nessa perspectiva, a cobertura no DF é considerada, pelo próprio índice, como uma cobertura regular/ baixa. Esse indicador “foi criado para refletir a evolução da implementação da rede substitutiva de base comunitária ao longo do tempo” (Ministério da Saúde, 2015, p. 11). Esse dado aponta que o DF ocupa a penúltima posição do ranking em cobertura. O Estado da Paraíba apresenta a maior cobertura, com o índice de 1,54, número três vezes maior do que o do Distrito Federal.

O Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal, para o período 2020-2023, é dividido em três eixos. O primeiro diz sobre a ampliação e expansão da RAPS e tem por meta a ampliação do indicador analisado acima para 0,70 CAPS/ 100 mil habitantes até o ano de 2023. O segundo é sobre a organização desses serviços e objetiva a implementação do sistema de informação (prontuários eletrônicos) e, também, a potencialização das ações de matriciamento. Enquanto o terceiro propõe melhorias aos serviços já existentes, mediante a qualificação dos servidores em ações educativas sobre saúde mental (Distrito Federal, 2021).

A atenção psicossocial é composta por diversos dispositivos e ações. Para a análise integral da expansão da RAPS é necessário investigar toda a rede. Atualmente, o Distrito Federal, que possui uma população estimada de 3.094.325 pessoas (IBGE, 2021), conta com 18 CAPS, sendo um CAPS I, cinco CAPS II, um CAPS III, quatro CAPSi, quatro CAPS ad II e três CAPS ad III (Secretaria da Saúde do Distrito Federal, 2021). O documento “Saúde Mental em Dados - 12”, de 2015, apontava outros dispositivos que estão presentes na rede psicossocial do DF, sendo eles: uma unidade de acolhimento adulto (vinculada à Secretaria de Desenvolvimento Social); 174 beneficiários no Programa de Volta Para Casa; um Hospital Psiquiátrico, com 85 leitos SUS; 45 leitos de saúde mental nos Hospitais Gerais (Secretaria da Saúde do Distrito Federal, 2021). Não temos aqui no DF nenhum Serviço Residencial Terapêutico, embora na Ação Civil Pública do ano de 2013 estivesse prevista a criação de 25 unidades desse serviço (Brasil, 2013).

Na Portaria nº 3.088, do Ministério da Saúde, 2011, são elencados, como serviços hospitalares da RAPS, tanto as enfermarias especializadas em Hospitais Gerais, como o Serviço Hospitalar de Referência, que oferecem internações de curta duração, em situação assistencial e funcionando em regime integral (Ministério da Saúde, 2011). Enquanto os leitos em enfermaria especializada em Saúde Mental no Hospital Geral, no Brasil, eram em número de 888, os leitos de psiquiatria no “Serviço Hospitalar de Referência” eram 4.620 (Ministério da Saúde, 2015). Os leitos de saúde mental nos hospitais gerais, junto com os outros pontos de atenção da RAPS, são essenciais para o fortalecimento de uma atenção que seja verdadeiramente psicossocial. Esses serviços devem ser localizados no território, de fácil acesso, com intervenções breves e cuidado multidisciplinar. Com isso, eles contribuem para o enfrentamento aos estigmas presentes no

campo da saúde mental. Esse seria o diferencial dos leitos de saúde mental em Hospitais Gerais, visto que no Hospital Psiquiátrico não é feita a integralidade do cuidado como em um Hospital Geral (Ministério da Saúde, 2015).

Encontra-se na Portaria nº 3.088/2011 (Ministério da Saúde, 2011) que pacientes em situação de crise aguda de sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais ou abuso de drogas poderão ser atendidos em Hospitais Gerais. Em complementação tem-se na Portaria nº 536/2018 que os usuários em situação de sofrimento intenso necessitados de internação e que tiverem alguma demanda clínica deverão permanecer no Hospital Geral até a estabilização do quadro (Brasil, 2018).

A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, instituiu um novo modelo de tratamento ao sofrimento psíquico. Ela dispõe que a internação deve ocorrer apenas nos casos em que “os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (Brasil, 2001, art.4º) e que “somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos” (Brasil, 2001, art.6º).

No DF existem dois hospitais de referência para a internação em casos mais graves de sofrimento psíquico: o Hospital São Vicente de Paulo - HSVP e o Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - IHBDF (Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021). A referência para a internação em situação de crise e emergências psiquiátricas, após passagem pelo hospital geral e este não tenha sido resolutivo é o Hospital São Vicente de Paulo, com exceção dos casos que apresentem comorbidades clínicas, idosos e a população infanto-juvenil que devem ser levadas ao IHBDF ou HMIB (Costa, *et al.* 2019; Martins, 2021).

Na Auditoria Operacional sobre a Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, realizada em 2014, entendeu-se que as unidades da RAPS já eram insuficientes e que não estavam posicionadas estrategicamente para o melhor funcionamento da própria rede. Em seus resultados, orienta que a organização da RAPS não atende à Portaria GM/MS nº 3.088/2011, uma vez que a porta de entrada para o atendimento psicossocial é o CAPS, e não a UBS que, sendo da atenção primária, deveria fazer a prevenção, acompanhamentos e, se necessário, esse encaminhamento para o atendimento especializado, que é feito no CAPS. Ambos os serviços possuem limitações em sua capacidade de atendimento, pela superlotação e, conseqüentemente, apresentam menor capacidade na qualidade e aprofundamento dos atendimentos, o que pode ocasionar um maior número de hospitalizações. O trabalho da mencionada auditoria aponta, também, como responsáveis pela precarização da qualidade do atendimento, a insuficiência de recursos humanos e a falta de educação, qualificação e capacitação contínua dos servidores, mencionando que os recursos orçamentários e financeiros não haviam sido suficientes para atender a real demanda e que as unidades existentes estavam sem manutenção e conservação adequadas, bem como os serviços de comunicação e locomoção mostravam-se insatisfatórios. Essa auditoria recomendou a revisão de alguns serviços no cenário da saúde mental, como o Hospital Psiquiátrico, a Atenção Primária e a oferta dos leitos em Hospitais Gerais (Distrito Federal, 2014).

Já na Portaria MS nº 536/2018, dispôs-se que os serviços de atendimento pré-hospitalar são portas de entrada para a Urgência e Emergência em Saúde Mental e que usuários em contenção física devem ser priorizados nos Serviços de Urgência e Emergência (Brasil, 2018).

No capítulo II, artigos 20 e 21, fala-se de quando o atendimento deve ser conjunto com o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF) ou da polícia: “art.20. Os usuários com transtorno mental grave, com extrema agitação psicomotora ou agressividade, ou que recusam atendimento ou que ofereçam risco à equipe deverão ser atendidos, preferencialmente, em conjunto com o CBMDF”; e “art.21. Os usuários com transtorno mental grave e armados deverão ser assistidos com suporte policial, para garantir a segurança do usuário, da equipe e da cena” (pp. 5-6).

Na Portaria MS/GM nº 3088, de 2011 (Ministério da Saúde, 2011), que dispõe a RAPS, encontra-se que ela é formada também pela Atenção de Urgência e Emergência, composta pelo SAMU, Sala de Estabilização, UPA 24h, portas hospitalares de atenção à urgência/ pronto socorro em Hospital Geral, a UBS, entre outros. Dentro disso, o Distrito Federal possui um Núcleo de Saúde Mental do SAMU/ 192 (conhecido como NUSAM), sendo o pioneiro nesse tipo de serviço no Brasil. Funcionando durante 24h diariamente, incluindo finais de semana e feriados, o NUSAM conta com uma equipe especializada em Saúde Mental que realiza atendimento e assistência no local. Sempre que se telefona para o número do SAMU, o atendente e a equipe médica informam qual ambulância irá ao atendimento: o SAMU ou NUSAM. O NUSAM é orientado principalmente para os casos de sofrimentos agudos, graves e persistentes; de agitação, com ou sem agressividade; comportamentos violentos ou ideações suicidas; crises psicóticas; atendimentos que necessitem de contenção química; vítimas de violência; dependentes químicos em estado de vulnerabilidade; e em ações preventivas a um possível

estresse pós-traumático, como por exemplo em casos de morte inesperadas (Secretaria da Saúde do Distrito Federal, 2021).

Essa construção de uma rede psicossocial com diferentes pontos de atenção é marcada por intensos desafios, como, por exemplo: melhor articulação com os serviços que são propriamente de urgência (como o SAMU, UPA e Pronto Socorro), fortalecimento da própria rede de modo que haja a possibilidade de acolhimento imediato nos CAPS e a garantia de acesso aos leitos de saúde mental visando à promoção de um atendimento contínuo e integral (Ministério da Saúde, 2015).

É possível, também, verificar-se um desmonte das políticas em saúde mental, com a revogação de portarias e incentivo à volta do modelo manicomial. Os dados usados aqui são, na sua maioria, anteriores a 2016, devido ao pouco acesso disponibilizado. Uma série de documentos normativos, como portarias, decretos e resoluções, sofreram alterações, entre dezembro de 2016 e maio de 2019, muitas das quais representam um retrocesso na Política Nacional de Saúde Mental - PNSM e ferem a legislação nacional, notadamente a Lei 10.216/2001. Essas alterações dispõem, inclusive, sobre incentivo à internação psiquiátrica, promovendo um maior financiamento para elas e apresentando cortes financeiros para diversos serviços da RAPS (Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020).

A Resolução 32, de 2017, da Comissão Intergestores Tripartite - CIT (citado por Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020), por exemplo, caracteriza-se como uma das bases contrárias à reforma, priorizando os cuidados em caráter asilar/hospitalar, ao invés da maior influência nos serviços de base comunitária. Também na Portaria MS/ GM nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017

(citado por Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020), dispõe-se sobre o financiamento e a organização dos recursos para a área da saúde, permitindo que os gestores aloquem os recursos de modo menos limitado, realocando-os para aquelas onde são mais necessários, segundo o seu julgamento. Além disso, o sistema de faturamento dos CAPS, antes feito de modo simples, tornou-se complexo, gerando uma dificuldade na quantificação dos atendimentos prestados e que “justificariam” os cortes dos recursos. Ao mesmo tempo em que isso acontece com os Centros de Atendimento Psicossocial, existe maior incentivo para as internações psiquiátricas, o que ocasiona uma redução nos outros recursos de cuidado e moradia, como o Serviço Residencial Terapêutico e o Programa De Volta para Casa. Esse incentivo funciona, também, no sentido de desestimular a equipe na busca de outras estratégias que não a institucionalização.

Nesse movimento, a Nota Técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS (citado por Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020) teve grande repercussão. Essa nota aparece como uma justificativa de fortalecimento da RAPS e pontua que não haveria mais porque falar em ‘serviços substitutivos’, pois não haveria substituição aos hospitais psiquiátricos, uma vez que não mais se pretendia o fechamento de unidades de qualquer natureza, inclusive sendo clara a oposição ao fechamento dos hospitais psiquiátricos e não apresentando nenhum impedimento à internação psiquiátrica de crianças e adolescentes. Outra questão marcante também nessa Nota foi a disponibilização da eletroconvulsoterapia, como forma de tratamento. Dez dias após a sua publicação, a Nota Técnica foi questionada no Plenário da Câmara dos Deputados e em outros espaços, no aspecto relativo às normas nela estabelecidas, criticando-se sua ida na contramão à política nacional de saúde mental e à legislação vigente. Cruz, Gonçalves e Delgado (2020)

apontam, como estratégia para lidar com esse desmonte, o embasamento em tudo o que foi vivido e executado através da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como orientação para as próximas ações nesse setor da saúde.

Junto a isso, cabe, ainda, salientar o contexto atual da pandemia de COVID-19, que levou à suspensão das atividades coletivas dos serviços de saúde mental, como uma medida de prevenção e contenção do vírus. Todo esse contexto leva a rede a trabalhar em situações longe das ideais. Os CAPS passaram a oferecer apenas atendimentos individuais e urgentes, o que dificilmente suporta o tamanho das demandas. As UBS priorizavam os casos de suspeita de COVID-19 e os leitos hospitalares atuavam em capacidade máxima voltada ao cuidado dos casos graves (Coe, 2021). Embora os números de casos confirmados de COVID-19 e as mortes dele decorrentes estejam em queda e com os números mais promissores desde o início da pandemia, isso ainda não aparece como alívio à RAPS. Os serviços acabam tendo que ser reestruturados, ainda que aos poucos, voltando-se aos moldes anteriores, agora com os seus profissionais sobrecarregados.

4.2 Análise Formal

Neste tópico de análise será considerado o que pode ser verificado de estrutural, a partir das entrevistas semiestruturadas. Segundo Demo (2001), todas as formas de expressão possuem estruturas e essas são expressas nas falas, pelo que é recorrente, regular e repetitivo. Também chama a atenção para o que é destoante e se destaca pela sua singularidade. Durante as quatro

entrevistas, realizadas durante o ano de 2021, alguns temas se destacaram pela sua recorrência e/ou relevância para essa pesquisa.

Neste ponto, serão apresentados os diálogos com os participantes, sempre seguidos de nomes fictícios, sendo que, para facilitar a identificação, farei uma breve apresentação de todos eles. Andréia é técnica de enfermagem e enfermeira, atuando no SAMU como técnica de enfermagem. Participou do primeiro processo seletivo para o SAMU, em 2005, mudando-se de um Hospital Geral para a equipe do SAMU, somando 16 anos no cargo. Paola, após graduar-se no curso de técnico em enfermagem, atuou em hospitais particulares e nas como sargento especialista do Exército. Alguns anos depois, formou-se também em enfermagem e passou a atuar na atenção básica pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Especializou-se em Saúde da Família e em educação. Em 2019, começou a cursar Medicina, o que a levou, pelo horário de trabalho, ao CAPS, em que atua como enfermeira desde 2019. Danilo é psicólogo, havendo atuado na área clínica e especializou-se, pela residência multiprofissional, em terapia intensiva. Após a residência, seguiu com as atuações clínicas e trabalhando na área social, através do Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS. Atua em um Hospital Regional desde o segundo semestre de 2019. Por fim, Natália é médica psiquiatra, com especializações em psicoterapia psicanalítica. Atuou em uma Unidade de Psiquiatria em um Hospital Geral, durante quatro anos e, posteriormente, no pronto-socorro desse mesmo hospital, por um ano aproximadamente. Atualmente, atua como professora em um curso de medicina.

4.2.1 Noções de SUS, rede, crise e saúde mental

Neste tópico, discutirei o entendimento do SUS, da rede de atenção, da crise psíquica e da saúde mental. Serão utilizados, para isso, os temas que emergiram das entrevistas, que integram diversas pesquisas científicas e os assuntos já abordados na fundamentação teórica, constante dos dois primeiros capítulos deste trabalho.

Em um estudo que buscou identificar o conhecimento da população sobre o SUS, percebeu-se uma dificuldade em nomear o que seria o Sistema Único de Saúde. Para a imensa maioria das pessoas consultadas, ele significava “atendimento ambulatorial e hospitalar gratuitos” (48,5% das respostas) e “plano de saúde para pobres” (19,1%). Também foi considerado um “Sistema de Saúde para todos” (9,6%) e “Sistema de Saúde sucateado e marcado pela corrupção” (8,1%), que constituem a minoria das respostas (Hamada *et al.*, 2018).

Nas entrevistas, realizadas para a presente monografia, foi possível perceber uma preocupação com o fluxo correto na rede por parte dos servidores. Andreia diz sobre a dificuldade em atender a demanda de atendimento, devido ao fato da população não ter conhecimento de quais casos são considerados de emergência e urgência e que “se a população ligasse em casos realmente emergenciais, talvez, até o número de viaturas do SAMU fosse suficiente para o atendimento à população; como eles ligam pra tudo o número de viaturas torna-se insuficiente para a demanda” (Andreia, p. 2).

Natália contou que, desde o início do cuidado, esta é uma das suas preocupações:

Claro que, obviamente, dentro da minha área, você pensa em hipótese diagnóstica, mas eu queria, primeiro, saber se o paciente tinha chegado no lugar certo. Começa por aí. Eu

acho que muita coisa que chegava por ali [Hospital Geral] não era ali, né? Mas tudo bem. Mas mesmo assim, se chegou, receberá ajuda (Natalia, p. 4).

Cada dispositivo da RAPS é destinado para um tipo de cuidado, dentro dos níveis de especialização previstos (primário, secundário e terciário). Nesse sentido, cada serviço também possui um objetivo de cuidado frente às situações de sofrimento psíquico intenso, o que acaba por influenciar o que cada um entende pela crise. Por exemplo, dentro do serviço do SAMU, os casos de crise considerados de urgência, em sua “grande maioria, envolvem pacientes em surtos, pacientes agressivos, pacientes destruindo a casa...” (Andréia, p. 6) ou “o autoextermínio também é considerado caso de urgência, quando o paciente ingere inúmeros medicamentos, venenos... Todo paciente de autoextermínio é paciente que não está bem psicologicamente; então caracteriza-se um surto, é uma emergência” (Andréia, p. 6-7).

É importante salientar que algumas temáticas dentro da área da saúde mental não são de fácil definição, ou não possuem um consenso entre pares. A própria crise psíquica, aqui utilizada enquanto sofrimento psíquico grave, possui diversas teorias explicativas. Sabendo que dentro da própria área existem divergências conceituais considerando os conhecimentos na área da saúde mental, Natália ressalta o pouco conhecimento da população de modo geral nessa área: “eu acho que o desconhecimento em saúde mental é imenso; eu acho que o preconceito é imenso; eu acho que o paciente que falar um pouco mais alto, automaticamente, é convidado a se retirar... É muito normal isso” (Natália, p. 3). Ela, ainda, levanta a hipótese de que a origem desse desconhecimento possa ser cultural, não sendo uma característica unicamente da saúde mental, mas que, antes, se espalha por toda a área da saúde. Ela enfatiza que a saúde como um todo não é

estudada, não é conhecida, sendo comum ouvir-se que:

“se eu tiver um AVC eu vou correndo pedir ajuda”, “se eu tiver um infarto, também”, “se for caso de hipertensão eu vou no postinho, diabetes também”. Convenhamos: no caso de transtorno mental chama-se o bombeiro? Então, é mais ou menos isso: está dando trabalho, tá louqueando, está incomodando a ordem... [...] Eu acho que não existe essa cultura da prevenção, do trabalho na UBS, não se trabalha em equipe multidisciplinar, não se exerce um trabalho em psicoterapia, nas escolas. Eu acho que falta muito antes, falta, falta, falta, falta. E aí não vai mudar nunca, desse jeito não vai mudar nunca (Natália, p. 8).

Esse depoimento reforça a discussão inicial deste tópico de que realmente, em questão de compreensão e de educação, muita coisa precisa ser melhorada. Algumas adversidades podem ser superadas se o SUS for melhor reconhecido, nos níveis primário, secundário e terciário, pela população que utiliza seu serviço; se a crise for entendida em sua complexidade pelos profissionais e pela população; e, ainda, se a saúde mental e toda a luta que ela representa passar, também, a ser defendida pela sociedade.

4.2.2 O sofrimento psíquico grave e o seu cuidado

O sofrimento psíquico grave caracteriza-se por representar um forte desamparo e por marcar diferentes dimensões do ser humano (Frigato, 2007). A crise psíquica, ao ser entendida como sofrimento psíquico grave, assume que a angústia é construída nas relações e que uma

manifestação de sofrimento é sempre singular (Costa, 2006). O sofrimento quando entendido como único a uma pessoa, não permite que exista um protocolo com normas a serem seguidas.

O manejo da crise, por suas características, representa um desafio à equipe de saúde. As situações de crise requerem dos profissionais uma capacidade criativa para lidar com acontecimentos imprevisíveis. Nesse momento, faz-se necessário suspender os seus saberes técnicos para a escuta do sofrimento e a gestão dos próprios sentimentos, enfrentando medos, inseguranças e angústias (Lobosque *et al.*, 2015). O cuidado requer uma escuta atenta e um olhar que busque entender a demanda pontuada pela pessoa. A importância desse cuidado feito caso a caso é pontuada por Danilo em “na crise as pessoas, às vezes, elas só querem ser ouvidas, acolhidas, poderem falar” (Danilo, p. 5).

Segundo Lobosque, Stefanello e Campos (2015), os métodos tradicionais para o acompanhamento de casos graves e com agitação psicomotora são as chamadas medidas involuntárias, como a contenção, e só devem ser acessadas em circunstâncias de exceção quando todas as outras tentativas não apresentarem resultados, bem como devem ser mantidas pelo menor tempo possível. É importante que essa seja uma medida tomada para a proteção quando a pessoa apresenta risco a ela mesma ou aos outros. Sabe-se que intervenções não-coercitivas apresentam maior sucesso do que essas citadas; no entanto, o uso da coerção mecânica foi fortemente citado mostrando-se nos espaços que essa pesquisa analisou o que pode significar que vem sendo usada mais do que apenas nos casos de exceções.

Contudo, por fim, ressalto a importância do estar com. Um estar com que permita a verdadeira expressão do outro com seu sofrimento, medos e desejos. Nesse sentido, a

convivência, como forma de cuidado, pode em muito contribuir no suporte do sofrimento ao estar com, fazer junto e deixar ser.

4.2.3 RAPS: fluxo, equipe, estrutura, demandas e cuidado

Neste ponto, será analisada a RAPS em seu fluxo, equipe, estrutura, demanda e o cuidado. Para isso, inicialmente, serão abordados, a partir dos depoimentos dos profissionais entrevistados, o fluxo da rede, em sua teoria e prática, e, ainda, as maiores dificuldades encontradas no exercício de suas atividades. Em seguida, será refletida a equipe e a visão do trabalho interdisciplinar dentro da RAPS. Serão consideradas, igualmente, em alguma medida, questões estruturais e de demanda, que também exercem influência nos cuidados ofertados pela RAPS.

A insuficiência da rede, que foi abordada na análise sócio-histórica, foi amplamente revivida nas entrevistas. Paola nota, em sua experiência no CAPS III, o que ela nomeia de erro de fluxo, considerando que sua causa poderia ser devido a uma carência frente à rede de saúde primária, que influencia na alta quantidade de pessoas atendidas no CAPS. De maneira ainda mais direta, cita o matriciamento como uma das hipóteses, tanto de algo que não tem acontecido e que pode estar gerando essa alta demanda para o CAPS, como algo que poderia melhorar os atendimentos do próprio CAPS III. Comenta, ainda, que:

Na última contagem que eu lembro, existiam 12 UBS. Cada uma dessas tem, em média, de seis a 10 equipes de Saúde da Família. Então, em cada região desse bairro (considerando-se, aqui, uma população de 4000 pessoas), há um médico. Assim, se há um

clínico para cada 4000 pessoas, esse clínico conseguiria renovar uma receita de clonazepam, quetiapina, não conseguiria? Conseguiria. Desde que a atenção primária absorvesse a saúde mental. Mas você sabe quando a atenção primária absorve a saúde mental? Quando o matriciamento acontece a equipe de atenção primária só se responsabilizaria pelo acompanhamento de um paciente estabilizado, apenas com a renovação dos medicamentos. Mas ao invés disso, o que acontece com o CAPS III? Quando o paciente diz que suas medicações acabaram, uma nova consulta é agendada, para renovação da receita. Às vezes, o paciente nem entra no consultório médico; ele chega no serviço e diz que precisa renovar a sua receita. A renovação da receita é função do médico da família e não do médico do CAPS. Nota-se, aí, um erro de fluxo, e a falha está na falta de matriciamento. As equipes de Saúde da Família tem total condição de acompanhar o paciente estabilizado (Paola, p. 6).

O matriciamento é uma estratégia de organização de trabalho que integra a atenção especializada à básica. Ela atua em duas dimensões: a clínico-assistencial, diretamente com os usuários, e a técnico-pedagógica, que é feita com apoio e orientações com e para a equipe (Brasil, 2014). O que, infelizmente, tem ocorrido é que, com a escassez dos agentes comunitários, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem funcionado fora do padrão ideal e com uma menor disponibilidade para o matriciamento, o que afeta diretamente o cuidado de base comunitária e territorial. É fundamental para a integralidade do cuidado que os fluxos de atendimento e de formação continuada aconteçam unidos entre a RAPS e a ESF. Uma RAPS que conta com pouco

apoio da ESF torna-se pouco efetiva em ações territoriais e acaba voltando-se para um modelo ambulatorial especializado (Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020).

Ainda, no que concerne à rede de atenção psicossocial, a dificuldade de fluxo igualmente aparece, de forma problematizada, nos casos em que o sofrimento varia de moderado a leve e, assim, não são elegíveis ao CAPS. Paola faz diversas reflexões sobre o tema, afirmando que:

às vezes, percebe que uma pessoa está, realmente, em um sofrimento, não sendo, todavia, um sofrimento elegível para o atendimento no CAPS e acabou minha função aí. Eu não tenho depois uma psicoterapia individual, eu não tenho depois assim, um acesso totalmente direto pra eu referenciar essa paciente. “Escuta, a senhora está aqui com a gente, mas a senhora mora no bairro X, deixa eu fazer aqui uma ligação pra lá, e eu já vou te agendar lá”. Ela já fez aqui o primeiro acesso comigo. Aí sabe o que que eu faço? Falo “você procura seu serviço de referência”, “e como é que é o jeito que funciona lá?“, “eu não sei”. Você não sabe se essa pessoa vai ser bem acolhida. [...] Aqui [na saúde mental] eu sinto essa falta assim, desse processo estar mais bem amarrado, de eu ter essa vinculação, de eu ter o acesso “olha eu vou te encaminhar para o seu bairro de algum jeito”. E eu dou muito referência manuscrita em papel, mas eu não tenho contrarreferência se esse paciente foi absorvido ou não. Aí eu fico assim, torcendo para tudo dar certo, sabe? (Paola, p. 5)

Paola aponta outra dificuldade em relação ao acompanhamento das necessidades não elegíveis ao CAPS também em outro trecho de sua entrevista, que pode refletir um certo

desamparo frente à falta de disponibilização e acesso aos serviços ambulatoriais de saúde mental, que deveriam ficar responsáveis pelos quadros moderados, uma vez que:

não vou eleger essa paciente pra mim, mas eu precisaria de um fluxo mais firme, mais consistente. Aí eu conto com as redes de apoio das faculdades né? [...] Saber se isso vai acontecer, se o paciente realmente vai ter a paciência de ficar ligando e marcando? Eu queria ter essa autonomia. “O seu caso é leve pronto, deixa só eu ver aqui. Professora, eu estou mandando pra você a Maria. Que dia eu posso mandar a Maria? Dia cinco?”, “Maria dia cinco você vai lá na faculdade X e vai falar com a professora Sebastiana e ela vai te atender. Você aguenta até esse dia? É importante...” deixar tudo redondinho.
(Paola, p. 14-15)

Nas demais entrevistas, essa dificuldade de manejo com os outros dispositivos para um bom encaminhamento foi algo bastante presente. Tanto Danilo, psicólogo de um Hospital Regional, como Natália, psiquiatra de um Hospital Geral com uma Unidade de Psiquiatria, apontaram o desafio que esse tema representa

Uma coisa que a gente sempre tem que lembrar é que nós, os profissionais da área da saúde, temos limites. [...] Por exemplo, quando a gente faz esses encaminhamentos para rede, a gente sabe que nem sempre é fácil chegar na rede. Então às vezes a gente encaminha e aí tem toda uma lista de espera para as pessoas serem atendidas, ou às vezes até as burocracias, têm que passar por tal lugar para chegar em tal lugar, até que seja realmente atendida, sabe? [...] Teve outros casos de ambulatório. Atualmente, uma paciente que eu já tinha atendido ela há algum tempo, aí ela voltou para o ambulatório

porque ela precisava do psiquiatra. Encaminhei ela para o CAPS, mas ela não conseguiu atendimento (Danilo, p. 8-9).

Aí vinha a dificuldade, encaminhar para onde? Esse é o nosso maior desafio. Então, foi literalmente das tripas coração. Aí que morava o grande problema porque a gente não tinha contato telefônico, nos últimos anos nenhum contato telefônico, pelo menos a gente não tinha, pra CAPS. A gente não tinha nenhum acesso a nenhuma ligação. Então os psicólogos diziam que pra eles não era muito diferente porque a psicologia do hospital tinha fila e a maioria era trabalho em grupo, quase ninguém consegue assistência individual então a gente ficava com a clínica escola, a depender do interesse do paciente ou do familiar de buscar (Natalia, p. 2).

Outro tópico destacado diz sobre a implementação da integralidade do cuidado, uma vez que ao passar por um Hospital Regional ou Geral os usuários recebem o cuidado em quaisquer dimensões que se fizerem necessárias, e não apenas no aspecto biológico, como no exemplo a seguir:

Agora mudou o protocolo e ao invés de levar todos os pacientes que são psiquiátricos para o Hospital São Vicente de Paulo - HSVP, eles são encaminhados para um Hospital de Clínica, e, eventualmente, para o HSVP. Ocorria de levar para o HSVP, por exemplo, casos de delirium tremens que é proveniente de pacientes que estão a 3 dias sem ingerir bebida alcoólica e que vai passar com os dias, né? Sem precisar de medicações psiquiátricas. Chegava muito ao HSVP casos que não deveriam ir à psiquiatria (Andreia, p. 2).

Esse cuidado integral segue o modelo biopsicossocial, que foi proposto por George Libman Engel (1977, citado por Pereira, 2009) e defende que a sociedade possui diferentes sistemas que se interagem, em níveis diferentes, hierarquicamente organizados. Nesse modelo, os sistemas exercem uma influência recíproca, ou seja, uma desordem física também afeta, em alguma medida, o psicológico e o social. O modelo biopsicossocial surgiu em oposição ao modelo biomédico, que era criticado por ser considerado reducionista, uma vez que simplificava fenômenos complexos, relacionando-os a uma causa natural e orgânica, e considerado, também, dualista, ao separar a mente do somático. O modelo biopsicossocial e a ideia de integralidade estão intrinsecamente ligados, visto que ambos objetivam melhor compreender e atender à complexidade multifacetada do humano. De fato, é um desafio para as equipes de saúde transitar entre esses diferentes domínios científicos (Pereira, 2009).

Andreia também aponta para o fato de que a tomada de decisão, dentro da equipe do SAMU, é feita pelo médico plantonista, que fica na central do serviço e é quem determina a ida das viaturas às ocorrências. Ela relata duas frentes dessa tomada de decisão do médico no serviço em que atua: “em casos de pacientes em surto do tipo psicótico, com alucinações, cabe ao médico a decisão da internação ou não” (Andréia, p. 7) e também “há casos em que a polícia é acionada, como quando a pessoa está portando alguma arma. Nesses casos, quando se entende que o paciente está agressivo, a tomada de decisão de qual outro recurso pode ser acionado situa-se na área de competência do médico” (Andréia, p. 7).

Devido ainda ao modelo biomédico, pode-se notar a medicação como um dos recursos imprescindíveis ao tratamento, enquanto outros equipamentos e recursos não parecem ser

tratados com a mesma importância. A importância da medicação é notada no seguinte trecho:

"medicação é muito difícil faltar [...] Em questão de equipamentos, a gente ainda sofre um pouquinho" (Andréia, p. 5). Como pontuado na análise sócio-histórica, o financiamento da RAPS passa por mudanças. Na Auditoria também foram notadas dificuldades frente aos poucos recursos de informática e outros equipamentos (Distrito Federal, 2014). Essa redução financeira afeta até mesmo a equipe, que tem sido reduzida, como constata e compartilha Danilo sobre a redução ocorrida nos últimos meses:

Diante do cansaço dos profissionais, muitos pediram demissão. A equipe de psicologia deu uma reduzida muito grande. Hoje, há oito psicólogos no Hospital, quando essa equipe já contou com quinze profissionais (Danilo, p. 2).

Esse fato também foi percebido pela psiquiatra Natália, ao constatar que "pela função especificamente da psiquiatria, a demanda triplicou, quadruplicou e, ao mesmo tempo, o número de profissionais não estava sendo ajustado, bem pelo contrário, estava diminuindo" (Natalia, p. 1). Ela acrescenta que, nos últimos tempos, os dois anos antes da pandemia, houve um aumento muito grande da demanda por atendimentos nestes serviços. Conta que:

Quando a rede foi reorganizada e dividida entre norte e sul, houve um aumento da demanda por atendimento no Hospital. Porque, até então, o Hospital era porta fechada e, nesse momento, passou a ser, basicamente, porta aberta, atendendo todos que chegavam. Então, a demanda aumentou muito e a estrutura, para atendimento, para acolhimento, não foi alterada em absolutamente nada. [...] Tanto é que o profissional que atendia continuamente não parava. Como não havia intervalo para o atendimento, este ficava

comprometido, devendo-se considerar, também, a estrutura física do local (Natalia, p. 5-6).

Frente a essa situação que envolve “ter uma equipe pequena, uma equipe cansada, um espaço pequeno, um espaço absolutamente inadequado...” (Natália, p. 7), Natália menciona os protocolos voltados às crises de ordem psíquicas neste cenário como sendo, talvez, mais uma preocupação para os servidores da área da saúde. Ela considera extremamente difícil cumprir um protocolo estabelecido sem alterações no ambiente, na estrutura organizacional, na formação e no treinamento da equipe, como é relatado no trecho a seguir:

Você tenta, mas como é que você cumpre o protocolo se você não mudar todo o ambiente, estrutura, pessoal etc? Então não tem como. O que adianta? Você vai fazer um protocolo, e eu entendia: “é isso, pra gente se sentir mais cansado ainda?”, era essa a sensação que dava (Natália, p. 7).

Diante disso, há um sentimento de impotência desses profissionais frente ao cuidado que pode ser ofertado nos casos de sofrimento psíquico grave. Alguns pacientes, por não conseguirem um tratamento a longo prazo, “continuavam voltando assim ao pronto-socorro com lugar justamente desse nome, um pronto socorro. Eu vi isso muitas vezes acontecendo, então acho que o principal relato também era um relato de impotência da nossa parte” (Natalia, p. 7), devido a perpetuidade dos sintomas.

Natália considera que a internação de um paciente na Enfermaria Psiquiátrica deveria ser apenas como um último recurso:

Porque eu achava que era possível evitar essa internação se tivesse uma rede de apoio, se o paciente estivesse medicado, de forma que a internação na enfermaria seria somente numa situação absolutamente que não tinha mais o que fazer. Último recurso e, mesmo assim, somente, e tão somente, com o consentimento do paciente. Pra mim isso era muito importante, então eu precisava que ele entendesse, que ele realmente concordasse comigo que aquela era a opção viável e terapêuticamente falando o melhor para ele naquele contexto (Natalia, p. 2).

Contudo, nota-se, também, uma característica positiva marcante do cuidado na rede psicossocial: a disponibilidade no cuidar. Uma pessoa que chega precisando ser acolhida será acolhida da melhor forma possível e dentro dos objetivos de cada um dos serviços. Andréia aponta para o fato de que “enquanto a gente estiver em uma ocorrência ninguém atrapalha a gente. O que a gente achar necessário de fornecer de orientação, de fazer, de prestar serviço, a gente presta porque a nossa viatura está literalmente disponível para esse serviço” (Andréia, p. 8). Paola também, vinda da atenção primária, traduz esse sentimento da seguinte forma: “trabalhar com a saúde mental é isso: a gente pode ouvir e não ser incomodado porque você está ouvindo” (Paola, p. 16-17).

Por fim, essa sensibilidade e cuidado da equipe de saúde mental destacam-se mesmo diante das dificuldades apresentadas. Cabe, aqui, complementar, ainda como uma dificuldade, que será aprofundada no tópico seguinte de análise, que as posições adotadas pelos profissionais impactam diretamente esse trabalho. Uma equipe que seja mais engajada na luta antimanicomial, por exemplo, irá em seu cuidado efetivar e demarcar a reforma psiquiátrica. Isso pode ser

ilustrado pelo entendimento de Danilo, que ressalta:

a sensibilidade dos membros da equipe, dedicados a ajudar as pessoas em sofrimento. [...]

Eu acho que a gente sempre se mobiliza muito pra realmente fazer algo que seja efetivo para aquelas pessoas, porque são histórias que vem de muito tempo de sofrimento. [...] A gente sempre tenta ter essa articulação muito forte com a equipe. Quando precisar, discutir os casos com os médicos, tentar algumas intervenções que, às vezes, saem muito daquele padrão, que é um pouco mais diferente. Então, a gente sempre tenta conversar com os médicos e com os outros profissionais, para que seja realmente uma assistência completa, entende? (Danilo, p. 8).

O mesmo participante também traz uma última perspectiva importante a ser considerada:

Na crise, às vezes, as pessoas só querem ser ouvidas, sabe? Ser acolhida mesmo, de poder falar. Porque às vezes em outros serviços essas pessoas não entendem muito, às vezes tem a questão do julgamento, porque você é paciente psiquiátrico, né? Então tem muito julgamento, muito preconceito mesmo. Às vezes os profissionais não querem atender quando deveriam atender qualquer outro paciente, sabe? (Danilo, pp. 5-6).

Em síntese, defendo, neste tópico, como o cuidado passa por diversas dimensões, desde a organização da rede até os possíveis julgamentos de alguns profissionais. Dificuldades com a rede e, mais especificamente, com o fluxo dessa rede e a disponibilidade de recursos materiais e humanos impactam diretamente no cuidado ofertado. Dentro disso, algumas estratégias foram pontuadas para diminuir esses impactos, como a ampliação do matriciamento, maior disponibilização e acesso aos ambulatórios de saúde mental para apoio, melhor comunicação

entre os serviços para encaminhamentos e uma equipe disposta a atuar dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

4.2.4 Violência: periculosidade e o direito à cidade.

A violência é uma das marcas significativas das instituições de poder (Basaglia, 1991), traço historicamente marcante nos serviços de saúde mental voltados às pessoas em situação de crise psíquica.

Lobosque, Stefanello e Campos (2015) apontam a contenção como o método tradicional mais usado em casos de agitação psicomotora. Essa contenção parece ser algo bastante presente nos contextos que essa pesquisa aborda. A importância da contenção apareceu no sentido de um cuidado, uma vez que o “paciente agitado sempre vai contido, por esse risco de ele levantar, cair, bater a cabeça dentro da ambulância, no momento que ela fizer alguma curva ou dele agredir alguém da equipe” (Andréia, pp. 11-12).

No contexto do Hospital Geral, Danilo contou que:

quando as pessoas entram em crise, tem algumas que ficam mais agitadas, mas não chega a ser algo violento. É mais a pessoa ficar falando muito, caminhando pelo hospital... Às vezes acontece de serem agressivas sim, mas não é tão frequente assim. Às vezes chegam pessoas, que precisam ser contidas, mas eu acho que no sentido da pessoa estar muito desorientada mesmo, sabe? Sem estar muito ciente do que está acontecendo, e, realmente, precisa ser acolhido, ser contido nesses casos, sabe? Mas eu acho que não é muito (Danilo, p. 10).

A contenção deve ser o último recurso a ser acessado, quando nenhum outro se mostra eficaz. A contenção é uma estratégia que, mesmo quando necessária, é um ato de violência e deve ser utilizada pelo menor tempo possível, limitando-se ao período de risco mais grave (Lobosque, Stefanello & Campos, 2015).

Buscando-se os motivos para o emprego da contenção, procurou-se, em consonância com os objetivos desta pesquisa, analisar as possíveis relações entre a crise, a periculosidade e a privação do direito à cidade. A violência que perpassa diversos espaços mostra-se, sim, ainda, presente no campo da saúde mental, com formas específicas dessa época, mesmo com a presença de uma mudança no modo de cuidar, alcançada graças aos serviços substitutivos como o CAPS III e os Serviços Residenciais Terapêuticos. Paola considera sobre a violência dentro do serviço em que atua que:

Não se amarra, não se segura, não se obriga a ficar na internação. Então isso já é uma vitória. A violência do profissional eu acho que se acontece aqui dentro vai ser uma aberração e o profissional vai ter que sofrer por isso, porque já está muito consolidado entre os profissionais de saúde mental que não existe esse tipo de violência. Já a violência verbal, um ou outro fala porque ninguém segura a boca de ninguém né? Mas violências físicas para com o paciente não ocorre mais. Agora do paciente com o servidor isso ainda existe e aí dá medo (Paola, p. 20).

Esse medo relatado por Paola não se separa daquele decorrente das chamadas violências cotidianas, que permeiam a vida de todas as pessoas, frequentem elas um serviço de saúde mental ou não. Pensando no cenário da saúde mental e em como esses estigma da violência e do perigo

pode estar alcançando o cuidado, ela diz que:

O estigma da violência existe, já que ocorre a violência. A violência ocorre. A má abordagem pode gerar uma violência; uma palavra errada pode gerar uma violência. Há dias em que não se está bem e diz algo que afeta a sensibilidade do paciente, gerando um ato de violência. A violência faz parte do nosso cotidiano. Não tem como você falar que não existe a violência, que não é um estigma, que hoje não há mais violência... A violência ela permeia a saúde mental (Paola, p. 18-19).

Concluo com uma fala que sintetiza e reitera as principais discussões feitas nesse tópico de análise. A forma de cuidado ainda não é satisfatória nem para a equipe que cuida, nem para o usuário que é cuidado. Mudanças são necessárias para o avanço na garantia de direitos à saúde da população brasileira. Natália afirma que:

eu vivi, durante muitos anos, situações onde a violência, em todos os sentidos, era cotidiana. Eu entendo hoje como situações violentas, em que o paciente fica submetido a um momento que é muito barulhento, há muitos gritos, brigas, podendo ficar agressivas, verbal ou fisicamente. É um ambiente extremamente corrido, onde os profissionais de enfermagem estão sempre desgastados, em número insuficiente para cuidar dos necessitados. [...] Sem contar a questão da contenção mecânica, que ainda é um procedimento padrão, que acontece com frequência. Então, eu acho que tudo isso mereceria muita mudança. No meu entendimento ainda falta muito (Natália, p. 6).

A ligação entre perigo e crise psíquica, assumido desde o capítulo dois, aparece sob a forma de violência neste tópico. Muitos avanços são notados desde a Reforma Psiquiátrica

Brasileira, relativamente aos serviços substitutivos, com as Normas e Diretrizes estabelecidas para um cuidado em liberdade, no território e que zele pelos direitos humanos. Contudo, o movimento da reforma, que sofre diversos retrocessos, até mesmo legais, deve seguir o exemplo dos avanços já alcançados.

4.3 Interpretação/ Reinterpretação

Nessa última fase de análise é permitida a criação de novos sentidos simbólicos através da síntese das discussões feitas até aqui. Esses novos sentidos são assumidos como uma das interpretações possíveis frente ao investigado, cabendo outras possibilidades de sentido e debate, não sendo assumidas como verdades absolutas, como entende Demo (2001). A reinterpretação busca uma explicação criativa para os fenômenos investigados em pesquisa, ao tentar compreender qual o significado e qual mensagem a informação possui. Isso será feito a partir dos tópicos que se destacaram por sua repetição ou singularidade.

A noção de periculosidade baseada no risco de criminalidade que uma pessoa possa representar (Silva, 2019) abre margem para o surgimento de preconceitos e estigmas. Este trabalho teve como um dos seus objetivos a escolha por aprofundar-se nos estigmas relacionados à periculosidade e à privação ao direito de pertencer à cidade. As violências perpetuadas nas relações interpessoais, no cotidiano, são uma das formas de representação desses estigmas. As relações entre a ideia de periculosidade e privação do direito à cidade, no contexto de cuidado a alguém em sofrimento psíquico intenso foi questionada nas entrevistas:

Sim, e um sim desse tamanho, gigante. Muito forte. E não sei te falar sim por isso e sim por aquilo. Eu só sei que está assim. Um pouco desse sim está em mim. Um pouco desse sim está nos meus colegas. Um pouco desse sim está na gente não querer sofrer violência e a gente estar exposto a violência (Paola, p. 18).

E esse sentimento de insegurança pode se manifestar de outras formas como, por exemplo, ao conter o paciente, fisicamente ou quimicamente, para entregar para os profissionais de saúde ou até mesmo no hospital quando na dificuldade de se manejar esse intenso sofrimento convidam o usuário a se retirar ou convoca a psiquiatria para agir imediatamente como aquele sujeito.

Essas atitudes mencionadas não devem ser entendidas como regras na área da saúde, visto que cada profissional tem uma posição e atuação própria. Em alguns casos, é possível ver na equipe o cuidado de acolher, mesmo nos momentos mais difíceis, de ter paciência no respeitar o tempo do outro, no cuidar da melhor forma possível, como em “o que eu observo é que a equipe realmente tenta dar uma assistência para aquela pessoa, no sentido de dar estabilidade ao quadro... De tentar realmente fazer sentido para aquela pessoa, sabe?” (Danilo, p. 10).

Ou, até mesmo, a partir de um olhar mais amplo para aquela situação como, quando ao chegar em uma ocorrência, Andréia e sua equipe buscam ajudar o usuário e seus familiares. Ela conta que “às vezes é preciso fazer revisão da medicação que ela está tomando, ver com a família se ela está tomando a medicação certa, na dosagem certa, a orientação de procurar o centro de saúde pra trocar essa receita” (Andréia, p. 11), como no exemplo:

Mas aí a gente chega e tá só a mãe, que diz: "ela saiu correndo, fugiu.". Aí a gente vai sentar com a mãe e perguntar "mas ela já tem algum histórico?", "ela já tem algum problema psiquiátrico, algum distúrbio diagnosticado, ela já faz algum acompanhamento?". Então, mesmo assim a gente faz uma entrevista pra ver qual é o caso, "qual é a medicação que ela toma? Ela tomou hoje, ou não tomou?", "então me dê a receita do que o médico passou pra ela", "e você viu se ela tomou?" (Andréia, p. 11).

No entanto, a partir do momento que o último recurso de cuidado, a contenção, aparece de maneira tão explícita, recorrente e clara, nesses diversos cenários investigados, algo desse cuidado chama a atenção. Se é preciso que o outro esteja amarrado para ser cuidado, alguma coisa parece estar errada. Uma vez que esse fato apareceu desde a forma de entrada no hospital até o espaço da internação psiquiátrica, o que isso pode estar indicando? Essa medida, às vezes, é tomada como uma justificativa de cuidado, para evitar que o outro se machuque, e está prevista nos protocolos quando nenhum outro recurso for efetivo. A equipe é, inclusive, treinada para isso, como afirma Andreia em "tem os treinamentos de contenção, de amarração pra não machucar" (Andreia, p. 13). Mas e quando a exceção vira regra?

Quando a violência, já presente em vários espaços, alcança os cuidados em saúde, o perigo é o de não permitir que se veja o outro, gerando, assim, mais violência. É claro que muitas mudanças aconteceram desde que o tratamento era feito unicamente nos manicômios, mudanças, essas, que são verdadeiros avanços e que devem ser lembradas para impulsionar tantas outras mudanças ainda necessárias para o avanço na garantia de direitos à saúde mental da população brasileira.

CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante todo o percurso desse trabalho reconheceu-se a crise como um dos momentos da vida em que o cuidado se faz mais necessário. Esse cuidado, dentro da perspectiva do Sistema Único de Saúde, envolve a Rede de Atenção Psicossocial, com diversos dispositivos que podem e devem ser acionados.

Nesta monografia buscou-se conhecer várias teorias sobre a crise psíquica, enquanto um momento perturbador e difícil. Nesse sentido, houve uma escolha pelo termo sofrimento psíquico intenso, entendendo-se que sua compreensão parte de uma visão completa do ser humano e do sofrimento.

Pensar o direito à cidade é voltar na criação desse espaço, para, assim, entender algumas questões atuais da cidade. Nos cuidados ao sofrimento psíquico intenso, a liberdade e o acesso à cidade são importantes, uma vez que permitem que o sofrimento se expresse. O cuidado ofertado à pessoa em situações de sofrimento psíquico intenso nos pontos de urgência da RAPS é impactado pelos estigmas relacionados ao mito da periculosidade e à privação do direito à cidade sob a forma, muitas vezes velada, que alcança tanto a equipe de saúde, como a pessoa em sofrimento.

Por fim, percebo que a relação, historicamente construída, entre pessoas em sofrimento intenso e a ideia de periculosidade, fato que se apresenta em diferentes circunstâncias cotidianas. Por outro lado, a ideia da privação do direito à cidade, ligada aos tratamentos em internação com privação de liberdade e do contato com a família, como se deduz das entrevistas mencionadas,

têm sido menos evidentes, provavelmente, graças aos avanços alcançados pela luta antimanicomial.

O estigma antecede o sujeito e se transforma em violência quando silencia e reduz a pessoa a um rótulo. Um cuidado que não permite ver nem escutar outro, que inibe a expressão dos seus desejos, não poderá, jamais, ser efetivo. Acredito que é nesse ponto que o cuidado é afetado no tema pesquisado.

Investigar um fenômeno que muitas vezes é velado, como as violências e os estigmas, acabou tornando-se uma dificuldade, uma vez que é um fenômeno velado e percebido em suas sutilezas, naquilo que não é aparente, no não dito. Isso acontece quando não se dá a liberdade para que a pessoa em sofrimento se expresse e seja como puder ser no momento do sofrimento. Ao invés disso, prende-se por meio da contenção, medica-se e busca-se, quase que imediatamente, largar essa pessoa em sofrimento no primeiro serviço especializado possível, antes de qualquer tentativa no sentido de aproximação com um olhar, de ouvir, atentamente, a pessoa em sofrimento.

Em estudos futuros seria interessante investigar estratégias para a melhoria dos cuidados à crise que fossem menos afetados pelos estigmas e preconceitos. Também deixo como sugestão estudos que busquem compreender os impactos desses estigmas pela perspectiva dos usuários da RAPS e de seus familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdal, A., Oliveira, M. C. V., Ghezzi, D. R., & Santos JR, J. (2016). *Métodos de pesquisa em Ciências Sociais: Bloco Qualitativo*. Sesc São Paulo/CEBRAP.
- Amarante, P. D. C. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Amarante, P. D. C. (2020). *Autobiografia de um movimento: quatro décadas de Reforma Psiquiátrica no Brasil (1976-2016)*.
- Assis, M. (1882). *O alienista*. Editora Inquérito.
- Basaglia, F. (1991). A instituição da violência. In *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico* (pp. 99-113).
- Borges, R. F., & Luzio, C. A. (2010). Pesquisa qualitativa em saúde mental: alguns apontamentos. *Perfil*, 14-23.
- Brasil. (1990). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
- Brasil. (2001). *Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.
- Brasil. (2009). *Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009*. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo assinados em

Nova Iorque. Recuperado em

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm.

Brasil. (2010a). *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diário Oficial da União. Recuperado de

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.

Brasil. (2010b). *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília:

Ministério da Saúde. Recuperado de

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf.

Brasil. (2011). *Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Senado Federal. Recuperado de

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm.

Brasil. (2013). *Ação Civil Pública - Processo nº 2010.01.1.067203-4*. Tribunal de Justiça do

Distrito Federal e Territórios. Recuperado de

<https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/noticias/2013/setembro/df-tera-que-criar-25-residencias-terapeuticas-e-19-caps-para-pessoas-com-doencas-mentais>.

Brasil. (2014). Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Recuperado de

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf.

Brasil. (2017). *Resolução n.º 553, de 09 de agosto de 2017*. Dispõe sobre a atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, que dispõe sobre as diretrizes dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde. Recuperado de

<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso553.pdf>.

Brasil. (2018). *Portaria n.º 536/18 de 08 de junho*. Diário Oficial do Distrito Federal n.º 115 de 19/06/2018. Recuperado de

http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/d1a268b0b8054cf1821cda2ce6ca58fa/Portaria_536_08_06_2018.html.

Caplan, G. (1980). Princípios de psiquiatria preventiva.

Coe, R. P. D. S. (2021). A dimensão clínica do projeto terapêutico singular no contexto da saúde mental infantojuvenil.

Conselho Federal de Psicologia. (2013). Referências Técnicas para atuação de Psicólogas(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial. Brasília: CFP.

Conselho Federal de Psicologia. (2019). Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS. Brasília: CFP.

Costa, I. I. (2003). *Da fala ao sofrimento psíquico grave: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia*.

- Costa, I. I. (2006). Adolescência e primeira crise psicótica: problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e o psíquico grave. In *II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental*.
- Costa, I. I., & Ramos, T. C. C. (2018). Primeiras crises psíquicas graves: O que a Fenomenologia pode dizer?. *ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 8(2), 251-264.
- Costa, I. I., & Braga, F. W. (2013). Clínica sensível à cultura popular na atenção ao sofrimento psíquico grave. *Fractal: Revista de Psicologia*, 25, 547-562.
- Costa, C. A. R., Mecler, K., Selles, L. E., de Oliveira, L. F., & da Costa Marques, T. M. (2018). Perigo real ou imaginário: uma reflexão crítica e uma proposta de modelo alternativo ao exame de verificação de cessação da periculosidade vigente no código penal brasileiro. *Revista brasileira de ciências criminais*, (144), 323-355.
- Cruz, N. F. D. O., Gonçalves, R. W., & Delgado, P. G. G. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18.
- Demo, P. (2001). *Pesquisa e informação qualitativa*. Papirus Editora.
- Distrito Federal. (2021). Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2020-2023.
- Distrito Federal, T. D. C. (2014). Auditoria operacional rede de atenção psicossocial–SES/DF [Internet].
- Distrito Federal. (2000). Lei Orgânica do Distrito Federal.
- Erikson, E. H. (1998). O ciclo de vida completo (MAV Veronese, Trad.). *Porto Alegre: ArtMed*. (Original publicado em 1997).

- Ferigato, S. H., Campos, R. T. O., & Ballarin, M. L. G. (2007). O atendimento à crise em saúde mental. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 31-44.
- Fialho, M. B. (2014). Contextos históricos e concepções teóricas da crise e urgência em saúde mental. In: M. T. Zeferino. *Crise e Urgência em Saúde Mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental/ Maria Terezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs.). Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina.*
- Foucault, M., & Shalders, L. R. (1975). *Doença mental e psicologia (1962). Tradução de Lilian Rose Shalders. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.*
- Frizzo, C. P. (2019). Possibilidades de atuação da psicologia na atenção à crise em saúde mental na emergência adulto do HU/UFSC.
- Gondim, M. D. F. D. N. (2007). Os sentidos dos vínculos na crise psíquica grave
- González Rey, F. (1997). *Epistemologia qualitativa e subjetividade*. São Paulo: EDUC.
- Hamada, R. K. F., de Almeida, V. O. C., Brasil, I. C. F., Souza, S. G., Luzia, R. A. B., Campos, E. M. S., & Leite, I. C. G. (2018). Conhecendo o Sistema Único de Saúde: um olhar da população. *Revista de APS*, 21(4).
- IBGE. (2021). Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2021. Recuperado em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df>.
- Lobosque, A. M., (2007). CAPS: laços sociais. *Mental*, 5(8), 53-60. Recuperado em 06 de setembro de 2021, de

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000100004
&lng=pt&tlng=pt.](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000100004&lng=pt&tlng=pt)

Lobosque, A. M., Stefanello, S., & Campos, P. J. de. (2015). *Crise e urgência em saúde mental: o cuidado às pessoas em situação de crise e urgência na perspectiva da atenção psicossocial*. (M. T. Zeferino, J. Rodrigues, & J. T. de Assis, Eds.) (4ª ed.). Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina.

Martins, M. V. R. (2021). Análise da violência autoprovocada em um serviço de urgência e emergência no contexto da rede de atenção psicossocial do Distrito Federal.

Mecler, K. (2010). Periculosidade: evolução e aplicação do conceito. *Journal of Human Growth and Development*, 20(1), 70-82.

Ministério da Saúde. (2015). Saúde Mental em Dados-12, ano 10, n. 12. Informativo eletrônico [Internet].

Ministério da Saúde. (2013). Conheça a RAPS: Rede de Atenção Psicossocial. [1 folder].
Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2011). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*.

Miranda, A. C. D. A. (2017). Implementação do cartão de crise em um centro de convivência: cogestão e empoderamento.

- Organização Mundial da Saúde. (2021). Guidance on community mental health services: *promoting person-centred and rights-based approaches*.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano*. Artmed editora.
- Pereira, M. G. (2009). O psicólogo no contexto da saúde: Modelos de colaboração.
- Prediger, R. P., Scherer, L., & Allebrandt, S. L. (2018). Hermenêutica de Profundidade e suas possibilidades metodológicas: um levantamento bibliométrico da produção científica com essa metodologia. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Recuperado em <http://www.eumed.net/rev/cccss/2018/01/hermeneutica-produccion-cientifica.html>
- Resende, T. I. M. D. (2015). Eis-me aqui: a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental.
- Sá, S. D., Werlang, B. S. G., & Paranhos, M. E. (2008). Intervenção em crise. *Revista brasileira de terapias cognitivas*, 4(1).
- Santos, N. L. D. (2014). Cidade e loucura: entre liberdades e aprisionamentos.
- Santos, L. S. dos, Klein, C., de Marsillac, A. L. M., & Kuhnen, A. (2019). Laços com a loucura: a cidade como espaço de promoção de saúde mental. *BarBarói*, 1(53), 208-226.
- Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto. (2020). Profissionais vinculados ao SAMU regional - PS, UPA, UBS/UBSF e VTA. Recuperado em <https://riopreto.sp.gov.br/eadsaude/course/index.php?categoryid=40&lang=en>
- Secretaria de Saúde do Distrito Federal. (2021). Diretoria de Saúde Mental. [Internet]. Recuperado em <https://www.saude.df.gov.br/diretoria-saude-mental/>

- Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto. (2020). Capacitação para profissionais vinculados ao SAMU regional. Recuperado em <https://www.riopreto.sp.gov.br/eadsaude/course/index.php?categoryid=40>
- Silva, J. A. da. (2019). *O PERIGO DE SER LOUCO!* (Tese de mestrado). Universidade Federal Fluminense.
- Soares, I. de A. (2006). Institucionalização da loucura: um recorte histórico sobre o município de Barbacena/MG. *Programa Nacional de Apoio à Pesquisa - FBN/MinC*. Recuperado em https://www.bn.gov.br/sites/default/files/documentos/producao/pesquisa/institucionalizacao-loucura-um-recorte-historico-sobre/mg/ilka_soares.pdf
- Sterian, A. (2000). *Emergências psiquiátricas: uma abordagem psicanalítica* (Vol. 3). Casa do Psicólogo.
- Turato, E. R. (2004). A questão da complementaridade e das diferenças entre métodos quantitativos e qualitativos de pesquisa: uma discussão epistemológica necessária. *Método qualitativo: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação*, 17-51.
- Vieceli, A. P. (2014). Lugares da Loucura: arquitetura e cidade no encontro com a diferença.

Apêndice A

Roteiro de entrevista semiestruturada

1. Como foi a sua formação acadêmica e profissional?
2. Fale sobre sua experiência com manejo de crises nos pontos de urgência da RAPS?
3. Me conte sobre o seu trabalho e como é a rotina de um dia de trabalho?
4. Existe um o protocolo de atendimento para as pessoas que chegam em situação de crise psíquica?
5. Como é realizado o manejo das crises psíquicas no serviço de saúde que você atua?
6. Quais, para você, são as maiores dificuldades encontradas nesse manejo? Acrescentar potencialidades e objetivos.
7. Você teria algum relato marcante que poderia compartilhar?
8. O que pra você é uma dificuldade frente ao cuidado à pessoa que chega em situação de crise psíquica?
9. Na sua opinião, quais seriam as possíveis relações entre a crise psíquica, a periculosidade e a privação ao direito da cidade?
10. No seu ambiente profissional é possível notar práticas voltadas a privação de liberdade com pessoas que chegam aos serviços em situação de crise psíquica?