



ALBERTO RODOLFO MANUEL GIOVANELLO DIAZ

**ATENÇÃO À CRISE EM SAÚDE MENTAL:
CLÍNICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO.**

Campinas
2013



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

ALBERTO RODOLFO MANUEL GIOVANELLO DIAZ

**ATENÇÃO À CRISE EM SAÚDE MENTAL:
CLÍNICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO.**

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obter o título de Doutor em Saúde Coletiva, área de concentração em Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE
DEFENDIDA PELO ALUNO ALBERTO RODOLFO MANUEL
GIOVANELLO DIAZ E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. ROSANA
TERESA ONOCKO CAMPOS

Assinatura do orientador(a)

Campinas
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARISTELLA SOARES DOS SANTOS – CRB8/8402
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

D543a Diaz, Alberto Rodolfo Manuel Giovanello, 1978-
Atenção à crise em saúde mental : clínica,
planejamento e gestão / Alberto Rodolfo Manuel
Giovanello Diaz. -- Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador : Rosana Teresa Onocko Campos.
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Intervenção na crise. 2. Esquizofrenia. 3. Centros
comunitários de saúde mental. 4. Políticas,
planejamento e administração em saúde. 5. Narração. I.
Campos, Rosana Teresa Onocko, 1962-. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Mental health crisis intervention : clinic, planning and management.

Palavras-chave em inglês:

Crisis intervention

Schizophrenia

Community mental health centers

Health policy, planning and management

Narration

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Rosana Teresa Onocko Campos [Orientador]

Mario Eduardo Costa Pereira

Lilian Miranda

Ana Cristina Figueiredo

Ana Maria Fernandes Pitta

Data da defesa: 22-02-2013

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

ALBERTO RODOLFO MANUEL GIOVANELLO DIAZ

Orientador (a) PROF(A). DR(A). ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

2. PROF(A). DR(A). MARIO EDUARDO COSTA PEREIRA

3. PROF(A). DR(A). LILIAN MIRANDA

4. PROF(A).DR(A). ANA CRISTINA FIGUEIREDO

5. PROF(A).DR(A). ANA MARIA FERNANDES PITTA



Lilian Miranda



Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 22 de fevereiro de 2013

*Para meu irmão,
porque a saudade dói latejada.*

*Para minha filha,
porque a saudade é o revés de um parto.*

*Para Thalita,
por nossa vida juntos.*

Agradecimentos

Agradeço à Rosana, por ter me acompanhado nesse longo percurso de formação acadêmica e humana com generosidade e rigor. Por me ensinar a pensar, a pesquisar e construir coletivamente acolhendo a diferença. Por me acolher desde o primeiro dia e, principalmente, nas horas mais difíceis e doídas. Meu itinerário tem e terá o traço do nosso trabalho juntos.

Ao Gastão, grande e generoso mestre. Porque sua lucidez e coerência instigam permanentemente a pensar e agir transformando a realidade. Também por ter me acolhido desde o primeiro dia e, principalmente, nas horas mais difíceis e doídas.

À equipe de pesquisa “Saúde Coletiva, Saúde Mental: Interfaces”, um verdadeiro time que ensina fazendo, que se multiplica e se transforma coletivamente destacando a singularidade de cada um, marcando um itinerário que vem deixando o seu traço na Saúde Mental e na Saúde Coletiva. À Marina... nunca serão suficientes os “Obrigado!” por cada pepino resolvido!

Ao Thiago, pela amizade e parceria, pelo apoio cada vez que necessário, pelo acolhimento dos primeiros anos, estendido por longas horas ético-gastronômicas, e pela generosa hospedagem e acolhida nos retornos a Barão.

À Ana Luiza e Ivana, pela amizade e parceria, pelas saídas, risadas e pelas inúmeras ajudas.

À equipe do projeto Experiência, especialmente à Erotildes, Octávio e Catarina, com quem aprendi muito pesquisando e partilhando experiências, próprias e alheias.

A todas/os as/os usuárias/os que fizeram possível o projeto Experiência e essa pesquisa em particular, muito obrigado pelos ensinamentos! Em especial, à AFLORE, grande fonte de inspiração e de luta pelos direitos humanos.

À Lilian Miranda, Ana Pitta, Ana Cristina Figueiredo e ao Mário Eduardo Pereira, pela leitura atenta e pelas contribuições e apontamentos ao ser parte da banca.

A todos os professores do Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp, grande usina de produção de conhecimentos, que muito contribuíram na minha formação todos esses anos, um grande Obrigado! A todos os funcionários do Departamento, especialmente à Regina, Vera, Máisa e Marina.

Agradeço ao Mario, grande parceiro e amigo, com quem, entre “*picaditas*”, geladinhos e churrasquinhos, fizemos a vida mais leve e, principalmente, mais divertida.

Aos meus novos colegas de trabalho na Faculdade de Psicologia da Universidade Nacional de Rosario, para os que “*hicieron el aguante*” e acreditaram em mim.

À Capes pelo auxílio financeiro para desenvolver essa pesquisa.

Às minhas grandes amigas e aos meus grandes amigos: Mariana, Ayelén, Fernanda, Mariano, Mata, Iván, Juan, Esteban, Gustavo y El Negro, amigos, compañeros, cómplices... mis viejos nuevos hermanos... porque con ustedes aprendí – y me lo recuerdan siempre – que luchar para cambiar el mundo es posible y necesario.

Ao meu pai, porque ainda que sempre próximos, estamos cada vez mais próximos... tua força continua iluminando as trevas.

À minha mãe, pelo apoio irrestrito e por sempre ter dado o melhor de si para eu ser quem sou.

Finalmente, quero agradecer à Thalita, que me segurou quando tudo parecia desabar e me fez ressignificar a vida, meu grande amor.

RESUMO

Essa é uma pesquisa multicêntrica, desenvolvida nas cidades de Rio de Janeiro/RJ, Salvador/BA e Campinas/SP. Objetivamos contribuir com o planejamento, gestão e a sustentação clínica de uma rede de serviços de saúde mental a partir da compreensão da experiência subjetiva da crise em pessoas diagnosticadas com transtorno do espectro esquizofrênico para que possa dar resposta a essas situações. A metodologia é qualitativa, baseada na Hermenêutica Filosófica de Hans-Georg Gadamer e a Hermenêutica Crítica de Paul Ricoeur. Para isto nos valem da observação participante em Centros de Atenção Psicossocial, e de grupos focais com usuários desses serviços como principais ferramentas de construção do material de campo. Nossos achados apontam que são diferentes as intervenções na crise experimentadas pelos usuários em hospitais psiquiátricos e em Centros de Atenção Psicossocial. Também diversas são as estratégias implementadas por eles para antecipar e/ou lidar com esse difícil momento. Finalmente são destacadas contribuições e desafios para o planejamento, a gestão e a sustentação clínica dos serviços públicos de saúde mental encarregados de dar resposta à crise.

Palavras-chave: Intervenção na crise – Esquizofrenia – Centros Comunitários de Saúde Mental – Políticas, Planejamento e Administração em Saúde – Narrativa.

ABSTRACT

This is a multicenter study, developed in the cities of Rio de Janeiro / RJ, Salvador / BA and Campinas / SP. We aim to contribute to the planning, management and clinical support of a network of mental health services from the understanding of the subjective experience of the crisis on people diagnosed with schizophrenic spectrum disorder, in order to respond to these situations. The methodology is qualitative, based on the Philosophical Hermeneutics of Hans-Georg Gadamer and Paul Ricoeur's Critical Hermeneutics. Participant observation in Psychosocial Care Centers and focus groups with users of such services was the main tools for building material field. Our findings suggest that crisis interventions are different in the experience of patients at psychiatric hospitals and Psychosocial Care Centers. Also different are the strategies implemented by them to anticipate and / or deal with this difficult moment. Finally are highlighted contributions and challenges for the planning, management and clinical support of public mental health services responsible for crisis interventions.

Key-words: Crisis Intervention – Schizophrenia – Community Mental Health Centers – Health Policy, Planning and Management – Narration.

SUMÁRIO

Introdução	3
Objetivos	8
Objetivo geral	8
Objetivos Específicos	8
CAPÍTULO 1	9
A intervenção na crise na história da psiquiatria contemporânea	9
Um pouco de história	9
A crise e o modelo de atenção psicossocial.	12
O que é a crise?	17
A família e as redes sociais	25
CAPÍTULO 2	27
Referencial teórico	27
Pesquisa qualitativa e paradigma construtivista	27
Pesquisa e hermenêutica: a compreensão na Hermenêutica gadameriana	27
Do preconceito à liberdade crítica	32
Destaque do objeto	34
Revisitando as tradições	36
A medicina mental e a psiquiatria	37
Psicanálise	40
O que a guerra nos deixou	47
Comunidades Terapêuticas (CT)	48
Psicoterapia Institucional	51
Psiquiatria de Setor	53
Psiquiatria Preventiva	56
Psiquiatria Democrática	60
CAPÍTULO 3	65
Procedimentos e desenho da pesquisa	65
Observação participante	66
Grupos focais	67
Considerações sobre grupos focais com pessoas em sofrimento psíquico grave.	68
Do planejamento	71
Do desenho da pesquisa	72
Do roteiro	73
Do recrutamento: acesso aos, e dos, participantes	74
Do moderador dos grupos	74
Campo	76
Descrição do campo e dos sujeitos de pesquisa	79

CAPS Campinas	79
Grupos Campinas	80
Sujeitos de pesquisa - Campinas	81
CAPS Rio de Janeiro	81
Grupos Rio de Janeiro	83
Sujeitos de pesquisa - Rio de Janeiro	83
CAPS Salvador	85
Grupos Salvador	85
Sujeitos de pesquisa - Salvador	86
Comitê de ética	87
Seleção dos serviços	87
Recrutamento dos sujeitos de pesquisa	87
Tratamento e interpretação do material empírico.	90
Discurso e texto	90
Função narrativa e metáfora	95
CAPÍTULO 4	98
Resultados e discussão.	98
Os dizeres, as narrativas.	98
Como é estar com esquizofrenia?	99
A esquizofrenia...	108
O que é crise?	112
Família e intervenção na crise: <i>“eles é que são violentos”</i>	122
Crise e remédios	130
Crise e Tratamento: manicômio x CAPS	134
Formas de lidar com a doença e com a crise	144
A cura	149
CAPÍTULO 5	153
À guisa de conclusão	153
Políticas e planejamento	153
A gestão	155
A clínica	157
Por uma clínica possível da atenção à crise.	162
Referências bibliográficas	169
Anexo I	185
Anexo II	187

Introdução

As crises, particularmente as crises na saúde mental, não se apresentam necessariamente como oportunidades de mudança. Nossos projetos terapêuticos podem ter efeitos paradoxais prejudicando a vida dos pacientes e dos seus próximos. Muitas vezes, essas situações geram uma onda expansiva que provoca outras crises e uma série de desmoronamentos cristalizando usuários e equipes de saúde na resignação de que *“tudo já foi feito”*, deixando via livre à cronificação. O termo crise foi adquirindo múltiplos sentidos; aqui nos referiremos a pessoas com padecimento mental considerado grave e persistente (Ruggeri et al., 2000; The Sainsbury Centre For Mental Health, 2002; Mari et al., 2007), com crises mais ou menos frequentes e de diversa intensidade que requerem cuidados intensivos, geralmente chamados de urgência/emergência.

Os chamados processos de Reforma Psiquiátrica visam mudar o modelo de atenção centrado no Hospital Psiquiátrico, dissolvendo o modelo e a lógica manicomial que discrimina, segrega e estigmatiza as pessoas com sofrimento psíquico. Na Itália, na Inglaterra e no Canadá – países cujas reformas da atenção à saúde mental são referências no mundo – dar resposta à crise vem sendo um dos principais desafios. Há vinte anos que estes países vêm prestando especial interesse na atenção à crise como indicador de sucesso de suas práticas (Dell’Acqua e Mezzina, 1991; Santé Canadá, 1997; National Health Service, 1999); diversas estratégias foram implantadas para lidar com ela: leitos psiquiátricos em hospitais gerais; transformação do grande hospital em hospitais de pequeno porte; equipes móveis de atenção em crise e/ou tratamento domiciliar e equipes de tratamento assertivo comunitário; todas na tentativa de resolver um problema: como acolher a crise em qualquer momento (24hs/dia) evitando a internação.

A Organização Mundial da Saúde (WHO/OMS) destacou os avanços e aportes à comunidade internacional feitos no Brasil no que diz respeito à atenção e pesquisa em saúde mental (Sharan et al., 2007). A superação do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico é significativa: redução de leitos psiquiátricos financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos anos (período de 2002 a 2010) de 51.393 para 32.735, mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos e investimento nas ações extra-

hospitalares superiores (pela primeira vez, no final de 2006) ao investimento em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2011).

Tabela 1

**Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes
Brasil – dezembro de 2010¹²**

UF	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	Total	Indicador CAPS/100.000 hab
Região Norte	15.865.678	46	24	2	3	12	87	0,41
Acre	732.793	0	1	0	0	1	2	0,27
Amapá	668.689	0	0	0	1	2	3	0,45
Amazonas	3.480.937	5	4	1	0	0	10	0,23
Pará	7.588.078	23	12	1	2	6	44	0,43
Rondônia	1.560.501	10	5	0	0	1	16	0,70
Roraima	451.227	1	0	0	0	1	2	0,33
Tocantins	1.383.453	7	2	0	0	1	10	0,47
Nordeste	53.078.137	348	125	17	34	73	597	0,81
Alagoas	3.120.922	37	6	0	1	2	46	0,88
Bahia	14.021.432	114	31	3	7	15	170	0,82
Ceará	8.448.055	44	29	3	6	17	99	0,93
Maranhão	6.569.683	36	13	1	3	6	59	0,63
Paraíba	3.766.834	37	8	3	7	8	63	1,22
Pernambuco	8.796.032	23	17	2	6	11	59	0,55
Piauí	3.119.015	26	6	1	1	4	38	0,82
Rio Grande do Norte	3.168.133	12	11	1	2	6	32	0,84
Sergipe	2.068.031	19	4	3	1	4	31	1,11
Região Centro-Oeste	14.050.340	44	24	1	6	15	90	0,49
Distrito Federal	2.562.963	1	2	0	1	2	6	0,21
Goiás	6.004.045	10	14	0	2	4	30	0,42
Mato Grosso	3.033.991	24	2	0	2	5	33	0,69
Mato Grosso do Sul	2.449.341	9	6	1	1	4	21	0,69
Região Sudeste	80.353.724	180	168	31	57	102	538	0,58
Espírito Santo	3.512.672	7	8	0	1	3	19	0,44
Minas Gerais	19.595.309	80	46	8	11	19	164	0,65
Rio de Janeiro	15.993.583	32	38	1	15	18	104	0,55
São Paulo	41.252.160	61	76	22	30	62	251	0,56
Região Sul	27.384.815	143	77	4	28	56	308	0,87
Paraná	10.439.601	35	27	2	7	21	92	0,72
Rio Grande do Sul	10.695.532	65	37	0	15	24	141	1,01
Santa Catarina	6.249.682	43	13	2	6	11	75	0,87
Brasil	190.732.694	761	418	55	128	258	1620	0,66

Fontes: Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE – Censo 2010.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é o principal serviço dentro da rede de

¹ O cálculo do indicador CAPS/100.000 hab., considera que o CAPS I dá resposta efetiva a 50.000 habitantes, o CAPS III, a 200.000 habitantes, e que os CAPS II, CAPSi e CAPSad dão cobertura a 100.000 habitantes.

² Parâmetros : Cobertura muito boa (acima de 0,70), Cobertura regular/boa (entre 0,50 e 0,69), Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49), Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34), Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20).

serviços substitutiva ao Hospital Psiquiátrico. Os CAPS de tipo III oferecem acolhimento diurno e noturno, funcionam 24 horas/dia, e possuem até oito leitos para acolhimento noturno. Segundo o Ministério da Saúde (MS), devem ter um ambiente terapêutico e acolhedor, que possa incluir pessoas em situação de crise. “O sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é de atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações” (Brasil, 2004). O MS vem trabalhando com o conceito de leitos de atenção integral em saúde mental (hospitais gerais, CAPS III, emergências gerais, leitos dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas), que se associam aos leitos de hospitais de pequeno porte, nas localidades em que estes existirem. Estes leitos devem ofertar acolhimento integral ao paciente em crise, articulados e em diálogo com outros dispositivos de referência para o paciente (Brasil, 2007).

O crescimento orçamentário e o correlativo aumento dos CAPS e todos os serviços da rede substitutiva (Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência, Oficinas de geração de renda, Programa Volta para Casa etc.) é bem significativo. Porém, a criação dos CAPS III ficou aquém do esperado pelo próprio MS (Brasil, 2011). Em 2002 existiam 424 CAPS (tipos I, II, III, CAPSad e CAPSi), até fim de janeiro de 2011 eram 1620. Os CAPS III aumentaram de 19 para 55 no mesmo período (Brasil, 2011). A função dos CAPS III, no sentido da sua capacidade de acolher a crise e evitar internações em hospitais psiquiátricos – já abordada no Encontro Nacional de CAPS III em 2003 e no Congresso Nacional de CAPS – apresenta-se como um grande desafio, entre outras questões, pela distribuição populacional em um país com dimensões continentais como o Brasil. Se tomarmos o parâmetro de um CAPS III a cada 200.000 habitantes em cidades que excedam essa população, podemos observar que, aproximadamente, cerca de 130 cidades³ estariam precisando deste tipo de serviço, porém esses 55 CAPS III encontram-se em apenas 36 cidades⁴.

Em 2007, a Coordenação Nacional de Saúde Mental/MS estabeleceu como um dos

³ Contagem Populacional de 2007 (IBGE)

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>

⁴ Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

seus “desafios cruciais” a melhoria da articulação urgência emergência/regulação de leitos em alguns municípios de grande porte (Brasil, 2007) e, recentemente, identificou fragilidades de estrutura, gestão, processo e organização do trabalho, qualidade da clínica, atenção às crises, entre outras (Brasil, 2011). Na recente IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2011) foi estabelecida uma série de prioridades e diretrizes – setoriais e intersetoriais – para lidar com a crise no âmbito da rede substitutiva de serviços de saúde mental, dando especial ênfase em atribuir principalmente aos CAPS III essa função e reafirmando a necessidade de ampliação do número destes serviços, considerando sua importância fundamental na implementação de um processo efetivo, que possibilite a extinção dos hospitais psiquiátricos e de quaisquer outros estabelecimentos em regime fechado (SUS/CNS, 2010).

Conforme verificamos, a expansão da rede de serviços de saúde mental substitutiva ao Hospital Psiquiátrico é relativamente nova, mas tem se desenvolvido o suficiente possibilitando que já contemos com resultados de pesquisas para começar a avaliar essas políticas e dispositivos. Os estudos encontrados expressam a diversidade das tradições (Gadamer, 1997) que subsidiaram a construção dos campos da Saúde Coletiva e da Saúde Mental; podendo perceber que, apesar das diferenças de itinerário de cada um dos campos, os mesmos confluem, se articulam e complementam (Onocko Campos et al., 2006).

Entre as pesquisas epidemiológicas primam as relacionadas à prevalência de transtornos mentais e, também, as que descrevem o perfil dos usuários atendidos (Maia et al., 2004; Pelisoli e Moreira, 2005; Mari et al., 2007; Volpe et al., 2010).

O leque de estudos qualitativos é bem maior, em quantidade e diversidade. Assim sendo, podemos identificar estudos avaliativos da estrutura, gestão e organização de CAPS (Wetzel e Kantorski, 2004; Olschowsky et al., 2009; Nascimento e Galvanese, 2009), com algumas pesquisas que priorizaram uma metodologia participativa, dando voz aos diversos grupos de interesse (*stakeholders*), e combinando técnicas qualitativas e quantitativas (Onocko Campos et al., 2009; Cavalcanti et al., 2009; Kantorski et al., 2009a.). Outro grupo são os estudos que focam na perspectiva dos usuários dos CAPS, baseando-se em

abordagens narrativas (Nunes e Torronté, 2009; Kantorski et al., 2009a.; Miranda e Onocko Campos, 2010a). Também podemos identificar pesquisas mais focadas na gestão da clínica e/ou em determinados arranjos e dispositivos (Schmit e Figueiredo, 2009; Diaz, 2009; Miranda e Onocko Campos, 2010b; Viganó, 2010), como também na abordagem etnográfica (Dalmolin e Vasconcelos, 2008).

Derivadas de realidades totalmente diferentes, as mencionadas pesquisas expressam claras diferenças entre os serviços, dependendo do contexto no qual se inserem. A maioria das pesquisas citadas faz algum tipo de referência à questão que é o nosso objeto: a intervenção na crise na rede pública de serviços de saúde mental. Porém, apesar do interesse crescente que vem despertando a análise dos processos micropolíticos desenvolvidos nos novos dispositivos de saúde mental, como também dos níveis centrais de gestão e controle social, é surpreendente não encontrar pesquisas que tenham como seu foco principal a intervenção na crise. Assim sendo, visamos pesquisar a experiência subjetiva da crise em pessoas diagnosticadas com transtornos do espectro esquizofrênico, no intuito de obtermos contribuições para melhor compreendermos esse particular momento, como também oferecermos lineamentos que aprimorem o planejamento e a gestão da rede de serviços de saúde para dar resposta à crise.

As crises, muitas vezes, são a porta de entrada ao circuito da saúde mental, o álibi da etiqueta de periculosidade, o desvio a corrigir com o psicofármaco, a causa da internação, o argumento para a continuidade da internação, dentre outros processos de segregação e exclusão (Souza, 2008). Por isto, entendemos que dar resposta à crise diz respeito não só à sustentabilidade do CAPS em si, como principal dispositivo substitutivo da rede; senão, também, diz respeito à sustentabilidade e às condições de possibilidade de um projeto de atenção à saúde mental que seja reflexo de uma sociedade justa e igualitária. Neste sentido, acreditamos que esse estudo possa interessar principalmente aos profissionais de saúde com atuação no campo da saúde mental, aos alunos de pós-graduação em saúde coletiva, saúde mental e psiquiatria, e aos formuladores e executores de políticas de saúde tanto em nível municipal quanto estadual e nacional, cujos beneficiários diretos serão os usuários.

Ademais, essa pesquisa pretende contribuir com o fortalecimento do processo chamado de Reforma Psiquiátrica e com a construção de uma concepção, dinâmica e histórica, de intervenção na crise em saúde mental que contemple a complexidade da situação levando em conta o usuário, seu ambiente relacional e os recursos da rede de saúde.

Objetivos

Objetivo geral

Contribuir com o planejamento e gestão de redes de serviços de saúde mental a partir do estudo da experiência subjetiva da crise em pessoas diagnosticadas com transtorno do espectro esquizofrênico.

Objetivos Específicos

- Analisar as concepções e modalidades de intervenção na crise das principais tradições que compõem o campo da Saúde Mental no Brasil.

- Conhecer a experiência subjetiva da crise em pessoas diagnosticadas com transtorno do espectro esquizofrênico.

- Identificar nessas experiências contribuições para o planejamento, a gestão e a sustentação clínica dos serviços públicos de saúde mental encarregados de dar resposta à crise.

- Contribuir com a construção de uma concepção - dinâmica e histórica - de intervenção na crise em saúde mental.

CAPÍTULO 1

A intervenção na crise na história da psiquiatria contemporânea

O relevamento do “estado da arte” está guiado por uma série de critérios estabelecidos para melhor focar e destacar a construção do objeto: a intervenção na crise em saúde mental. Referir-nos-emos à intervenção na crise no marco das atuais políticas de saúde mental no Brasil, isto é, a abordagem das crises subjetivas a partir do modelo de organização de serviços comunitários – substitutivo ao antigo modelo hospitalar – proposto pelo Ministério da Saúde (MS). Focando só a população adulta, não levaremos em conta, dentro desta busca, as crises relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, nem as crises relacionadas ao suicídio.

Nosso termo principal na busca bibliográfica foi *intervenção na crise (crisis intervention)*, achando na base de dados Scielo apenas quatro artigos, sendo dois de nosso interesse e, dos outros, um deles trata de uma tradução de um teste psicométrico e o outro é relacionado ao uso de álcool em jovens. O número de artigos amplia-se a trinta e dois quando buscamos utilizando os termos “crise” e “mental”, dos quais nove são relacionados com o nosso objeto, sendo que só dois o abordam como foco principal. Sem dúvida, a produção bibliográfica em torno da intervenção na crise em saúde mental é escassa, porém, fazendo uma pesquisa mais minuciosa é que conseguimos acessar mais produções que, mesmo não tendo o momento da crise como objeto, abordam – ainda que tangencialmente – o assunto.⁵

Um pouco de história

A origem do conceito de crise relacionado com a psicose – como o de intervenção de crise dele decorrente – data da década de 1940, principalmente nos Estados Unidos e Europa, relacionado às “neuroses de guerra”, em uma tentativa de dar conta de estados

⁵ As buscas foram realizadas no período de fevereiro-março de 2011.

traumáticos que se manifestavam produto de grandes guerras e catástrofes. É com o movimento da *Community Psychiatry*⁶ que o termo “crise” adquire importância e sentido novos, principalmente a partir da “teoria da crise” de Gérald Caplan (1964).

Caplan destaca a importância de uma abordagem preventiva dos episódios psiquiátricos agudos e a valorização de características clínicas anteriores a esses episódios, sendo possível pensar uma terapia psiquiátrica em termos de adaptação e desadaptação de fatores ligados à emergência clínica e social do distúrbio, indo além da recuperação sintomática, e alargando o campo de ação da psiquiatria que até esse momento só tratava da “doença mental”.

Em um primeiro momento, o problema era visto desde a ótica da escolha entre “hospitalização longa” – “hospitalização breve”, e a “intervenção de crise” tratava-se de técnicas simples que articulavam medicação intensiva à intervenção familiar e social. Isto fez com que o número de internações diminuísse muito, mas isso se tornou desinstitucionalização selvagem e gerou situações de desamparo social, produto da falta de organização de tratamentos de longa duração, expondo pacientes, familiares e entorno a situações intoleráveis. Os estudos controlados comprovando a melhora clínica em pacientes psicóticos que recebiam tratamento de longo prazo combinando a intervenção de crise e intervenções com a família, comparados com pacientes que recebiam hospitalização padrão, caracterizaram as publicações dos anos 70 (Andreoli, 1993).

Nos anos seguintes, a tendência foi avaliar os métodos de tratamentos capazes de evitar a recaída a partir de dispositivos extra-hospitalares. Test e Stein (1978), em uma revisão dos estudos controlados sobre tratamentos comunitários em saúde mental da época, mostraram que: geralmente, a maioria dos pacientes internados em hospitais podia ser tratada por meio de alternativas comunitárias; a existência de algum programa de atenção comunitária resulta essencial para a sustentação do vínculo com a comunidade; o funcionamento dos pacientes é tão bom quanto nos tratamentos hospitalares, obtendo modestos ganhos no funcionamento psicossocial.

Da leitura de alguns desses textos, é possível perceber uma concepção de crise

6 Psiquiatria Comunitária, também conhecida como Psiquiatria Preventiva.

entendida como “descompensação”, como uma “reação adaptativa”, atribuindo importância à eliminação dos sintomas, à adaptação social e evitando recaídas. Esse tratamento dado à crise serviu como estratégia de substituição do tratamento hospitalar, conseguindo mostrar que é possível tratar fora do hospital, evitando internações de longa duração, alcançando melhor vínculo e adesão ao tratamento, controlando a gravidade sintomática e, como vimos, até melhoras no “funcionamento psicossocial”, mas não conseguimos obter uma compreensão mais dinâmica e integral do processo no qual a crise se insere, como também não é levada em conta nesse processo a ação do psiquiatra e da equipe.

Ronald Laing e David Cooper, entre outros, foram os precursores da Antipsiquiatria nos finais da década de 1950. Lembremos que, principalmente na Europa, os anos de 1960 foram particularmente conturbados, não só politicamente. Em 1960, Laing publica *“The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness”* e em 1964, junto a Cooper, *“Reason and Violence: A Decade of Sartre's Philosophy”*; em 1961 Thomas Szasz nos Estados Unidos publica *“The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct”*, Erving Goffman *“Asylums”* e também em 1961 foi publicada a *“Histoire de la folie à l'âge classique - Folie et déraison”* de Michel Foucault. Se bem Foucault e Goffman não seriam considerados como parte do movimento da Antipsiquiatria, a obra deles todos teve – e ainda tem – muita influência no movimento e, sem dúvida alguma, aportou em grande medida à desconstrução do Hospital Psiquiátrico. Também 1961 é o ano do começo da experiência de desinstitucionalização liderada por Franco Basaglia em Gorizia, Itália.

Assim sendo, enquanto nos Estados Unidos e em grande parte da Europa os movimentos da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática Italiana – também chamada de Desinstitucionalização – estavam em pleno auge, e a desospitalização avançava com força, na América Latina vivíamos os anos mais sangrentos da nossa história, com repressivas ditaduras militares que prepararam – a sangue e chumbo – o terreno para a implantação do modelo neoliberal. Segundo Paulin e Turato (2004), a década de 70 poderia ser caracterizada por uma série de planos e medidas enquadradas nos postulados

da Psiquiatria Preventiva ou Comunitária, no entanto, o que predominou foi uma política destinada principalmente a fortalecer o setor privado, expandindo significativamente o modelo hospitalocêntrico.

Os processos de luta pela redemocratização foram singulares dependendo de cada país; no Brasil, houve a particularidade de ser nesse momento que, a partir de novas reflexões e experiências em saúde pública e em saúde mental, o processo chamado de Reforma Psiquiátrica e o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental nasceram da mão de fortes denúncias de violações contra os direitos da classe trabalhadora, os Direitos Humanos da sociedade em geral e particularmente nos Hospitais Psiquiátricos (Amarante, 1996).

A chamada Reforma Psiquiátrica no Brasil nasce como uma nova forma de olhar para a loucura e a saúde mental, como um novo paradigma baseado em princípios que se confrontam abertamente não só com o Hospital Psiquiátrico em si, mas com a lógica manicomial de funcionamento da psiquiatria.

Com forte influência da experiência italiana, reforçada com as visitas de Franco Basaglia ao Brasil, criam-se no final dos anos de 1980, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo e o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos e marcam o começo da construção de um modelo substitutivo ao da psiquiatria tradicional. Em 1989 o Deputado Paulo Delgado apresenta o primeiro Projeto (3.657/89) de Lei de Saúde Mental redirecionando o modelo, o projeto de lei que se transformou na Lei 10.216 de 2001; a Conferência de Caracas em 1990 e sua Declaração marcaram o rumo político de reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina; e as portarias do Ministério da Saúde tais como a 189/1991, 224/1992, 336/2002, 189/2002, 251/2002, 816/2002, 817/2002, 52/2004 e 53/2004 dão o marco normativo e legal para a reestruturação das políticas e do modelo de assistência em saúde mental, desenhando uma política de atenção psicossocial.

A crise e o modelo de atenção psicossocial.

Vimos, na primeira parte, o crescimento e fortalecimento da rede de serviços

substitutiva ao Hospital Psiquiátrico expresso, entre outros indicadores, na mudança da distribuição do orçamento da área hospitalar para a rede de serviços territoriais, expandindo-se por todo o país.

Tabela 2 – Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares entre 2002 e 2009.⁷

Gastos Programa de Saúde Mental *	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ações e programas extra-hospitalares	153.31	226.00	287.35	406.13	541.99	760.47	871.18	1012.35
Ações e programas hospitalares	465.98	452.93	465.51	453.68	427.32	439.90	458.06	482.83
Total	619.29	678.94	752.85	859.81	969.31	1.200.37	1.329.24	1.495,18
% Gastos Hospitalares/Gastos Totais	75.24	66.71	61.83	52.77	44.08	36.65	34.46	32.29
% Gastos Extra Hospitalares/Gastos Totais	24.76	33.29	38.17	47.23	55.92	63.35	65.54	67.71
Orçamento Executado Ministério da Saúde **	28.293.33	30.226.28	36.538.02	40.794.20	46.185.56	49.489.37	54.120.30	62.919,10
% Gastos Programa de Saúde Mental/Orçamento MS	2.19	2.25	2.06	2.11	2.10	2.43	2.46	2.38
Gastos MS em Ações e Serviços Públicos de Saúde***	24.293.34	27.181.16	32.703.50	37.145.78	40.750.59	45.803.74	48.670.19	58.270,26
% Gastos Programa de Saúde Mental/ Gastos ASPS	2.55	2.50	2.30	2.31	2.38	2.62	2.73	2.57

Quase 25 anos se passaram desde a criação do primeiro CAPS, e 10 desde a sanção da lei. Pensar em substituir o modelo manicomial de atenção diz respeito, entre outras coisas, a pensar uma rede articulada de serviços que possa dar conta da complexidade que requerem os problemas psíquicos. Esse modelo de serviços comunitários em rede tem como principal serviço os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) sendo uma de suas

⁷ Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SE/MS, DATASUS, Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

*Em Milhões de Reais

** Empenhado

*** Ações relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (excluídas Amortização da Dívida, Pessoal -Inativo, Fundo de Erradicação da Pobreza).

funções o acolhimento das pessoas em situação de crise da sua área de abrangência.

Os CAPS têm várias funções que fazem dele o centro da rede de serviços de atenção em saúde mental no seu território. Os CAPS visam:

- prestar atendimento em regime de atenção diária;
- gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuam no seu território;
- manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental. (Brasil, 2004)

Se bem entendemos que o substitutivo é uma rede de serviços e não só um serviço, nosso foco estará nas modalidades e potencialidades que os CAPS – particularmente os de tipo III – têm para lidar com as situações de crise. Também queremos pesquisar, somente, em torno das crises relacionadas a transtornos psicóticos em adultos, não levando em conta as crises relacionadas a suicídios, situações de tragédias nem às relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas.

O campo da saúde mental é um campo de ferrenhas disputas de interesses e sentidos clínicos, políticos, jurídicos, culturais, éticos e ideológicos, expressados nas ações dos diversos protagonistas. Assim, poderíamos afirmar que atores das mais diversas formações e filiações teóricas concordam com a necessidade de dar resposta às situações de crise e com a importância do funcionamento em rede de serviços de saúde mental, porém, as maiores diferenças radicam na concepção do que seja a crise e,

consequentemente, nas considerações sobre qual o modelo de atenção prestado e qual serviço é o centro articulador da rede.

Rotelli et al (1990) destacam os limites dos efeitos produzidos pelas reformas nos Estados Unidos e na Europa, e a relativa consecução prática dos seus objetivos: superar a internação. Com relação à internação, a reorientação das políticas em saúde mental tendentes à desospitalização fez com que aumentasse o número de altas, no entanto, também aumentou o número de reinternações – produzindo o efeito “porta giratória” – e, ainda que com redução do tempo, as internações continuaram a ocorrer. Desse modo, os novos serviços territoriais passaram a conviver com a internação, sem substituí-la, produzindo um círculo vicioso o qual reafirma a sua necessidade e produz um novo tipo de cronicidade, agravamento que também termina sendo alimentado pelo sistema de Saúde Mental que sustenta um circuito de serviços fragmentados. Os novos crônicos, produtos dessas “psiquiatrias reformadas”, começam a ser o grande desafio.

Dell’Acqua e Mezzina (1991) apontam que os Centros de Crise criados a partir dessas reformas, trabalhavam com intervenções rápidas de modo a solucionar imediatamente o problema fora do hospital psiquiátrico, evitando a internação, mas não ofereciam suporte integral ao paciente, iniciando uma série de encaminhamentos para outros serviços e, finalmente, para o hospital. A falta de uma visão integradora e não restritiva da psicose traduz-se em propostas terapêuticas fragmentadas, em uma escassez de recursos para lidar com os momentos de crise dos usuários, devido a respostas também fragmentadas e padronizadas, sem conseguir superar o modelo cultural de referência ao hospital psiquiátrico como ponto final do que não é possível de ser contido nos serviços comunitários. Tal funcionamento, afirmam os autores, reforça a sustentação prática e ideológica do hospital.

Neste ponto, encontrar-se-ia uma das dificuldades em poder definir o que seria uma crise ou, melhor dizendo, em construir uma caracterização da mesma que leve em conta a organização dos serviços de saúde mental em dada região e naquele momento histórico específico, pois a complexidade dos instrumentos e dos recursos para afrontá-la requerem uma precisão organizativa e uma adequação das respostas que se correspondam com a

complexa situação existencial que atravessa o sujeito nesse momento (Dell'Acqua e Mezzina, 1991).

Inspirados neste modelo da desinstitucionalização, iniciaram-se as primeiras experiências no Brasil no final da década de 1980. Nicácio e Campos (2004) discutem algumas das dimensões presentes na atenção às situações de crise na prática de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos no período de 1989-1996. Com forte ênfase no caráter territorial dos serviços, expressam dificuldades e potencialidades do processo de desinstitucionalização, entendendo como necessário não só a instalação dos serviços no território, senão também a desinstitucionalização da equipe do serviço; “estar com” o sujeito onde a crise aconteça: na casa, no trabalho, na rua etc., e intervir no território de modo a romper os muros institucionais e com uma forma de conhecer e de interagir com a demanda.

Coerentes com o entendimento de estar repensando a saúde mental desde novos parâmetros, novos serviços foram criados e as categorias de análise e os modos de agenciar essas novas práticas feitas por esses novos profissionais também requereram ser repensadas. A demanda de cuidados diurnos e noturnos orientou os gestores triestinos a implementar Centros de Saúde Mental – similares aos CAPS III – com funcionamento 24 horas/dia, sendo essa *hospitalidade* – se necessário – oferecida no formato de leitos aos *hóspedes*, criando um estatuto diferente daquele de *internada/o* (Nicácio e Campos, 2004).

Sem dúvida, um dos grandes desafios na hora de pensar a crise é garantir rápido atendimento e responsabilização onde for e no momento que acontecer a crise, produzir uma atenção 24 horas radicalmente diferente da internação no hospital psiquiátrico. Cientes de que não basta dar um novo nome às coisas para que estas mudem, para que a hospitalidade integral seja mais do que uma simples mudança nominal da tradicional intervenção em crise baseada em protocolos, Nicácio e Campos (2004) destacam três aspectos importantes a serem levados em consideração:

1. A hospitalidade integral tem que ser produzida como direito, rompendo assim com a prática de isolamento e com a lógica asilar nas quais os usuários não tem poder de, o direito a, liberdade para.

2. Assim sendo, é um recurso a ser singularizado e contextualizado, em relação com os usuários e com os familiares, não pode ser lida como finalidade em si mesma, não é equivalente ao projeto terapêutico, não se trata de um procedimento isolado e com tempo definido a priori.

3. A necessidade de revisitar os significados da hospitalidade nas relações humanas: aprender os diferentes conteúdos e implicações de hospedar o outro, lidando com o desconhecido e o imprevisto, transitando com a diversidade dos modos de viver o cotidiano no sentido de projetar lugares hospitaleiros, de produzir relações de hospitalidade.

Com isto, configura-se um entendimento da forma de cuidar do sujeito em crise diferente daquela ideia restritiva e pré-formada do hospital psiquiátrico, uma concepção que vai além do plano cognitivo e interpretativo da crise, tentando empreender itinerários de ampliação de espaços, de possibilidades de expressão subjetiva e de afirmação de direitos que consintam com a produção de autonomia e de responsabilidade (Dell'Acqua e Mezzina, 1991).

O que é a crise?

Nos últimos anos tem se publicado os resultados das primeiras pesquisas avaliativas financiadas por editais do Ministério da Saúde. Estas revestem uma importância singular, são avaliações feitas depois dos primeiros anos da promulgação da Lei de Saúde Mental, e que têm pela frente o grande desafio de julgar a viabilidade e a efetividade em relação à política nacional de saúde mental e ao modelo de atenção proposto. Esses estudos são dos mais variados enfoques e perspectivas, primando entre eles os qualitativos, com especial ênfase nos que trazem à tona os pontos de vista de diversos grupos de interesse: gestores, trabalhadores, usuários e familiares.

Uma das questões principais que se coloca em jogo é se o modelo proposto é

realmente substitutivo a uma lógica de raciocínio e funcionamento baseado na segregação do diferente, e ao seu modelo de atenção que tem na internação e no hospital psiquiátrico seus meios e fins.

A noção que se tenha da crise é mais um fator que influencia fortemente a organização do serviço, como as características das práticas e discursos ali desenvolvidos. O discurso e práticas encarnados pela psiquiatria tradicional em torno da crise – ou da “emergência psiquiátrica” dependendo do autor – assim como das possíveis respostas, também contribuem com a produção de certos traços de subjetividade, de certos modos de tratar, desenvolvidos ao calor da intensa convivência dos diferentes atores no cotidiano das instituições de saúde mental. Costa (2007) discute isto no seu estudo de uma enfermaria psiquiátrica no Rio de Janeiro, resumindo a concepção de crise e as respostas praticadas nesse serviço como baseadas em:

- ⤴ Exacerbação da noção de periculosidade ligada à pessoa em crise;
- ⤴ Redução da experiência a sintomas e a comportamentos considerados “bizarros”; com tendência ao reconhecimento apenas de “traços” patológicos, anormais e insanos;
- ⤴ Intervenções mais direcionadas à remissão dos sintomas em curto período de tempo;
- ⤴ Tentativa de normalizar e impor hábitos morais;
- ⤴ Ênfase na negatividade da loucura e da crise; ênfase na desrazão, nas incapacidades e nas impossibilidades;
- ⤴ Separação entre a crise e a vida global do sujeito;
- ⤴ Uso frequente e mecanizado das contenções físicas, da eletroconvulsoterapia; uso generalizado e padronizado da medicação como recurso terapêutico mais importante ou prioritário;
- ⤴ Ênfase no controle e na tutela; uso do espaço físico para contenção das crises;
- ⤴ Internação como recurso predominante.

É possível caracterizar este esquema como extremamente rígido, coercitivo e restritivo e, muitas vezes, é a própria rigidez dos procedimentos adotados na rede de

Saúde Mental que não apenas dificulta, mas também determina a emergência das crises (Dell' Acqua e Mezzina, 1991). Não parece que sejam orientações para trabalhar com a saúde das pessoas, e menos ainda com a subjetividade das mesmas. Aliás, parece que justamente o objetivo é que nada dessa subjetividade apareça, desde que não seja como sinais de “adaptação”. Entrevistas com profissionais desse serviço assinalaram as dificuldades dos tratamentos limitarem-se a “leito e medicação” e que “*não há acaso, não há nada que você possa fazer além disso*” (Costa, 2007, p. 101). A autora discute as noções de crise e de como a sua presença atua na configuração das formas de assistência em Saúde Mental, tanto na visão dos profissionais entrevistados, como na prática dos serviços de Saúde Mental pesquisados, e destaca a importância de:

(...) ressaltar as noções de crise como instrumentos, como ligadas a formas específicas de realizar o trabalho em Saúde Mental. (...) lidar com a crise para além do reparo, sem a avidez por restituir algum suposto equilíbrio perdido, ou de intervir na direção de um retorno ao habitual, abre um leque de alternativas importante, tanto para levar em conta a complexidade das situações de crise, quanto para apreciar éticas possíveis no lidar com as mesmas.

A crise, geralmente, é a porta de entrada ao circuito da saúde mental, o que se utiliza como fundamento principal – a prova, a evidência – da loucura, que dá argumento à rotulação de periculosidade, à estigmatização e, muitas vezes, à causa de internações compulsórias ou involuntárias, o argumento para a continuidade destas internações, bem como dos processos chamados de “contenção”, isolamento e/ou exclusão. Imaginemos o impacto da situação citada em um CAPS envolvendo um padre que, após ter se sentido assediado por um usuário em crise, prescreveu, na missa, que “*quem tivesse seus loucos que os deixasse em casa*” (Nunes e Torrenté, 2009).

Possivelmente a questão da crise/periculosidade – muitas vezes tidas como sinônimos – seja uma das questões mais difíceis e controversas, um dos principais – e mais arraigados – preconceitos na sociedade, a razão da necessidade do mandato social que a psiquiatria tem com a loucura, poderíamos dizer a “rocha dura” do trabalho com a loucura. E periculosidade no sentido amplo do termo, não somente a periculosidade da violência física, mas também da violência psíquica e simbólica que traz consigo a loucura e particularmente algumas situações de crise. E mais, ainda tem a violência, a

periculosidade – com a sua contraparte: o medo – da provocação intolerável “à moral e bons costumes” do comum dos homens.

Contestar estas questões é um dos principais objetivos da antipsiquiatria e da psiquiatria democrática italiana na qual o processo brasileiro se inspira. Por isto é que se faz necessário e importante podermos pesquisar as concepções com as quais os trabalhadores desses novos serviços substitutivos estão operando no dia a dia, pois sabemos que não é suficiente ter uma lei e novos serviços de saúde mental para acabar com a lógica manicomial. Willrich et al. (2011) apontam contradições no discurso de alguns profissionais de um CAPS II na região sul do país, que defendem o modelo de atenção territorial e destacam os grandes avanços e diferenças nos tratamentos atuais com relação aos do modelo baseado no hospital psiquiátrico, porém, também algumas falas expressaram o medo e a “insegurança” com a qual trabalham, “risco de vida até”:

“Eu tenho experiência, já trabalhei no Hospital Psiquiátrico, e eu não me sentia tão insegura e aqui no serviço eu me sinto, principalmente na parte da tarde. [...] Que de manhã a gente tem um que é estagiário de, do setor x, que é uma pessoa, que dá assim um respaldo quando a gente tem uma situação difícil de lidar. E, e, assim, de tarde, a gente se sente meio desprotegida” (Willrich et al. 2011).

Diversos tipos de estratégia foram colocados pelos trabalhadores para tentar diminuir o melhor possível a quantidade de riscos. Essas estratégias vão desde: a organização da intervenção nas situações de crise de modo que o risco de agressão seja diminuído, colocando a necessidade de, no mínimo, dois profissionais para a realização do manejo (Willrich et al., 2011); passando pela “dificuldade de usar atitudes medicamentosas de maneira mais sedativa” pela falta de suporte em caso de intercorrências clínicas “a gente tem muita dificuldade, a gente se priva e tenta fazer uma contenção mecânica”; a necessidade de chamar a Brigada Militar para garantir a segurança ou a necessidade de um aprendizado sobre técnicas de manejo de agressividade para os funcionários do serviço, e assim não ter que chamar a polícia; sendo uma possibilidade mediadora contratar mais funcionários do sexo masculino (Kantorski et al. 2011).

Com medo do outro, pouca coisa é possível fazer que não vá no sentido de atuar permanentemente esse temor. Que proximidade, qual tipo de vínculo, que

intersubjetividade é possível construir a partir do medo? Temer a crise reforça claramente o sentido de exclusão social e cultural do louco, e traz essa exclusão para dentro do serviço, na forma de distanciamento entre usuário e trabalhador, impossibilitando a construção do vínculo de uma relação que, Willrich et al. (2011), consideram de sujeito-sujeito.

Diversos autores observam a importância da responsabilização, na sua dimensão profissional, como elemento preciso principalmente no momento de crise (Dell'Aqua e Mezzina, 1991; Amarante e Torre, 2001; Silva e Mascarenhas, 2004), como também a preparação técnica necessária (Onocko Campos, 2001; Kantorski et al., 2011), valorizando a "espera ativa" e a escuta da polifonia dos discursos (Oury, 1991), como condição necessária para produzir da crise um desvio, uma passagem de um lugar historicamente dado para outro a ser reconstruído (Onocko Campos, 2001; Ferigato et al., 2007; Jardim e Dimenstein, 2007).

A responsabilização por parte de todos os protagonistas é considerada peça fundamental de um modelo de tratamento e de cuidado da crise em liberdade. Por um lado, a tomada de responsabilidade – por parte do serviço – dos problemas de saúde mental de seu território e a responsabilização da equipe pelo cuidado na crise (Willrich et al. 2011), e por outro lado, o envolvimento e responsabilização das famílias e comunidade com os projetos terapêuticos (Wetzel e Kantorski, 2004; Navarini e Hirdes, 2008; Muramoto e Mângia, 2011), a necessidade de devolver ao usuário a "responsabilidade e possibilidade de conviver e partilhar com os outros de uma mesma estrutura social e política" (Amarante, 2007, p. 34).

A periculosidade e a responsabilização são sem dúvida aspectos centrais da substituição de uma lógica de atenção e dizem respeito, principalmente, a um posicionamento ético e político, a um modo de ser e estar no mundo capaz de enxergar e acolher a singularidade. Mesmo que nem a maioria das crises revista perigo algum, sabemos que crise e perigo são amantes de longa data e, como muitos dos amantes, quando se encontram, o fazem no leito. Isto também poderia ser tomado como evidência do nosso objeto de tratamento, neste caso é a crise mesma, e não sujeitos que estão

experimentando-a. Assim sendo, é possível supormos que a associação com a periculosidade seja facilitada quando o termo é generalizado, tirando deles os sujeitos e procurando rapidamente o recurso da internação, terceiro elemento que completa o que poderíamos chamar de tríade asilar: crise/perigo/internação.

Vimos que o aumento da implantação da rede de serviços substitutivos tem sido significativo nos últimos anos, porém, entendemos que a implantação dos CAPS III – supostamente equipados para acolher a crise 24hs/dia – está aquém do necessário e isto faz com que o objetivo de não internar no hospital psiquiátrico, muitas vezes, não seja alcançado. Isto é possível de constatar claramente nos artigos de Onocko Campos et al (2009) e Wetzel et al (2010), reafirmando o constatado pelas experiências norteamericanas e europeias há 50 anos, mostrando que onde a rede de serviços comunitários ainda convive com o hospital psiquiátrico, a cultura de encaminhamento a ele continua vigente.

Wetzel et al (2010) apresentam resultados parciais de pesquisa com metodologia avaliativa de quarta geração (Guba e Lincoln, 1989) em CAPS II e ressaltam os paradoxos da manutenção de um hospital psiquiátrico em uma proposta de mudança de modelo de atenção. Para os membros da equipe o fato de ter que internar alguém produz sentimentos de impotência e derrota, somando-se a isto, familiares e usuários expressam que a experiência de internação é totalmente dissociada do atendimento, resultando profundamente negativa. Além do trato recebido, as queixas se referem ao longo tempo de internação (quarenta dias aproximadamente) e ao afastamento dos vínculos mais próximos (nos primeiros quinze dias não são permitidas visitas, depois, só em horário estipulado). Apesar disto, tanto familiares, quanto usuários e trabalhadores, acabam por reconhecê-lo como “mal necessário” (Wetzel et al., 2010).

Os autores concluem:

Os Caps também precisam investir mais no seu potencial para o atendimento de crises e quadros agudos, introduzindo tecnologias voltadas para uma clínica ampliada, que possibilitem que o usuário e sua família possam ter, no espaço do serviço, suporte nesses momentos de intenso sofrimento. A desresponsabilização pelas crises pode naturalizar o encaminhamento do usuário para o hospital psiquiátrico, criando o risco de tornar o Caps um equipamento complementar e paralelo a essa

instituição, ou seja: o que se espera é que os Caps sejam dispositivos transformadores que causem impacto na extinção dos hospitais psiquiátricos como resposta ao atendimento da doença (p.2143).

Resulta significativo para o nosso estudo, poder contar com essas diferentes experiências em distintos pontos do país e com redes de atenção totalmente diferentes, particularmente aquelas que incluíram nos seus resultados as vozes dos diferentes grupos de interesse envolvidos com a assistência à saúde mental. Com um desenho metodológico similar, Onocko Campos et al (2009) pesquisaram diversos aspectos inerentes à rede de CAPS III de um município de grande porte, com uma cobertura de Caps apropriada (0,86 Caps por 100 mil habitantes) se comparado ao 0.48 do Brasil (Brasil, 2007) e uma implantação de atenção básica de longa data (Figueiredo e Onocko Campos, 2008). Neste estudo, foram avaliados os modelos assistenciais, de gestão e de formação dos trabalhadores, analisando, ainda, os efeitos da institucionalização dos princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica nestes equipamentos (Onocko Campos e Furtado, 2006).

Questões tais como a qualificação da atenção em crise e a utilização do leito em CAPS III, e a qualificação de pessoal apontam-se como pontos críticos. Essa pesquisa mostra o momento do atendimento da crise dos pacientes como um dos aspectos mais difíceis e de maior tensão no cotidiano dos CAPS, e um dos principais geradores de angústia e sofrimento dos trabalhadores (Ferrer e Onocko Campos, 2009). Já as narrativas dos usuários de CAPS expõem com clareza as vantagens dessa nova perspectiva de cuidado à crise: atendimento mais humano, conhecimento mais próximo, internações mais curtas, e até situações de ajuda entre os próprios usuários em momentos de crise (Togni e Onocko Campos, 2011).

Assim, alguns dos problemas apontados pelos diferentes grupos de interesse com relação à crise e uso do leito foram: para os usuários, quando o CAPS não tem leito e eles têm que usar o leito de outro CAPS, a solidão é igual a do hospital e, em geral, o tratamento é rejeitado; já os seus familiares, só alguns participam das decisões acerca do acompanhamento do paciente em leito noite; os trabalhadores argumentam que ainda se

reproduz o manicômio quando é preciso conter a crise, a assistência fica restrita à medicação e muitas vezes o uso do leito-noite ultrapassa o limite colocado pelo Ministério da Saúde. Também destacaram que a crise afeta a equipe e que deixar o paciente no leito-noite pode ser uma forma de diminuir a angústia e a insegurança da equipe (Onocko Campos et al, 2009).

Em torno do tema da crise houve também pontos controversos entre os participantes da pesquisa: para alguns profissionais crise e leito-noite são equivalentes, e foram indicadas duas concepções antagônicas de crise, uma ligada à emergência de sintomas a serem contidos e outra que compreende o momento como de extrema fragilidade e oportunidade de reconstruções. Com relação ao uso do leito, para alguns profissionais é indicado quando a família não é continente ou quando a permanência no leito é longa, ou quando o paciente foge, porém outros profissionais acham que não há critérios objetivos para a internação (Onocko Campos et al., 2009).

Também foram apontadas possíveis “soluções” ou arranjos considerados potencializadores nos momentos de crise: os trabalhadores se referiram a aspectos como a organização de Equipe de Referência, o papel da referência no atendimento da crise, a atenção à crise fora do CAPS e o baixo uso do leito conseguido através do trabalho de referenciamento nos Centros de Saúde. Os usuários destacam como “bom”, o jeito de o funcionário falar, ficar perto, explicar, pois, segundo eles “ajuda a entender o que é necessário naquele momento” (Onocko Campos et al., 2009).

Não se trata aqui de negar a necessidade da internação como recurso terapêutico, trata-se sim, de estabelecer os limites de um serviço e da rede de serviços da qual forma parte, e de delimitar responsabilidades. Somos cientes que o CAPS não é o encarregado de dar conta de tudo. Ele, em si, não é substitutivo do hospital psiquiátrico no sentido de vir a ocupar o lugar do hospital, de vir a responder – agora o CAPS – pelo mandato social referente aos loucos, não é essa a proposta. O substitutivo é uma rede diversificada de serviços e dispositivos territoriais que possam dar conta da complexidade do sofrimento psíquico, estimulando e potencializando os recursos existentes na comunidade.

A família e as redes sociais

Em geral, o próprio caso, se acompanhado de perto, vai dando as diretrizes para a construção da possível rede de sustentação e apoio fora do serviço, o que pode ajudar a prevenir e evitar futuras internações. No entanto, é válido frisar que justamente os problemas subjetivos dos que estamos tratando geralmente têm a ver com um conflito nos modos das pessoas se relacionarem, com os outros e com o mundo, o que provoca o afastamento das trocas e interação com outrem.

Nessa difícil situação, a ação dos – e com os – familiares merece não ser desvalorizada, sendo necessária a inclusão deles no tratamento. O fato de possuir um membro da família em sofrimento mental é uma fonte de sofrimento para toda a família. Familiares de usuários de CAPS II, mesmo aportando seu afeto e predisposição permanente, apontaram dificuldades no manejo da crise e culpa pela doença; solidão e desamparo ante os primeiros sintomas; além de sentimentos como medo, tristeza, vergonha e raiva (Navarini e Hirdes, 2008).

Os achados de Muramoto e Mângia (2011) enriquecem o entendimento da importância da abordagem, por parte dos serviços substitutivos, das redes sociais dos usuários. Segundo os autores, os 25 usuários de CAPS II pesquisados possuem uma rede social empobrecida; a trajetória de vida dos sujeitos está relacionada a esse empobrecimento, uma vez que as rupturas provocadas pelas situações de crise ou de institucionalização os retiram da rede de relações, colocando-os em situação de vulnerabilidade social. Nenhum deles tinha amizades significativas e, muitas vezes, a família é o principal e único suporte para o dia a dia, e apoio fundamental nos momentos de crise, desde que as capacidades de resposta da família não tenham se esgotado. No entanto, essa pesquisa também evidenciou que, na construção dos projetos terapêuticos, o serviço não considerava os aspectos referentes à sociabilidade dos usuários, o que impossibilitava “prevenir ou evitar os riscos das transformações negativas ocorridas nas redes pessoais após a eclosão do transtorno mental e das diversas rupturas provocadas pelos processos de institucionalização” (Muramoto e Mângia, 2011).

No momento em que acontecem as crises, muitas vezes, as famílias ficam sem saber o que fazer ou tentam ajudar de alguma forma, porém, de maneira empírica. Percebe-se

uma ausência de capacitação dos familiares em relação ao manejo da crise (Navarini e Hirdes, 2008; Muramoto e Mângia, 2011).

Ainda que com discursos e práticas contraditórias em torno das questões que a crise gera nos trabalhadores, Willrich et al (2011) destacam que o CAPS pesquisado é “um espaço territorializado, aberto e capaz de atender às urgências e acolher os usuários em crise”, e concluem dizendo que:

A atenção à crise é um compromisso que torna a desinstitucionalização "mais real"; é uma luta cotidiana pela garantia do direito à singularidade, à subjetividade e à diferença; é a negação dos sentidos de periculosidade que coloca o louco como uma ameaça à sociedade; é a construção de práticas discursivas, posicionamentos e práticas de cuidado capazes de produzir novos sentidos, nos quais as pessoas em sofrimento psíquico sejam reconhecidas como sujeitos de direito.

Os achados de Kantorski et al (2011) apontam para o pouco preparo dos trabalhadores na hora de lidar com a crise e para a dificuldade extra que implica cuidar da crise em usuário que a equipe não conhece (Willrich et al, 2011). Essas também foram dificuldades encontradas na pesquisa de Onocko Campos et al (2009), além da redução das equipes noturnas que aparece como principal problema e fonte de estresse para os trabalhadores. Apesar dessas dificuldades, no geral, gestores, trabalhadores, usuários e familiares avaliaram que os CAPS III são continentes com usuários e familiares no momento da crise e na reabilitação, e consideraram como positiva a permanência do usuário com a mesma equipe nos momentos de crise, fato permitido pela existência de leitos nos CAPS III, sendo um importante diferencial em relação ao modelo hospitalar (Onocko Campos et al, 2009).

Capítulo 2

Referencial teórico

Pesquisa qualitativa e paradigma construtivista

Nossa metodologia de pesquisa é qualitativa, entendendo esta como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo que estas são tomadas tanto na sua origem como na sua transformação, como construções humanas significativas (Minayo, 2004).

O paradigma no qual pretendemos nos situar, definido como construtivismo, aponta as limitações do paradigma científico moderno para dar conta da realidade. Põe diretamente em questão A Verdade da Ciência e, ao mesmo tempo, torna parcial qualquer tipo de conhecimento produzido por ela. A verdade é construída a partir de consensos; a epistemologia, neste paradigma, é subjetivista, considerando a interação e a reconstrução mútua entre objeto, investigador e realidade; e a metodologia, neste paradigma, é hermenêutica, envolvendo contínua e dialeticamente interação, análise, críticas e novas análises (Onocko Campos et al., 2005).

O construtivismo social encontra-se bem longe do ideal de neutralidade sustentado por alguns argumentos positivistas. Ao contrário, os significados são construídos pelos sujeitos à medida que eles estão envolvidos no mundo que estão interpretando, em um processo de negociação social e historicamente determinado pelas normas culturais e sociais vigentes na época. Assim, como os significados do mundo antecedem nossa vinda a ele e nos são impostos por nossa cultura, sendo isto a base dos diferentes sentidos que cada um de nós extrai desse mundo, geralmente, a pesquisa qualitativa construtivista objetiva gerar significados a partir dos processos de interação das pessoas (Creswell, 2007).

Pesquisa e hermenêutica: a compreensão na Hermenêutica gadameriana

Como entendemos, compreendemos e interpretamos a realidade e os que nos rodeiam tem sido das principais tarefas da hermenêutica, pois ela se introduz no tempo presente para buscar o sentido que vem do passado ou de uma visão de mundo própria, envolvendo, em um único movimento, o ser que compreende e aquilo que é compreendido (Minayo, 1993).

Foucault (1987) considera que Freud, Marx e Nietzsche quebraram a racionalidade hermenêutica moderna e abriram a interpretação como tarefa infinita. Entendendo que “a tarefa é para martelos”, tentaremos produzir um texto que, longe de dar respostas acabadas, pretende martelar e quebrar preconceitos (sim, os nossos, mas também os dos que se exponham a ele), aproximando-nos da recomposição das perguntas que nos situam.

Para Hans-Georg Gadamer (1996), um dos clássicos⁸, a hermenêutica é a “arte de interpretar”, tem a ver com o incompreensível e com a compreensão do que existe de desconcertante na economia mental e espiritual do ser humano, ela intervém naqueles campos nos quais a simples aplicação de regras não é suficiente. A tarefa da hermenêutica não é desenvolver um procedimento da compreensão – esta não se dá seguindo regras – mas esclarecer as condições sob as quais a compreensão é possível. Acatando a sua proposta de hermenêutica crítica, trabalharemos alguns dos principais conceitos que o autor desenvolveu: “história efetual”, tradição, preconceitos e autoridade.

Compreender um texto sempre implica em um projetar, outorgando sentido ao que lemos a partir de nossas expectativas. Elaborar esses projetos é elaborar antecipações, que serão corretas e adequadas às coisas, se forem confirmadas “nas coisas”. É essa a tarefa da hermenêutica: restabelecer o entendimento alterado ou inexistente.

Aqui não existe outra “objetividade” que a confirmação que uma opinião prévia obtém através de sua elaboração. Pois o que caracteriza a arbitrariedade das opiniões prévias inadequadas, senão que no processo de sua execução acabam se aniquilando? [...] Em geral tem-se de dizer que é somente a experiência do choque com um texto – seja porque ela não oferece nenhum sentido, seja porque seu sentido não concorda com nossas expectativas – o que nos faz parar e perceber um possível ser-diverso do uso da linguagem (Gadamer, 1997, p. 403).

8 “[...] é clássico o que se mantém em face à crítica histórica” (Gadamer, 1997, p. 431)

É essa possibilidade do ser-diverso que faz o compreender um ato sempre produtivo, sendo importante ressaltar que “quando se logra compreender, compreende-se de um modo diferente” (Gadamer, 1997, p. 444).

Claro, para que esse compreender-se seja possível, é necessário chocarmos, suspender nossos preconceitos, abrindo uma produtiva distância-tempo, uma pergunta. Pois, visto logicamente, é essa a estrutura que possibilita a interrupção dos próprios preconceitos, a suspensão da sua validade. “Distinguir os verdadeiros preconceitos, sob os quais compreendemos, dos falsos preconceitos que produzem os mal-entendidos. Nesse sentido, uma consciência formada hermeneuticamente terá de incluir também a consciência histórica” (Gadamer, 1997, p. 447). Tornando conscientes os próprios preconceitos que determinam a compreensão, o que se destaca é a tradição com todo o seu direito a ser-diverso, à diferença.

Um pensamento verdadeiramente histórico tem de pensar ao mesmo tempo a sua própria historicidade. [...] O verdadeiro objeto histórico não é um objeto, mas é a unidade de um e de outro, uma relação na qual permanece tanto a realidade da história como a realidade do compreender histórico. Uma hermenêutica adequada à coisa em questão deve mostrar na própria compreensão a realidade da história. [...] entender é, essencialmente, um processo de história efetual (Gadamer, 1997, p. 448).

Todos nós pertencemos a uma sociedade e, por isto, estamos sujeitos à tradição, que nos modela, determina e configura em nós uma série de preconceitos. Estes preconceitos são os que permitem nos entendermos no nosso contexto e momento histórico, é por causa disto que Gadamer (1997) considera que os nossos preconceitos são a realidade histórica do nosso ser. Compreender vai demandar o engajamento, a implicação dos nossos preconceitos.

Gadamer relaciona o sentido da tradição com a sua teoria hermenêutica, que herdou de Schleiermacher, Dilthey e Heidegger. O nosso conhecimento e a nossa vida são finitos: estão arraigados no tempo, e a verdade não se mostra facilmente. Quando interpretamos a história, o nosso horizonte de compreensão encontra e funde-se com outro horizonte de vida, que pertence ao acontecimento-palavra do passado: e, nesse encontro, tem lugar a

compreensão, sempre finita e parcial, da verdade. É uma verdade manifestada no tempo, mas não infinita.

Dissemos que, para Gadamer, no ato hermenêutico cumpre um papel importante a *Wirkungsgeschichte* (“história efetual”), essa diversidade de acontecimentos que unem o passado com a nossa atualidade. Eis aqui onde entra a importância da tradição, pois é o fio condutor e o elemento que nos traz, quando é bem interpretado, uma cintilação de verdade. Infelizmente para alguns, teremos de dizer que a verdade não se manifesta na pesquisa nem na exploração científico-técnica da natureza, mas no encontro com o que a história tem nos entregado de sentido. Pode se dizer que é uma ilusão confiar o sentido da verdade somente à razão, como é um grande engano imaginar um uso puro da razão, ou seja, completamente livre de preconceitos.

Gadamer se apoia na crítica romântica ao *Aufklärung* (esclarecimento), pois o romantismo defendeu essa forma de autoridade chamada tradição. A realidade dos costumes, por exemplo, é, e continua sendo, em âmbitos bem vastos, algo válido a partir da herança histórica e da tradição. Os costumes são adotados livremente, mas não criados por livre inspiração nem sua validade nela se fundamenta. É isso, precisamente o que denominamos tradição: o fundamento de sua validade. “[...] à margem dos fundamentos da razão, a tradição conserva algum direito e determina amplamente as nossas instituições e comportamentos” (Gadamer, 1997, p. 421).

A tradição revela-se, então, não como algo antagônico à razão, senão como um “mundo” portador de significado, com a condição que seja adequadamente interpretado (Gadamer, 1997). O uso crítico da razão – ou, como dissemos, o pensamento crítico – alimenta-se da tradição para conduzir luz ao caminho presente. Uma razão em oposição à tradição leva à falsa e estéril auto-suficiência, empobrecendo significativamente nossa visão da vida.

O que pode dar sentido a nossa busca no passado, a essa volta às tradições, é sempre o presente e os interesses: quais problemas, o que conseguimos levantar de incompreensível em forma de pergunta na situação dada (Onocko Campos, 2003 b, p. 38).

Vemos, assim, como é falsa a dicotomia e a suposta oposição entre tradição e razão. A tradição, segundo Gadamer, seria uma instância complementar, que tentaria recompor a tendência de uma racionalidade por demais abstrata, totalmente afastada de qualquer referência à singularidade, à linguagem, à vida como processo histórico social. Essa prática – tão proclamada pelos mentores do “fim da história” –, isto é, pretender filosofar, fazer ciência ou produzir conhecimentos, sem levar em conta o fio condutor que nos une à história das ideias e à vida em cultura, é, pelo menos, sem sentido.

Definimos a tradição, falamos dos preconceitos, mas ainda queremos ressaltar que, para Gadamer, “[...] ‘preconceito’ (*Vorurteil*) quer dizer um juízo (*Urteil*) que se forma antes da prova definitiva de todos os momentos determinantes segundo a coisa” (Gadamer, 1997, p. 407). O autor adverte que a negatividade comumente atribuída ao termo em prejuízo, assim como no francês com *préjugés*, também no espanhol com *prejuicio*, é secundária. Tentando resgatar a validade positiva do termo, entende que “preconceito” não é, de modo algum, falso juízo, pois está em seu conceito (ser pré-conceito) que ele possa ser positivo ou negativo.

Para traçar uma justificativa de que os preconceitos podem ser produtivos, é importante a definição do conceito de autoridade. A autoridade é um atributo das pessoas não fundamentado como ato de subordinação e/ou resignação da razão, mas como ato de reconhecimento e de conhecimento: reconhecemos no outro certa primazia do seu juízo sobre o nosso. Desse modo, a autoridade não se outorga, mas adquire-se e repousa sobre a ação da própria razão e, tornando-se consciente de seus próprios limites, atribui a outro uma perspectiva mais acertada. Este sentido de autoridade que nos diz Gadamer (1997), nada tem a ver com a obediência cega.

Resumindo, as ciências do espírito, segundo Gadamer, estão permanentemente sendo interpeladas pela própria tradição, pois só através da interpelação de nossos objetos de investigação – como dos conteúdos da tradição – é que eles adquirem significação, destacando-se, mas ao mesmo tempo tornando visível aquilo do que se destacam. “[...] determinar de novo o significado do investigado continua sendo a única realização autêntica da tarefa histórica” (Gadamer, 1997, p. 424).

Do preconceito à liberdade crítica

Abordar a crise na saúde mental e o seu tratamento em serviços de saúde cujo traço comum é cuidar do ser-diverso, analisar as tradições que trataram e tratam o assunto; fazer dos preconceitos em torno da loucura perguntas capazes de instaurar uma distância-tempo no qual o diferente tenha garantido o seu direito a advir; descobrir e incorporar as diversas autoridades excluídas pelos preconceitos; enfim, compreender – de modo diferente – que não é outra coisa que concretizar (Gadamer, 1997), materializar – sem que por isso seja evidente aos olhos – a consciência histórica, são algumas das questões nas quais desejamos mergulhar na presente pesquisa.

No tópico anterior, nada falamos do valor positivo do termo autoridade, geralmente com conotações negativas relacionadas ao termo autoritário. O fato de que autoridade seja a principal fonte de preconceitos tem a ver com o princípio fundamental do *Aufklärung*, que claramente formulou Kant: tenha coragem de te servir de teu próprio entendimento (Gadamer, 1997). Em épocas em que a consciência histórica reclamava atentar com estas palavras contra a autoridade das igrejas e monarquias, isto serviu para a emancipação política da burguesia. Mas como disse Gadamer (1996), “[...] a burguesia já alcançou a maioria de idade; mas não assim as crianças. De modo que, em pedagogia, a ressonância positiva pode ter-se mantido” (p. 134), pois falar em uma palavra autorizada, por exemplo, no terreno educativo, confere valor positivo ao termo de autoridade.

Gadamer (1996) teve que utilizar o termo autorizado para poder explicar o conceito de autoridade, assinalando que só pode qualificar-se como autorizado aquele que não necessita apelar pela sua própria autoridade. Qualquer um que pretenda adquirir autoridade por meio de medidas, afirmações ou ações, o que de fato procura é o poder e está destinado a exercer um poder autoritário. Qualquer semelhança com a realidade de nossas instituições é mera coincidência.

Mais adiante, revisaremos, nas tradições do campo da Saúde Mental, aquelas que trataram da atenção à crise nos serviços de saúde mental; veremos como a crise é um nó fundamental em qualquer proposta de atenção à saúde mental das populações; e

percorreremos experiências de transformações radicais – verdadeiras mudanças paradigmáticas – originadas a partir das chamadas Reformas Psiquiátricas, implantadas a partir da profunda crítica e avaliação negativa do hospital psiquiátrico e da internação como únicos recursos para tratar dos problemas graves no psiquismo.

Gadamer (1996) considera que, com a figura do médico⁹, não se dá o mesmo mecanismo com relação à autoridade. Esta última, mais do que adquirida, é exigida. Mas não é tanto a autoridade que costumamos observar nos hospitais psiquiátricos, onde as relações e o abuso de poder, muitas vezes, ficam evidentes e predomina a indicação de procedimentos, a restrição da liberdade e o isolamento. É o paciente quem espera, mais do que isso, quem reclama da equipe essa autoridade clínica necessária para acolher o sofrimento (Diaz, 2009).

Constantemente – e não em última instância – devemos apoiar-nos em algo ou em alguém que mereça nossa confiança. Toda nossa vida comunicativa se baseia nisto. Uma verdadeira autoridade é aquela à qual lhe é atribuída um conhecimento ou capacidade superior, e é o que desejamos de nossos mestres e médicos. Mas se de acumulação de conhecimento se trata, a ciência tem muito a nos dizer, pois ela, segundo Gadamer (1996), constitui o fundamento da autoridade.

Ahora bien, el método y la metodología son, de hecho, elementos característicos de la ciencia. Sin embargo, su implementación tiene un trasfondo humano: la autodisciplina, que hace prevalecer el método por encima de todas las inclinaciones, los presupuestos, los prejuicios y los intereses que inducen a la tentación de aceptar como verdadero lo que más nos cuadra (Gadamer, 1996, p. 138).

Mas, ante a autoridade da ciência, o mesmo Gadamer (1996) nos adverte sobre a necessidade de tomar consciência da exigência humana que se impõe a todas as pessoas que compartilham dessa autoridade: a exigência da autodisciplina e da autocrítica, uma exigência ética. A ética implica inevitavelmente a inclusão de um terceiro, que reconheço como diferente de mim, um outro, semelhante, porém não igual. A ética é uma

9 Entendemos que, para o nosso objeto, é possível pensar em qualquer membro da equipe de saúde e não só na figura do médico. Ainda sabendo que não se trata de uma simples e ingênua troca de palavras, retomaremos isto mais adiante.

característica dos coletivos humanos, mas um coletivo não é necessariamente a humanidade toda, e vai dizer de nossa posição subjetiva frente àquele que sofre.

É isso. Essa exigência ética é o respeito ao outro. Novamente Gadamer (1996) vai nos trazer luz sobre essa exigência imposta ao nosso voraz narcisismo, o que implica no domínio dele, em prol do respeito ao semelhante. O reconhecimento do outro implica reconhecer a sua liberdade, mas isto exige uma liberdade de parte de si mesmo: a de nos auto-limitar. A liberdade supõe possuir capacidade crítica, e esta implica, ora a aceitação de uma autoridade superior – condição *sine qua non* – ora o fato de nós mesmos sermos reconhecidos, ao mesmo tempo, como uma autoridade superior. Assim, liberdade crítica não se opõe à autoridade, mas estão intimamente relacionadas. Liberdade crítica significa liberdade para a crítica e, sem dúvida, a mais difícil é a autocrítica. Ela serve de base não só a essa característica humana de reconhecer os próprios limites, mas também à autêntica autoridade. E a expressão mais direta da autocrítica reside em ser capaz de perguntar, pois isso implica em um não saber, uma ignorância e, na medida em que é dirigida a outro, implica, também, na aceitação de uma possível superioridade dos conhecimentos desse outro (Gadamer, 1996).

Trata-se do necessário equilíbrio entre a autoridade que representa e a liberdade crítica que o trabalhador da saúde deve conservar. É isso o que, com outras palavras, veremos acontecer quando falamos da clínica ampliada (Campos, 2003) e da relação usuário-trabalhador (Onocko Campos, 2005). Ou, quando voltamos a falar da distância-tempo nas urgências em saúde mental, quando falamos na necessidade de instaurar uma pergunta ali onde há puro ato, onde, a partir do reconhecimento do outro, podemos abrir um espaço em que um sujeito possa advir. Enfim, trata-se da autoridade clínica (Diaz, 2009) que é necessária construir, co-produzir, entre usuário, familiares, trabalhador, serviço, território...; é o próprio caso que vai dando as coordenadas possíveis de se explorar.

Destaque do objeto

A implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil implicou, entre outras coisas,

num novo modo de conceber a loucura e de lidar com ela. Assim, não só se reorganizou o sistema de saúde mental com a implementação de mais e novos serviços, como também se implementaram neles dispositivos de atenção e arranjos institucionais que subverteram a lógica tradicional da atenção a pessoas em sofrimento psíquico.

Assim, valemo-nos do conceito de destaque de objeto, no sentido de não o amputar das condições nas quais se produz, pois aquilo que é destacado ressalta ao mesmo tempo aquilo *do qual* se destaca. Desse modo, é o presente e suas questões não compreendidas, elevadas à forma de uma pergunta, que fazem possível o destaque do objeto. O pesquisador, então, volta sua atenção para o passado e as tradições, sendo, na fusão desses dois horizontes (passado-presente), que o objeto de estudo se destaca (Gadamer, 1997).

O que é a crise em saúde mental? Quais as tradições que a abordaram? Qual concepção de crise construiu cada uma delas? Quais respostas para lidar com ela? Quem, onde, quando, e como lidar com ela? Os CAPS devem lidar com as crises dos seus usuários, podem? Só eles? Qual a relação entre crise e internação e/ou uso de leito de atenção integral? Quais os preconceitos em torno da crise? Que significados são construídos em torno dela pelos usuários que as vivenciam? Qual o lugar desses significados na hora de pensar as políticas, os serviços e as práticas em saúde mental?

Pesquisamos os significados construídos relacionados às experiências vivenciadas nos momentos de crise subjetiva por pessoas com diagnóstico de transtornos do espectro esquizofrênico usuárias de CAPS de Campinas-SP, Rio de Janeiro-RJ e Salvador-BA. Estes significados são analisados à luz das tradições que a nosso critério conformam hoje o campo da saúde mental no Brasil, extraindo dessa análise as possíveis contribuições tanto para os gestores formularem as políticas e organizarem os serviços de atenção; quanto para os trabalhadores de esses serviços aprimorarem a sua prática.

Revisitando as tradições

Entendemos necessário, partindo dos impasses atuais, dos desafios, dos novos problemas que surgem de recentes soluções, voltarmos às tradições que conformam e determinam nossas instituições e práticas atuais. Não faremos um exaustivo percurso histórico de todas as tradições, principalmente porque não é o nosso objeto e porque diversos autores – nos quais nos apoiaremos – já o fizeram. O que queremos é poder captar a história efetual nessas tradições, isto é, basear-nos-emos não em uma cronologia de fatos e/ou datas importantes, mas no seguimento e na interpelação do fio condutor que destaca, dá sentido e fundamenta a validade das nossas práticas hoje, e das perguntas que ela nos coloca. Porque entendemos que a história da conformação do campo da saúde mental não possui uma linearidade racional, principalmente porque os diversos momentos históricos que atravessou não respondem a necessidades internas ao campo, ou a uma ou outra disciplina, pelo contrário, veremos que o que configura as mudanças periódicas são fatores sociais e políticos.

Desse modo, escolhemos adotar um esquema de análise que resgata os pontos essenciais ao nosso objeto, a modo de fio condutor, elementos que, guardando autonomia relativa entre si são possíveis de ler independentemente do período histórico que se trate. Esquemáticamente poderíamos dizer que tentam responder às perguntas: o quê, com quê, quem, como e onde. Do que se está falando, o que se entende por doença/saúde mental? Quais disciplinas vão se encarregar de dar resposta a essas problemáticas? Quem e com quais saberes vão se entender a doença mental e a construção de novos saberes? Como, por meio de que práticas? E, finalmente, onde é, quais instituições para se fazer tudo isto? Dito de outro modo: a) qual a concepção de saúde mental; b) quais as políticas, o planejamento e a organização dos recursos, c) quais os recursos necessários para a implementação das práticas, d) quais práticas, e) e em que local e/ou instituição enfrentar os problemas de saúde mental da população.

Os debates em torno das concepções de cidadania e loucura atravessam toda a história da psiquiatria e da saúde mental e, para irmos construindo a nossa inscrição, a nossa filiação ligada a certas tradições que abordaremos a seguir, diremos, logo de início

que não comungamos com “certas ambições igualitaristas que, em nome da crítica à exclusão, nos levaram a utopias de ressocialização feliz ou a tentativas de dissolver a especificidade da loucura no campo das práticas de saúde” (Bezerra Jr., 1992). Por outro lado, também entendemos que a liberdade, a inclusão social, a participação, não são concretizadas somente com a garantia formal ou constitucional do pleno exercício dos direitos que como cidadãos nos assistem; a efetiva inclusão, participação e liberdade também dependem dos recursos subjetivos e simbólicos dos sujeitos para serem ativos construtores das suas escolhas, da sua história.

A medicina mental e a psiquiatria

No final do século XVIII, Philippe Pinel e a Revolução Francesa podem ser considerados um primeiro exemplo do que acabamos de colocar: necessidades sociais e políticas determinam as intervenções em torno da loucura. As primeiras tarefas de Pinel, interventor no manicômio de *Bicêtre*, foram diferenciar entre os internados os que realmente estavam loucos e os que agiam como simuladores, levar a justiça e moral da revolução também com os cidadãos internados e vigiar a internação dos loucos (Galende, 1994). Não é sem importância ressaltar que a Pinel foram encarregadas essas tarefas mais por ser ele uma autoridade revolucionária com características humanistas como médico, do que um grande conhecedor de transtornos mentais. Foucault (1967) é bem claro quando coloca que se o personagem do médico pode isolar a loucura não é porque a conhece senão porque a domina. Desde o começo, o médico foi, no asilo, Pai e Juiz, Família e Lei, interpretando os velhos rituais de Ordem, Autoridade e Castigo.

O tratamento moral por ele proposto tem sua sustentação nos ideais da burguesia protagonista da revolução: a importância da família e das relações familiares; a responsabilidade e as relações com a lei e os castigos por esta impostos àqueles que a violam; identidade entre razão e ordem frente à perda da razão e à desorganização da loucura. Indicações morais que ainda hoje subsistem em diversas abordagens. Em seu “Tratado médico-filosófico da alienação mental ou a mania” de 1801, Pinel elabora uma classificação, uma primeira nosografia e estabelece que: a alienação mental é uma doença

como outras doenças orgânicas, uma perturbação das funções do cérebro e dos nervos; que o isolamento – no hospital psiquiátrico – é curativo, para apartar o paciente do que o adocece, mas principalmente porque o médico pode controlar todos os aspectos da vida dos pacientes, submetidos a uma severa disciplina. Com Pinel, surge uma proposta de reforma política da medicina mental, a abordagem da loucura desde uma perspectiva ética e social: a situação dos loucos pode mudar se são integrados moral e socialmente à nova sociedade. Também, nesse movimento, surge a psiquiatria e o hospital psiquiátrico.

Eis aqui o nascimento da associação entre psiquiatria e manicômio, desde o momento em que o louco é declarado doente e necessita ser isolado para ser tratado. Essa relação é nevrálgica para a psiquiatria e persiste até hoje. O manicômio foi a matriz de toda relação terapêutica já que está organizado em função da sustentação de um saber sobre a loucura que é exercido como poder sobre o comportamento e sobre o corpo dos sujeitos. Essa associação entre instituição manicomial, saber psiquiátrico e poder sobre o outro (Foucault, 1967) ainda perdura nos manicômios existentes. E por isto, veremos depois como os movimentos em saúde mental de pós-guerra vão focar em mudar essa relação de poder.

Na segunda metade do século XIX, os desenvolvimentos da medicina geral produziram uma série de transformações no plano do conhecimento, que levaram a psiquiatria a adotar o modelo anátomo-clínico proposto por Kraepelin. As bases foram (Galende, 1983): a) a loucura pode ser observada e descrita em condições similares aos outros objetos das ciências; b) colocada no lugar de objeto abre-se a possibilidade de conhecê-la racionalmente; c) sendo a loucura objeto de um conhecimento positivo estão dados os fundamentos para um conhecimento objetivo do homem. Desse modo, surge uma “psicologia objetiva” e uma “psiquiatria” científica.

Naturalmente al haber tomado el modelo de la medicina biológica como referencia para la psiquiatría se incorporó también su modelo de causalidad, sumergiendo a los psiquiatras en inacabables debates sobre organogénesis versus psicogénesis, enfermedades de origen endógeno versus exogeneidad, innato

versus adquirido, etc. (Galende, 1983, p 56).

Essas dicotomias marcaram os debates na psiquiatria até a publicação da “Psicopatologia Geral” de Karl Jaspers em 1913, inaugurando a psicopatologia fenomenológica. Essa obra critica explicitamente o positivismo hegemônico na psiquiatria e funda um método psicopatológico que vai possibilitar a construção de psicoterapias racionais (Galende, 1983), a partir de quatro eixos: a) a superação do positivismo médico pela antropologia existencial; b) a fenomenologia detalhada do sintoma, sem correlações anátomo-clínicas, substitui as categorias médicas com relações de sentido; c) a compreensão fenomenológica da patologia só é possível no plano do discurso; e d) a relação do sintoma psíquico com o vivenciado e a biografia do doente permite definir novas categorias do patológico.

A psicopatologia fenomenológica contribui para debilitar a hegemonia do modelo anátomo-clínico e a obsessão classificatória, os doentes começam a ser ouvidos, revaloriza-se a dimensão subjetiva do sofrimento, espera-se poder influir na sua vivência patológica através da palavra, e procuram-se articulações entre o vivenciado, a emergência da doença e a nova relação social produto da doença. Porém, o interesse não esteve relacionado com mudar a situação dos doentes nos asilos. Mesmo assim, é destas correntes, como também da psicanálise, de onde surgirão as transformações depois da Segunda Grande Guerra.

Essa forte influência, primeiro da psicanálise e dos diversos movimentos de reforma institucional da psiquiatria e, depois, das experiências de desinstitucionalização, foi gerando uma crise na psiquiatria em todos os seus níveis constitutivos (Birman e Costa, 1994):

1) Enquanto Sistema Assistencial, nas suas características de atenção pública e privada. O psiquiatra deixa de ser um profissional liberal para se tornar um profissional com tarefas terapêuticas que já estarão mais restritas aos atendimentos individuais cara a cara, controlado e regulado pelo Estado e não pela corporação médica.

2) Como saber, enquanto disciplina teórica, seus fundamentos são questionados na sua cientificidade. Conflito entre um saber cujo objeto é a psiquiatria e um novo saber

com um novo objeto: a saúde mental. Importante mudança epistemológica, na medida em que se transformam o discurso psiquiátrico e as estruturas assistenciais.

3) Em função desses conflitos, a crise também atinge a psiquiatria enquanto prática clínica. Entre a nova prática exigida, e a prática anterior coerente com o antigo objeto, radica um novo conflito, onde nem sempre existirá homogeneidade e coerência entre as estruturas lógico-conceituais e os seus instrumentos operacionais de realização terapêutica.

É neste contexto de crise que surgem as diversas experiências chamadas de Reforma Psiquiátrica, mas, antes de abordá-las, deveremos passar pelos aportes feitos por Sigmund Freud e a psicanálise.

Psicanálise

Abordaremos a psicanálise fazendo antes algumas ressalvas. A primeira de todas é que a abordaremos a partir dos principais desenvolvimentos do seu criador: Sigmund Freud, e de alguns dos psicanalistas pós-freudianos com desenvolvimentos caros ao nosso objeto. Quer dizer, assim como fizemos com a psiquiatria e como faremos posteriormente com as outras correntes que contribuíram com o estabelecimento do campo da Saúde Mental, a abordagem objetiva o resgate dos pontos centrais relativos ao nosso objeto, feitos pelos seus primeiros e principais referentes, sem entrar nos desenvolvimentos e novas vertentes criadas por dentro de cada uma dessas teorias e/ou correntes.

Em segundo lugar, não introduzimos a psicanálise com o intuito de, simples e somente, comparar teorias e técnicas. Se alguma coisa caracteriza a nossa sociedade atual é a impossibilidade de apreendê-la enquanto unicidade, enquanto totalidade. As formas da vida em sociedade, as teorias e disciplinas que a definem, e as práticas, expressam uma fragmentação cada vez maior. Entendendo o campo da Saúde Mental como social e político, muda a centralidade da medicina e da sua suposta objetividade, requerendo, assim, intervenções que possuam uma compreensão dos processos sociais e de sua regulação, entendemos que a psicanálise aporta ferramentas para essa análise do social.

Terceira e última ressalva: entendemos que a psicanálise coloca ênfase na

necessidade de uma escuta clínica como condição de possibilidade para atingir o que há de mais singular no padecimento psíquico de determinado sujeito, oferecendo ferramentas a serem aportadas na abordagem desses padecimentos.

Psicanálise não como teoria que pretende a verdade a respeito das características dos acontecimentos do psiquismo, mas como:

(...) ferramenta conceitual, instrumentos de análise que permitem descrever experiências humanas carregadas de sofrimento e perplexidade em termos que preservam a peculiaridade e a singularidade do sujeito que a vive, e a trajetória específica que esse sujeito trilhou. E isto com o objetivo de abrir-lhe condições para que possa se reapropriar de uma experiência – a loucura – que parece se impor a ele de maneira insuportável (Bezerra Jr., 1992, p.31).

O questionamento com as noções de processo e estados terminais de Kraepelin foi aprofundado pelas descobertas freudianas. Explicar os sintomas histéricos pela hipótese de um traumatismo anterior, dizer que as histéricas sofriam de reminiscências, era uma maneira de afirmar a importância da história do sujeito na formação e na evolução dos sintomas. Em “O mal-estar na civilização” (1930), Freud define a cultura como a totalidade das produções e instituições que separam a nossa vida de nossos antepassados animais, e serve para dois fins: proteger o homem contra a natureza e regular as relações dos homens entre si. Por isto, argumenta que é permanente a busca por conseguir certo equilíbrio entre as exigências dos indivíduos e as exigências da vida em sociedade. O próprio Freud ressalta que o equilíbrio é impossível de conseguir, pois nessa renúncia às exigências individuais, a forma com que cada um consegue lidar com o que não é possível expressar em prol da vida em comunidade, radica uma das principais fontes do sofrimento subjetivo. Desse modo, Freud conclui o seu texto sendo otimista com relação à potência do sujeito para a transformação da realidade que o rodeia, dizendo que cabe esperar que o indivíduo encontre alguma forma de equilíbrio na sua economia libidinal pessoal e que a formação social consiga um funcionamento que possibilite uma ampliação dos limites do recalque e da renúncia imposta aos seus integrantes. Mas também Freud (1924) foi bem claro ao advertir qualquer tentativa de achar o equilíbrio pela via da moral, do “dever ser”,

se bem cumpre uma função no processo civilizatório, mas na sua generalização e expansão levaria essas sociedades à destruição e à morte. Da mesma forma que qualquer configuração coletiva com um claro objetivo de vida, um dever que submete a todos sem distinção, exalta a moral do grupo, sendo qualquer diferença vista como ameaça gerando as condições de necessidade para sua destruição.

Apesar de e/ou por isto, Freud se pergunta sobre o que esperam os homens da vida, o que pretendem conseguir nela, e responde que é difícil errar uma resposta dessas, afirmando com firmeza que os homens querem ser felizes e não querem deixar de sê-lo (Onocko Campos, 2001). Mas também adverte que "uma satisfação irrestrita de todas as necessidades se nos apresenta como o método mais tentador de conduzir nossas vidas; isso, porém, significa colocar o gozo antes da cautela, acarretando logo seu próprio castigo (...)" (Freud, 1930, p. 11). Daí que as três fontes de sofrimento por ele desenvolvidas são: a natureza, que impõe suas condições aos homens; a morte, relacionada à extinção biológica do corpo; e "a insuficiência de nossos métodos para regular as relações humanas na família, o Estado e a sociedade" (p. 12).

Ora, se depende de nós, construtores da sociedade, qual é a razão pela qual não conseguimos fazer com que as instituições que nós mesmos criamos produzam bem-estar e proteção para todos? Contestar essa questão é o que leva Freud a procurar uma resposta tentando encontrar uma explicação no funcionamento psíquico das pessoas.

Diversos são os mecanismos que Freud destaca que os sujeitos implementam para evitar o sofrimento, o desprazer que traz a vida em sociedade, a relação com os outros: mudança de objeto da libido; sublimação; o isolamento voluntário como separação do mundo. Destaque especial – pela atualidade do assunto – merecem os sedativos, que ele aponta (Freud, 1930) como sendo: "as diversões intensas que permitem considerar nossa miséria como insignificante, as satisfações substitutivas, incluindo os sintomas, que a amenizam". E continua, "o mais grosseiro, embora também o mais eficaz desses métodos de influência é o químico: a intoxicação". Finaliza dizendo:

Devemos a tais veículos não só a produção imediata de prazer, mas também um grau altamente desejado de independência do mundo externo, pois sabe-se que, com auxílio desse 'amortecedor de

preocupações', é possível, em qualquer ocasião, afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio, com melhores condições de sensibilidade (p. 14).

Mas tem outra técnica defensiva contra o sofrimento gerado pelo relacionamento com outrem, a loucura: aquele que se aparta do mundo construindo um novo, no qual são apagados os traços insuportáveis e substituídos por outros mais adaptados ao desejo. Ao mesmo tempo, também adverte sobre o engano com relação à momentânea felicidade desse caminho que rapidamente acaba, pois sempre, mais cedo do que tarde, a realidade acaba se impondo.

Freud transforma totalmente a noção de loucura da psiquiatria positivista, priorizando a escuta do sofrimento, considerando o delírio, por um lado, produto de uma errância, mas, por outro lado, tentativa de restabelecimento. Embora a estrutura principal do arcabouço teórico das psicoses já estivesse conceituada em seus escritos anteriores, foi a partir da narrativa, da publicação das "memórias" do presidente Schreber (1903), que Freud aprofundou a compreensão da psicose.

Trata-se da irrupção no psiquismo de uma ideia que não pode ser aceita tal como é, uma carga intensa de energia que entra no psiquismo e precisa ser descarregada, uma representação inconciliável com a realidade que desata o conflito. Isto produz a clivagem do eu (*spaltung*) (Freud, 1927), a coexistência, no coração do eu, de duas atitudes contraditórias, uma de recusa (renegação) e outra de aceitação da realidade. É uma entrada invasiva de libido que ultrapassa as possibilidades de resposta do sujeito. Tudo o que aconteça, a partir desse momento, será em função de poder resolver esse conflito. Será preciso achar um modo de ligar essa energia, e é aí que a psicose constitui uma tentativa de ligação.

Assim, segundo Freud, na paranoia, o recalçamento consistiria num desligamento da libido, parcial ou geral. A representação que foi rejeitada internamente retorna desde o exterior de modo persecutório, quer dizer que a libido anteriormente ligada aos objetos volta-se para o eu, sendo esta volta para o eu a característica principal da paranoia. No entanto, na esquizofrenia, a volta da libido para o eu também seria o mecanismo constitutivo, mas esse retorno se faz até a fase pré-narcísica, e esse retorno seria sob a

forma da alucinação, e não do delírio, como na paranoia (Nasio, 2001).

A partir do grego *schizein* (fender, clivar) e *phrenos* (pensamento), Bleuler denominou esquizofrenia ao que Kraepelin denominou “demência precoce”, entendendo que as ideias de personalidade, eu e relação do sujeito com o mundo (interno e externo) tinham um papel considerável. Os principais sintomas eram a incoerência do pensamento, da afetividade e da ação (chamada *spaltung* ou clivagem), o ensimesmamento, fuga de ideias, inadaptação ao mundo externo, ideias bizarras, e uma atividade delirante sem depressão, sem mania, etc. (Roudinesco e Plon, 1998).

Tentativa, muitas vezes falida, de restabelecimento de um modo menos sofrido de estar no mundo.

Com referência à gênese dos delírios, inúmeras análises nos ensinaram que o delírio se encontra aplicado como um remendo no lugar em que originalmente uma fenda apareceu na relação do ego com o mundo externo. Se essa precondição de um conflito com o mundo externo não nos é muito mais observável do que atualmente acontece, isso se deve ao fato de que, no quadro clínico da psicose, as manifestações do processo patogênico são amiúde recobertas por manifestações de uma tentativa de cura ou uma reconstrução (Freud, 1923/1999).

É possível ver essa ideia, a de reconstrução, em vários momentos da obra de Freud, estendendo-a aos sintomas de outras psicoses, e explicada inúmeras vezes a partir do trabalho do sonho (Freud, 1911 a, b/1999, 1914/1999, 1916/1999).

Freud subverte a noção pineliana de loucura. Já em 1894, afirmava que o delírio tinha uma função e um sentido. Sendo assim, não há o que ser corrigido. Há o que ser escutado. Não há o que ser abolido. Há o que ser recuperado. Há o que ser construído (Corbisier, 1992).

É isso o que nos traz Freud com a Psicanálise. Um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo, um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios nesses processos e uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas, conformando uma nova disciplina científica (Freud, 1922/1999). Um corpo teórico para pensar o psiquismo e

a subjetividade, ferramentas conceituais e instrumentos de análise que nos permitem entender e resgatar os modos singulares com que os humanos experimentam, sofrem e desfrutam da vida.

É com Freud que o psicótico começa a ser ouvido. É com Freud que se passa da paralisante e muda entidade nosográfica da psicose à polissemia dos dizeres do psicótico. Bezerra Jr. (1992) adverte sobre os riscos de inverter o eixo da investigação e o sentido da clínica, se achamos que o problema é a entidade psicose, que ela fala através dos psicóticos, sendo os psicóticos meros efeitos. Dar lugar à voz do psicótico, escutar o delírio, foi a condição de possibilidade para a inteligibilidade da psicose, restituindo “ao discurso do louco a positividade que havia sido apagada pela psiquiatria” (p. 32).

As representações delirantes que chegam à consciência através de uma formação de compromisso (os sintomas do retorno do recalcado) fazem exigências à atividade de pensamento do ego, até que possam ser aceitas sem contradição. Visto que elas próprias não são influenciáveis, o ego precisa adaptar-se a elas; e assim, o que aqui corresponde aos sintomas da defesa secundária na neurose obsessiva é uma formação delirante combinatória — delírios interpretativos que terminam por uma alteração do ego (Freud, 1896).

Podemos observar como a questão do “social” – colocada no começo – atravessa a obra freudiana e é permanentemente articulada com o individual. Não há questão “social” que não tenha a ver com o individual e, ainda que a psicologia individual relacione-se com o homem tomado individualmente, apenas raramente e sob certas condições excepcionais, a psicologia individual se acha em posição de não levar em conta as relações desse indivíduo com os outros. Sempre é possível encontrar algo a mais envolvido na vida psíquica do indivíduo, como um modelo, um objeto, um auxiliar, um oponente. Dessa forma, Freud já em 1921 estabeleceu que, “desde o começo, a psicologia individual, nesse sentido ampliado, mas inteiramente justificável das palavras, é, ao mesmo tempo, também psicologia social” (Freud, 1921/1999).

Freud (1917) não era otimista com relação às possibilidades da psicanálise com o tratamento da esquizofrenia. Para ele, no caso da esquizofrenia, não se trata de uma

indicação de cura psicanalítica, porque não está baseada num conflito entre as pulsões sexuais infantis e o Eu, situação que impede a instalação da transferência.

Os debates em torno da psicose e as influências do social e do ambiente na conformação do psiquismo, entre outras questões, produziram uma série de desdobramentos, diferentes linhas de pensamento em torno de como fazer frente aos problemas que a psicose colocava. De forma paralela a essa controvérsia, na época, também existia outra com respeito à psicanálise das crianças. Os confrontos entre Melanie Klein e Anna Freud a respeito da possibilidade de psicanalisar crianças e a respeito do Complexo de Édipo também tiveram efeitos no tratamento das psicoses. Donald Winnicott também teve aportes muito significativos para a psicanálise de crianças, como também para o tratamento das psicoses em instituições aportando conceitos-chaves para essa compreensão: objeto transicional, ambiente, entre outros. Para Lacan, o problema que a criança tem de enfrentar trata-se do problema em que o psicótico afundou, na relação da criança com a *palavra* dos pais. Tiveram importante repercussão no mundo psicanalítico, seus conceitos forclusão e Nome do Pai, amplamente utilizados no entendimento das estruturas psicóticas.

A psicanálise clássica, confinando-se a si mesma no estudo da teoria dos processos intrapsíquicos, esclerosou-se, de certa forma. Ao centrar a atenção sobre uma ‘doença’ situada ‘no interior’ de um indivíduo, chegou-se a negligenciar a dinâmica de uma situação tal como poderia aparecer no discurso do ‘paciente’ (e além dele) (Mannoni, 1971, p. 189).

Sem ser alvo do nosso estudo, quisemos deixar o mínimo registro de que, desde os primórdios da psicanálise, as psicoses são assunto de grandes debates e grandes divergências, apesar de entendermos que a maioria se encontra sob as coordenadas iniciais do criador Freud.

Bezerra Jr. (1992), aponta que o desafio que a psicose nos coloca “só pode encontrar uma resposta adequada através da clínica, através do labor terapêutico com os psicóticos (p. 33)”. O autor menciona ainda que essa clínica, independente da corrente teórica que aborde ela, tem que considerar duas ideias fundamentais. Em primeiro lugar, além de não ser uma aplicação de procedimentos baseada em regras, a “clínica na psicanálise é uma

maneira de organizar a escuta para que esta seja capaz de desviar do evidente, do óbvio aparente, da literalidade para permitir a surpresa, o paradoxo e o insólito (p. 33)”. Em segundo lugar, se entendermos a clínica como uma maneira de escutar e um modo de agir em função dessa escuta, serão diferentes espaços os que permitirão que isso possa acontecer, não é questão de *setting*. Como a loucura não acontece quarenta minutos algumas vezes por semana, serão importantes “dispositivos que ofereçam a maior liberdade possível à escuta (p. 34)”; que gerem as possibilidades de diversos tipos de expressão não necessariamente verbal; e o estabelecimento de um vínculo de acolhida que dê lugar e possa acompanhar a experiência do paciente, gerando as condições de possibilidade para que o novo possa acontecer, reconhecendo ali um sujeito.

As correntes de pensamento e ação na saúde mental que percorreremos a seguir foram influenciadas, algumas mais outras menos, pela psicanálise. Algumas por adotarem os principais postulados, outras por rejeitá-los.

O que a guerra nos deixou

As primeiras experiências no mundo chamadas de Reforma Psiquiátrica surgiram após a Segunda Guerra Mundial, produto de uma profunda crítica aos hospitais psiquiátricos e às condições inumanas das pessoas ali depositadas. Algumas dessas experiências, ainda hoje, são tomadas como referência e continuam influenciando experiências contemporâneas. Birman e Costa (1994) identificam dois grandes períodos de crítica e proposições reformistas: os movimentos que criticavam a estrutura hospitalar, envolvendo reformas circunscritas ao interior do hospital (aqui encontramos a Psicoterapia Institucional na França e as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra e nos Estados Unidos); e, em um segundo momento, a Psiquiatria de Setor (França) e a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva nos Estados Unidos, cujas propostas colocavam o esgotamento do modelo centrado no hospital e a criação de novos serviços extra-hospitalares. Amarante (2007) coloca a Antipsiquiatria da Inglaterra e a Psiquiatria Democrática da experiência italiana (de particular influência no contexto brasileiro) em outro grupo, apontando que o termo *reforma* seria inadequado para esses processos, visto que ambas, “consideram que a

questão mesma estaria no modelo científico psiquiátrico, que é todo ele colocado em xeque assim como as suas instituições” (p.41).

Comunidades Terapêuticas (CT)

As condições de vida na Europa na década de 1940 estavam profundamente deterioradas, produto da Segunda Grande Guerra, e os Estados deviam se responsabilizar por melhorar a situação de suas populações. Neste sentido, a saúde passar a ser responsabilidade e obrigação do Estado, surgindo assim a premissa – de pretensão universalista – de que todos os habitantes têm direito à saúde e o Estado é quem garante o mesmo. O plano Beveridge, elaborado na Inglaterra em 1942, passa a ser modelo de reorganização dos Sistemas de Saúde em muitos países da Europa. “No momento em que a guerra devasta, uma sociedade se atribui a tarefa explícita de assegurar a seus membros, não somente a vida, mas a vida em boa saúde” (Foucault *apud* Birman e Costa, 1994, p. 46). Com os laboristas no governo, e com outro olhar em torno da saúde da população criam, na Inglaterra, o *National Health Service* (NHS) e o *Disabled Persons Act* em 1944, e na França a Segurança Social em 1945.

É nesse contexto que, ainda durante a guerra, começava a perceber-se que os Hospitais não estavam respondendo às necessidades da guerra, grande quantidade de soldados com distúrbios mentais começavam a ficar por muito tempo amontoados nos hospitais gerais, gerando gasto e privando o fronte de guerra de pessoal treinado. No trabalho de Bion e Rickman em 1943, no *Northfield Hospital*, com soldados afetados na sua saúde mental e desbordados pela quantidade de internos, foram organizados pequenos grupos de internos para discutir coletivamente os problemas do cotidiano e da gestão do pavilhão. Essa nova estrutura organizativa do hospital demonstrou a sua potencialidade terapêutica permitindo que muitos soldados voltassem à guerra e, desta experiência, surge o movimento da Comunidade Terapêutica (CT) e o movimento de Psicoterapias de Grupo. Na mesma época, e finda a guerra, Maxwell Jones trabalha com ex-detentos e aprofunda as conceptualizações do modelo da CT com base também nos antecedentes dos trabalhos de Simon, Sullivan e Meninger (Birman e Costa, 1994) que já

traziam traços comuns: a percepção da importância do ambiente hospitalar no tratamento; a necessidade de ressocialização; a mudança no modelo de atenção, já não mais centrado no tratamento individual.

Começam a constatar que: uma série de sintomas comumente atribuídos à natureza da psicose esquizofrênica, não eram mais do que subprodutos do espaço asilar, síndromes específicas devidas ao relacionamento da equipe com os pacientes ou produto das diferenças de critério entre a equipe tratante. Desse modo, o problema passa a ser o hospital que, como produz e mantém a doença, é tomado como conjunto orgânico no qual cabe realizar uma “terapêutica” em sua estrutura para recuperar a sua capacidade de produzir saúde mental (Birman e Costa, 1994). Para isto – e por causa da grande demanda e da escassez de técnicos – torna-se necessário utilizar todos os recursos disponíveis na instituição fazendo da “função terapêutica” uma tarefa não mais centrada em médicos, senão também em enfermeiros e assistentes sociais – profissões até então subalternas –, nos próprios internos, nos familiares e na comunidade. Uma comunidade é vista como terapêutica porque contém princípios que conduzem a uma atitude comum, sem se limitar ao poder hierárquico da instituição (Amarante, 1995).

Segundo Maxwell Jones (1972), “aprender ao vivo” é a oportunidade de analisar a conduta em situações reais do hospital, sendo este um dos principais ganhos da CT. Para o hospital poder cumprir essa tarefa, também é necessário o intercâmbio de experiências e uma boa comunicação deste com a comunidade, propiciando que a estrutura de trabalho inclua maior contato da equipe técnica com os problemas da comunidade onde os sujeitos moram, e demonstrando a possibilidade de alguns serem tratados na comunidade, fora do hospital. Isso tudo será possível dependendo, entre outros quesitos, da atitude do líder ou de outro membro da equipe, do perfil dos pacientes como também das sanções estabelecidas pela autoridade superior. O poderoso e único líder da equipe vai sendo aos poucos substituído por um grupo de líderes que representam diversas disciplinas profissionais, e estes, nas reuniões diárias do pessoal todo – pacientes e equipe – de uma unidade ou seção particular, começam a funcionar como equipe, propiciando uma estrutura social mais horizontal que favorece a identificação da equipe com a instituição e

com seus objetivos.

Essa terapêutica do espaço social é caracterizada pelos princípios que regem as suas práticas: a) liberdade de comunicação em todos os níveis e sentidos, principalmente sem hierarquias na sua organização; b) análise dos intercâmbios institucionais em termos de dinâmicas grupais e interpessoais; c) criação de espaços terapêuticos grupais e não bi-pessoais, sendo a assembleia a reunião terapêutica chave; d) fim das estruturas hierárquicas tradicionais; e) criação de espaços para propiciar a sociabilidade do grupo (danças, festas, saídas grupais, teatro, etc.); e f) tender a que a assembleia comunitária seja a instância de organização, gestão e avaliação das atividades (Galende, 1994).

Por alguns anos, a CT espalhou-se nos asilos e virou a nova cara da instituição psiquiátrica e o campo da psiquiatria mudou: a guerra fez os psiquiatras olharem para fora do hospício, levarem em conta as questões políticas e a sua própria relação com o poder, o fundamento da sua ação deixa de ser só médico e incorpora leituras relacionadas à sociologia e à política. Como mencionado, o contexto político e a consciência social de pós-guerra contribuiu muito para esse processo de des-psiquiatrização, originado com a CT e até impulsionado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1953, com a recomendação de transformação de todos os hospitais psiquiátricos em CT.

Para finalizar, e sintetizando os nossos eixos de interesse, estaríamos em condições de afirmar que:

- com as políticas e o planejamento em Saúde Mental é possível perceber uma mudança na concepção do que é a doença mental, sendo colocada com relação à vida em sociedade;

- com a incorporação de práticas não médicas, sociais e comunitárias, começa a se falar em comunidade, democratização, gestão social, participação etc., o que foi constituindo um novo campo disciplinar, o da Saúde Mental;

- a organização e a gestão nos hospitais devem ser democráticas e não estruturadas hierarquicamente;

- a Saúde Mental é definida em termos adaptativos, tem saúde mental aquele que consegue se integrar num grupo, sendo a possibilidade do indivíduo se ater às regras,

formuladas por líderes formais, traduzidas na sua linguagem e na realização de tarefas práticas;

- a Saúde Mental é um atributo, presente em todos os indivíduos, uma potencialidade que deve ser redescoberta para combater o mal, caracterizado nas produções sintomáticas e no negativismo social;

- e, por isso, a prática de falar às partes boas do doente, àquelas que garantiriam as tarefas reguladas pelo grupo e do discurso da instituição.

Psicoterapia Institucional

Na França, a situação em decorrência da Segunda Grande Guerra era mais ou menos a mesma. A necessidade de garantir a sobrevivência dos internados – aproximadamente 40.000 mortos por fome na França, na época – requeria urgentes mudanças nos manicômios. Em começos da década de 1940, o psiquiatra, psicanalista e militante antifascista catalão François Tosquelles – fugindo do ditador espanhol Franco – atravessa os Pirineus a pé levando de bagagem só uma mala com um livro de gramática inglesa, e o livro de Herrmann Simon. Libertado de um campo de refugiados por Paul Balvet, este o leva a trabalhar no Hospital Psiquiátrico de Saint Alban, que nessa época dirigia.

Tosquelles considerava que o mau uso das terapias e da administração, somado à desatenção e à situação política e social, fez com que o hospital psiquiátrico se desviasse de sua função primordial, tornando-se um local violento e repressivo. Encontrando similitudes entre essa situação e a dos campos de concentração, e valendo-se do referencial psicanalítico, centralmente o teorizado por Jacques Lacan, impulsionou uma subversão da lógica institucional que objetivava a abertura dos asilos para recuperar sua capacidade terapêutica. Mas, mesmo com a forte influência da psicanálise, Tosquelles tinha clara certeza da necessidade da “*escuta polifônica*” da instituição. Por isto, era fundamental na psicoterapia institucional a “suspensão dos preconceitos, ou seja, a utilização do maior número possível de referenciais teóricos disponíveis para a compreensão e a interferência nesse fenômeno tão complexo que é a psicose” (Vertzman et al., 1992, p. 22). Desse modo, Pinel, Esquirol, Herrmann Simon, Moreno, Kurt Lewin,

Bion e Rickmann, entre outros, são as diversas fontes que cita Jean Oury (1972) no seu texto *Thérapeutique institutionnelle*, como contribuições à construção do arcabouço teórico-prático da psicoterapia institucional.

Esse arcabouço entende que na esquizofrenia há um “desbaratamento” mental “que precisa de atenção integral para que o esquizofrênico possa estar em algum lugar, porque, por essência, ele não está em lugar nenhum” (Vertzman et al., 1992; p. 24). Essa característica da esquizofrenia também se expressa nas formas de relacionamento, na transferência, que também se dá de forma dissociada, estilhaçada, com investimentos multirreferenciais, então uma das tarefas terá a ver com reagrupar esses “pedaços” que perderam a sua unidade. Desse modo, a psicoterapia institucional vai intervir de modo a oferecer uma organização do espaço, das trocas, da circulação, oferecer o que Tosquelles chamou de “tecido institucional”: redes vivas e concretas sem rigidez nenhuma, diferentes dos ritos e estereótipos institucionais, estabelecendo as “relações completamente indiretas” (Oury apud Vertzman, 1992). O que vai permitir o tratamento “são essas possibilidades de múltiplos contornos, desvios, percursos absolutamente individuais, que permitem acolher o que há de singular em cada psicótico que chega à instituição” (Vertzman et al, 1992; p. 25).

Para a criação desse tecido institucional é importante resgatar o que Oury (1972) chamou de “axiomas de base”, que se referem às condições mínimas necessárias para que isso possa acontecer, implicando as trajetórias de cada um, as possibilidades de encontro e, principalmente, as possibilidades de escolhas:

- Liberdade de circulação.
- Lugares estruturados concretos: ateliês, serviços.
- Contratos facilmente revisáveis de entrada e saída.
- Um acolhimento permanente dispondo de grades simbólicas e de mediações.

Como podemos perceber, esses axiomas trazem à tona a necessidade de questionar fortemente as estruturas hierárquicas clássicas com as quais as instituições psiquiátricas são organizadas (médicos x enfermeiros, pessoal tratante x pacientes, etc). Se bem não é

colocada a necessidade de que inexistam distinções entre cada um dos atores institucionais, o que interessa, de fato, é a não fixação das pessoas em estatuto algum e, nesse sentido, todas as pessoas que trabalham em uma instituição de psicoterapia institucional possuem um “coeficiente psicoterápico” (Oury, 2009), não é atribuição de poucos definidos *a priori* senão que é compartilhada por todos na instituição, técnicos e pacientes.

Por outro lado, todo esse tecido institucional deve estar a serviço de dar acolhimento, função principal da psicoterapia institucional desde que, para Oury (*apud* Vertzman, 1992, p. 26), o problema da psicose é um “defeito no acolhimento”, onde acolhimento é “acolhimento do desamparo”, função que deve ser garantida por todos e disseminada por toda a instituição, daí a necessidade de não cristalizar ninguém na sua função.

O suporte organizacional de toda esta proposta são os chamados clubes terapêuticos, organizações autônomas dentro dos hospitais co-geridas entre pacientes e técnicos, com orçamento próprio, sem qualquer interferência das autoridades, que possa constituir uma armadura simbólica capaz de acolher espontaneamente qualquer um que chega. O clube (Moura, 2003) não é um lugar, ou algum dispositivo em particular, é o que agrupa todos os espaços, todo o sistema de encontros, em torno dele giram todas as atividades do hospital, um sistema de superfície.

Psiquiatria de Setor

Lucien Bonnafé foi, junto a outros psiquiatras e psicanalistas franceses, um dos principais referentes da Psiquiatria de Setor que denunciou a situação dos manicômios franceses no pós-guerra. Segundo eles, é a psiquiatria que deve recuperar a sua potencialidade terapêutica – não o hospital como vimos anteriormente – e entendem que isso não é possível de se fazer numa estrutura asilar alienante. Desse modo, entendem como necessário evitar o isolamento e a segregação, propõem levar a psiquiatria à comunidade, e estabelecem a possibilidade de oferecer tratamento dentro do – e com o – próprio meio social, deixando a passagem pelo hospital somente como uma etapa se for preciso. Para Castel (1980), consiste em transferir, para fora do hospital, o dispositivo de

atenção, antigamente exclusividade do hospital psiquiátrico.

Assim, Setor passa a ser a divisão hospitalar por área geográfica. Cada “divisão” do hospital tem a sua correspondente área geográfica e social da qual se encarrega, produzindo uma relação mais estreita entre a origem geográfica e cultural dos pacientes com o pavilhão onde serão tratados, possibilitando as adequações culturais e aos costumes dos pacientes da mesma região e, principalmente, podendo dar continuidade ao tratamento na comunidade com a mesma equipe tratante do hospital.

Com a Frente Popular no governo, a Psiquiatria de Setor torna-se política oficial em saúde mental na França, e os territórios são divididos em até 70 mil habitantes, contando cada um deles com uma equipe conformada por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e diversas instituições cuja função é garantir o tratamento na comunidade, fazer a prevenção e a recuperação da doença (Amarante, 1995).

O principal interesse era brindar atenção em saúde mental não centrada na internação, com características democráticas e participativas, e reinstalando na sociedade a problemática da loucura, há tempos sequestrada pela psiquiatria.

Reduzidas as internações aos momentos que eram consideradas terapêuticas, também foram criados dispositivos extra-hospitalares, lugares de acolhida que funcionavam em meio período foram destinados à substituição do hospital psiquiátrico. Foram criados os primeiros Hospitais-dia que propunham aos pacientes o que eles achavam de melhor do hospital (terapia ocupacional, sócio-terapia, contatos individuais e grupais) permitindo que, se possível, os pacientes passassem as noites em suas casas. Também foram criados albergues e Hospitais-noite para os pacientes que precisavam de maior acolhimento à noite, mas que podiam continuar sua atividade social durante o dia. Nesse contexto, René Diatkine (1993) destaca que a constante preocupação com a segregação – por momentos – fez com que fosse perdendo clareza a finalidade terapêutica dos dispositivos e, preocupados com não cair em práticas de ideologias pedagógicas, parecia difícil fugir de um trajeto que ia da assistência mais completa à ajuda mais superficial como esquema norteador do tratamento.

Era preciso reconhecer que ao mudar radicalmente o status dos pacientes, (...) permitiu-se que se apresentassem claramente os

problemas terapêuticos, mas era preciso reconhecer também que todos esses problemas nem por isso estavam resolvidos. Se os danos maiores da internação de princípio e de longa duração tinham desaparecido, outros efeitos mais sutis da organização de tratamento pareciam concorrer para a cronificação. (...) As prescrições e a administração de neurolépticos, sobretudo sob a forma de liberação lenta, permitiam indiscutivelmente que os pacientes estivessem em qualquer lugar que não o hospital; mas o sossego conseguido era acompanhado de uma diminuição da capacidade de imaginar e de tomar iniciativas (Diatkine, 1993).

Se bem a política de Setor não poderia ser sintetizada em uma unidade teórico-conceitual, pois se tratou de um movimento criado a partir de lutas e experiências concretas, podemos extrair delas alguns princípios partilhados (Galende, 1994):

a) é clara a rejeição de qualquer tipo de segregação e/ou exclusão dos pacientes em asilos ou instituições similares;

b) opõe-se a essa política de segregação e exclusão outra de integração em todos os níveis: 1) integração do doente mental no conjunto social de onde ele é; 2) subordinação do hospital psiquiátrico à totalidade da rede de instituições e equipes de higiene mental do Setor, as equipes de Saúde Mental no território serão a primeira instância do atendimento; 3) implementação da equipe do Setor no meio social onde os pacientes moram (atenção e internação domiciliar, assistência em e com a comunidade, etc.); 4) compreender o Setor, enquanto responsabilidade em Saúde Mental, como um território, quer dizer, como unidade de integração e com dimensões acordes à capacidade da equipe médico-social.

c) garantir a unidade e integração das tarefas terapêuticas: 1) integrando numa só rede todos os recursos do Setor; 2) fazendo cada equipe responsável da totalidade das fases do tratamento: prevenção, detecção, hospitalização parcial ou completa, acompanhamento, recuperação; 3) garantir unidade e coerência – por parte da equipe tratante – de todas as operações terapêuticas, desde a triagem, de forma a ter um controle homogêneo dos projetos terapêuticos.

Psiquiatria Preventiva

Action for Mental Health (1961) é o nome do Informe que elaborou a Comissão Especial criada pelo Congresso dos Estados Unidos (EU) sobre a situação da saúde mental no país. Nesse informe é realizado um diagnóstico da situação e recomendações relacionadas com a necessidade de abertura dos hospitais psiquiátricos públicos à comunidade e a criação de serviços que garantam o atendimento dos doentes mentais próximo ao local onde eles moram. Também recomenda um tipo particular de serviços, os *Community Mental Health Clinics*, que podem funcionar em hospitais gerais, hospitais psiquiátricos, centros de saúde, assim como em serviços independentes, tomando a cargo populações de até 50.000 habitantes e cobrindo diversas prestações sem internação. Esse informe proporcionou as bases da reforma que, após J. F. Kennedy virar presidente, propôs o Programa Federal de Psiquiatria Comunitária. Foi assim que no ano de 1963 foi aprovada a lei do *Community Mental Health Center and Retardation Act*.

É conhecido o discurso do presidente Kennedy propondo um programa nacional de Saúde Mental que contribuísse a dar uma nova importância e desde uma nova ótica ao tratamento dos doentes mentais, envolvendo nessa tarefa todos os níveis do Estado e da cidadania (Caplan, 1980). Dessa forma, o foco das reformas é deslocado, já não será a reforma do hospital psiquiátrico. O novo espaço de ação da psiquiatria é a sociedade, a “comunidade”; e será uma tarefa que já não mais será responsabilidade só do psiquiatra ou dos técnicos, mas da sociedade toda. É a passagem de uma concepção focada no isolamento, para uma focada na liberdade, uma terapêutica na comunidade, com a saúde mental como responsabilidade de todos, governo e cidadania, instituições públicas e privadas.

Inspirado na Medicina Preventiva de Leavell e Clark (1976), Gerald Caplan translada para a psiquiatria o modelo explicativo da História Natural da Doença, com os três tempos de formação e desenvolvimento da doença e suas três respectivas formas de intervenção. Segundo o autor, a Psiquiatria Preventiva é o corpo de conhecimentos profissionais, teóricos e práticos, que pode ser usado para planejar e implementar programas para

reduzir: 1) a frequência de todos os tipos de doença mental em uma comunidade (prevenção primária), 2) a duração de um número significativo dessas doenças (prevenção secundária), e 3) os danos que podem resultar de tais doenças (prevenção terciária) (Caplan, 1980).

A prevenção primária, entendida como a grande novidade do sistema, terá a ver com o conjunto de ações capazes de anular os fatores pelos quais as pessoas adoecem. Caplan (1980) propõe estudar as características demográficas, sociológicas, psíquicas, de moradia, financeiras, emprego, cultura e educação, religião, raça, etc., da população. Isto somente pode ser feito com equipes inseridas na comunidade, nas escolas, nas ONG's, nos clubes, para melhor identificar os grupos com maior fragilidade e risco de adoecer. Da mesma forma que muda o local de intervenção do psiquiatra, muda também a sua intervenção. O psiquiatra comunitário terá tarefas de: um trabalhador social que assessora grupos com problemas de relacionamento; intermediário entre a comunidade e as instâncias da gestão central; analisador institucional das dinâmicas patógenas que todo grupo humano possui; interventor na relação com as normas pedagógicas nas escolas; assessor de juízes e promotores sobre problemas de menores delinquentes, adictos, etc. (Galende, 1995).

La acción social incluye los esfuerzos para modificar las actitudes generales y comportamiento de los miembros de la comunidad para la comunicación a través del sistema escolar y los medios de difusión, así como por la interacción de los profesionales y de los comités de usuarios (Caplan, 1980, p. 56).

Adoecer mentalmente terá a ver com falhar nos mecanismos interativos da “comunidade” e curar será restabelecer esse equilíbrio, sendo o psiquiatra o agente reequilibrador. Caplan (1980) acreditava que tanto as estruturas de conduta dos doentes mentais eram parte de um sistema de respostas ecológicas da população em interação com o meio, como também as próprias atividades dos psiquiatras preventivos constituíam uma face do sistema total de segurança comunitária por meio do qual as respostas socialmente desviadas e sua consequência nas vítimas individuais poderiam ser controladas, principalmente por meio da busca ativa de suspeitos de possuírem transtorno mental.

Una persona sospechosa de disturbo mental debe ser encaminada para la investigación diagnóstica a un psiquiatra, ya sea por iniciativa de la persona propia, de un juez o de un superior administrativo en el trabajo. La persona que toma iniciativa del pedido deber ser consciente que percibió algún desvío en el pensamiento, sentimientos o conductas del individuo y deberá definir ese desvío en función de un posible disturbo mental (Caplan, 1980, p. 109)

É neste esquema que o conceito de crise adquire caráter fundamental para a intervenção preventiva. Erich Lindeman, durante a Segunda Grande Guerra, chamou de “intervenção em crise” as intervenções por ele desenvolvidas que se diferenciavam daquelas da psiquiatria clássica, cujo alvo era a patologia já constituída na pessoa. Intervir na crise (Caplan, 1980) tem como objetivo evitar que esta se resolva espontaneamente, podendo gerar reações nos mais próximos que viessem a ser patológicas e, por isto, o psiquiatra precisa atuar sobre a família e os próximos, o grupo social, as instituições, etc. As intervenções podem levar a um crescimento e maturidade maiores, sendo a crise – nesse caso – uma oportunidade positiva, da qual o grupo sai fortalecido; pelo contrário, as crises também podem conduzir a uma redução da capacidade para enfrentar os problemas da vida, resolvendo-se em forma patológica, acabando em um episódio prejudicial. A crise será o grande indicador do desequilíbrio ou da sua possibilidade, uma falha no sistema adaptativo, e todos, psiquiatra e equipe, população e líderes formais e informais deverão atuar nas situações que antecedem a aparição da doença (Birman e Costa, 1994), sustentados na ideia de que a ação sobre um caso individual e a intervenção no contexto social no qual emerge são indissociáveis (Galende, 1994).

As crises foram classificadas em: evolutivas, quando relacionadas aos processos normais de desenvolvimento da vida; e acidentais, quando relacionadas, em geral, a perdas, riscos ou mudanças abruptas; em ambas, a dificuldade de elaboração e/ou a perturbação por elas provocadas podem conduzir à doença mental (Caplan, 1980).

Um dos grandes questionamentos às formulações da Psiquiatria Preventiva diz respeito à falta de consistência do sistema causal empregado para que as ações preventivas sejam obstáculo real aos fatores patógenos e produzir saúde mental (Birman e

Costa, 1994). O próprio Caplan (1980) adverte isto, e argumenta:

No conocemos qué factores ambientales e individuales determinan que una persona infectada con sífilis se vuelva psicótica. Sin embargo, nadie cuestiona la conveniencia de intentar prevenir este trastorno mental antes de que hayamos establecido la identidad de los factores. Estamos totalmente dispuestos a actuar sobre la base de nuestro conocimiento parcial (p.45).

O Plano Federal de 1963 focava em dois grandes eixos: a criação dos Centros Comunitários de Saúde Mental, carro chefe do novo sistema de atenção, e a desinstitucionalização dos internados e o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos. Isto abriu inúmeros debates em torno da renovação das instituições e dos modos de tratamento da crise, isto é, o lugar e as formas de cuidado hospitalar, a divisão de tarefas em intra e extra-hospitalares, a importância do tratamento medicamentoso – de significativo desenvolvimento na época – e da intervenção familiar e social, o que deu à psiquiatria preventiva a perspectiva de uma proposta de saúde mental comunitária.

Em alguns anos, os Centros se espalharam por todos os estados dos EUA. Adaptados à população de cobertura, os Centros deviam cumprir minimamente os considerados serviços básicos (Galende, 1994): a) tratamento ambulatorial e acompanhamento de pacientes externados do hospital psiquiátrico; b) serviço de urgência/emergência psiquiátrico chamado “intervenção em crise”; c) triagem; d) serviço de consulta e educação, para coordenação de atividades de prevenção primária com instituições da comunidade; e) serviço de internação total ou parcial (HD, HN). A desinstitucionalização esteve relacionada a um processo de melhora das condições dos internados e à diminuição da quantidade de leitos em hospitais psiquiátricos criando-se instituições intermédias que se ocuparam dos numerosos externatos.

Para finalizar, é importante considerar que além das críticas e limitações que a Psiquiatria Preventiva acumulou, essa reforma conseguiu importantes logros (Galende, 1994): a) os problemas na saúde mental deixaram de ser exclusividade da psiquiatria, as instituições psiquiátricas começaram a compartilhar o trabalho com outras instituições com formas de tratar mais abertas e inseridas na comunidade; b) da mesma forma o

psiquiatra foi perdendo sua hegemonia na medida em que passou a partilhar os tratamentos com outras profissões ligadas a perspectivas psicológicas e sociais; c) a população assistida se ampliou desde que começaram a se tratar problemáticas relacionadas com dificuldades da vida, doença mental deixou de ser somente loucura, mas problemas próprios da vida em sociedade; d) houve a ampliação do conjunto de tratamentos oferecidos, não só ligados à doença, mas também à promoção da saúde mental em prol de uma vida mais saudável, sem dúvida, mudando a cara da psiquiatria.

Muda a concepção, muda o objeto e os objetivos, mudam as pessoas encarregadas de se ocuparem disso, mudam as instituições, mudam as práticas e os locais das mesmas.

Psiquiatria Democrática

Franco Basaglia, militante marxista, psiquiatra, nos anos 60 com a experiência no Hospital de Gorizia e depois – nos anos 70 – na cidade de Trieste, foi o principal referente do movimento social e político chamado Psiquiatria Democrática Italiana (PDI) que, em alguns anos conseguiu uma lei de Saúde Mental (Lei nº 180 de 1978) para toda Itália e o fechamento de muitos hospitais psiquiátricos. “A Instituição Negada” (1976) é o livro que no ano de 1968 relata a experiência de abertura do hospital psiquiátrico em Gorizia e estabelece as bases das futuras transformações no sistema de saúde mental italiano.

En efecto, si la psiquiatría – al confirmar científicamente la incomprendibilidad de los síntomas – ha jugado su papel en el proceso de exclusión del “enfermo mental”, debe ser considerada, además, como la expresión de un sistema que, hasta hoy, ha creído poder negar y abolir sus contradicciones apartándolas, rechazando su dialéctica, intentando mantenerse, en el terreno ideológico, como una sociedad sin contradicciones... Si el enfermo es la única realidad a la cual es necesario referirse, es necesario enfrentarse con las dos caras de que se compone esta realidad: el hecho de ser un enfermo, con sus problemas psicopatológicos (no ideológicos, sino dialécticos) y el hecho de ser un excluido, un estigmatizado social (Basaglia, 1976, p. 158)

Questões importantes são encontradas condensadas nesta citação. Em primeiro

lugar, a psiquiatria é definida como prática com contradições, contradições que são apartadas e negadas. Essa negação, função da psiquiatria, na verdade trata-se de um véu que pretende ocultar as dimensões sociais e políticas que representam os doentes mentais e a instituição psiquiátrica, reduzindo sua compreensão a uma solução técnica e científica. Em segundo lugar, Basaglia trata dialeticamente a dimensão clínica – faz referência ao doente com seus problemas psicopatológicos – e a dimensão sociopolítica – fala em excluído, estigmatizado social, advertindo que qualquer separação produziria ora a medicalização, ora a politização do assunto.

A experiência de Gorizia evidenciou as limitações das Comunidades Terapêuticas (CT), modelo adotado nos primeiros anos. Um dos primeiros questionamentos diz respeito ao caráter educativo de alguns postulados das CT, criticando a pretensão de readaptação social, já que a doença mental seria entendida como estando relacionada a um processo de desadaptação social, o que reproduziria a divisão entre uma sociedade sadia e uma doente. Outro forte questionamento radica-se no lugar que ainda possui o psiquiatra, quem outorga o último aval do “bom” funcionamento da comunidade quando a ideologia comunitária deve, em caso de necessidade, ceder à ideologia organizativa. Neste sentido, Basaglia et al. (1994) considera e adverte que aquela exigência de renovação das instituições psiquiátricas tem o risco de se constituir em uma instituição, mais moderna e eficiente, totalmente aceita pelo sistema pelo fato de reproduzir as relações de poder existentes. Parte desta crítica, também estava ligada à psicanálise, entendida por Basaglia como um veículo privilegiado de uma concepção capitalista da adaptação do indivíduo à sociedade.

Questionava-se o caráter terapêutico das CT, a ideia – sustentada pela CT – da necessidade de uma competência técnico-profissional para tratar doenças mentais. Essa consideração vem do entendimento de que “a relação chamada terapêutica gera dinâmicas que, melhor analisadas, não tem nada a ver com a ‘doença’” (Basaglia et al, 1994, p. 17), mas que influem e determinam a posição de poder “terapêutico” ou “teórico” do psiquiatra e a posição do doente, sem poder nenhum. A relação psiquiatra-objeto de intervenção, sem sujeito e a-histórica, implica na negação da pessoa em

sofrimento; isto é, ante a incapacidade para decifrar o objeto, negasse-o. Sendo a mesma fórmula operada no diagnóstico, sendo um juízo de valor, “uma ‘etiquetagem’ que serve para distanciar quem a usa e para estabelecer, através desta distância, a natureza *diversa* de uma classe, uma categoria: os doentes mentais” (p. 18). Por isto, a afirmação de que a psiquiatria sempre colocou a pessoa entre parênteses e preocupou-se com a doença (Basaglia, 1979).

Os termos assistência psiquiátrica, estrutura organizativa, terapia, cura, doente mental, são questionados, revistos e reformulados sobre novas bases. A partir dessa situação, a equipe do Hospital de Gorizia, conjuntamente com diversos setores sociais e políticos que o apoiavam, avança na argumentação das suas propostas demonstrando a identidade de situação dos doentes mentais com o resto dos marginalizados na sociedade e a união dos interesses excludentes. Desse modo, o problema vai deixando de ser um debate interno da medicina e se convertendo numa articulação de questionamentos ideológicos e políticos acerca da função terapêutica do hospital. O véu medico-terapêutico do problema cai, aparecendo de forma escancarada a ilusão de preservar um espaço teórico de saber específico (psiquiatria) sobre a doença, e um local prático de resolução (hospital, tratamento) do mesmo. Revelando uma estrutura social excludente e fundamentando os três pilares da crítica basagliana: a dependência entre psiquiatria e justiça, a origem de classe das pessoas internadas e a não neutralidade da ciência.

Dessas críticas que, na prática, fizeram obstáculo às transformações almejadas, foram sendo construídas as negações da instituição manicomial: da psiquiatria enquanto ciência; do doente mental como resultado de uma doença incompreensível, do papel de poder puro do psiquiatra em relação ao paciente; do seu mandato social, exclusivamente de custódia; do papel regressivo do doente junto à cultura da doença e a negação e a denúncia da violência à qual o doente é sujeito dentro e fora da instituição (Basaglia et al., 1994).

Um dos grandes méritos do movimento da PDI, fundado em 1973, foi fazer da denúncia da violência e opressão institucional praticada nos manicômios, um movimento social e político bem amplo que excedia notoriamente às incumbências de médicos,

psiquiatras e psicólogos, trazendo à tona a impossibilidade de transformar a assistência sem reinventar o território entre cidadania e justiça (Amarante, 1995). O movimento foi se ampliando e espalhando no país todo, somando alianças e apoio de diversos setores, sendo os seus postulados os pontos norteadores da reforma psiquiátrica até a aprovação da lei de Saúde Mental número 180, em 1978. Suas propostas teóricas e práticas (Galende, 1994) são:

- a) Construir um movimento social e político organizado para apoiar, primeiro, a abertura dos hospitais psiquiátricos e depois o seu fechamento definitivo. O movimento é conformado por médicos, psiquiatras, enfermeiros e trabalhadores sociais, sindicatos operários e partidos políticos.
- b) Incluir no processo de abertura dos hospitais a participação dos pacientes internados, sendo eles protagonistas do seu próprio processo de externalização: visitas familiares, reencontros com amigos, formação de clubes de ex-internados, procura de emprego e moradia, etc.
- c) Começa a se agrupar os pacientes dentro e fora do hospital para conformar “coletivos de externalização”, espaços grupais de discussão das problemáticas relacionadas ao processo de externalização.
- d) Com o fechamento do Hospital de Trieste faz-se necessário trabalhar com os pacientes para conseguir hospedagem fora do hospital, a maioria em casas que o Estado disponibilizou para continuar o processo de reinserção social.
- e) Simultaneamente, aos poucos vai se clausurando o hospital enquanto vai se desocupando, não são admitidos novos pacientes nem reinternações.
- f) Pacientes externalizados que precisam de atenção psiquiátrica são tratados no Centro de Saúde Mental da região.
- g) Pacientes que por diversas incapacidades não podem ser desinstitucionalizados são encaminhados a instituições especiais para morar, mas sem tratamento psiquiátrico.

Para desmontar a estrutura manicomial, Basaglia, desde sua função de diretor do Hospital Psiquiátrico de Trieste desde 1971, foi criando novos espaços e formas de lidar

com a loucura. Construiu sete Centros de Saúde Mental, um em cada região da cidade, com 6-8 leitos, abrangendo populações de 20.000 a 40.000 pessoas, com funcionamento 24 horas/dia, sete dias por semana. Também foram criadas residências para moradias de pacientes externados, alguns sozinhos, outros com apoio de técnicos, ou pessoal voluntário; cooperativas de trabalho que são espaços de produção artística e/ou de prestação de serviços. Surgiu também um serviço de urgência-emergência com 8 leitos funcionando em forma coordenada e brindando apoio aos Centros de Saúde Mental, às residências e às cooperativas.

Para finalizar, e resumindo conforme nosso esquema de análise: existem formas sociais de produção de doença; desse modo, questiona-se a existência de uma disciplina para anteder essa problemática humana, propondo superar a disciplina e devolver para a sociedade o que ela mesma produz; os saberes teóricos e disciplinares são dissolvidos e é negado valor a qualquer teoria pelo seu caráter encobridor da situação real do doente; nega-se as terapêuticas ao questionar as soluções técnicas para problemas sociais; finalmente, ao fechar o hospital psiquiátrico, apaga-se o espaço onde se materializa a instituição asilar e desarticula a ligação do poder ao saber médico que a constituía e legitimava.

Capítulo 3

Procedimentos e Desenho da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa derivada de um estudo qualitativo multicêntrico, realizado em CAPS dos municípios do Rio de Janeiro/RJ, Campinas/SP e Salvador/BA. Esse projeto se baseia na hermenêutica fenomenológica, através da qual se objetiva compreender e analisar as narrativas de usuários relacionadas ao processo saúde-doença-atenção, particularmente no momento da crise/início do adoecimento com vistas a contribuir com o planejamento, a organização e gestão dos serviços públicos de saúde mental. Por se tratar de um estudo qualitativo, buscamos considerar o universo de experiências, narrativas, crenças, valores e significados de pessoas em sofrimento mental grave, sobre a temática mencionada.

Vale ressaltar que a subjetividade e interesse dos pesquisadores guardam uma intencionalidade em relação ao objeto de estudo, de modo que nossa interação com os participantes, instituições envolvidas e temáticas estudadas são elementos inexoráveis para a análise de todo o processo de trabalho da pesquisa, desde a construção do projeto e desenho do estudo, ao seu desenvolvimento e interpretação dos resultados.

Com relação à nossa implicação, vimos de uma formação de grado em psicologia com forte influência da psicanálise freudiana e lacaniana, e uma visão liberal da profissão, direcionando o sentido da formação quase exclusivamente para a atenção individual no consultório privado. Desde esses primeiros contatos com a psicanálise, instigou-nos pensar a relação os processos de constituição do psiquismo e os processos de construção de subjetividade, procurando uma conexão com os processos históricos, sociais e culturais como determinantes dessa produção, e pensando a loucura como a forma mais escancarada da impossibilidade de todo mundo se “adaptar” aos mandatos sociais. Assim fomos fazer mestrado e pesquisamos o acolhimento e a triagem em CAPS III, ficando com a pulga da crise atrás da orelha.

O período de vigência deste projeto foi de fevereiro de 2009 a fevereiro de 2011, tendo se desenvolvido em diferentes etapas, conforme descrevemos a seguir. A principal técnica empregada para construção do material empírico foram os grupos focais. Também

subsidiámos nossos achados com técnicas da observação participante e registros de campo. Estas técnicas permitiram acessar a experiência nas situações de crise dos usuários diagnosticados com algum transtorno do espectro esquizofrênico.

Observação participante

A observação participante é uma técnica de coleta de dados que vem crescentemente sendo utilizada nos estudos qualitativos no campo das Ciências Humanas e Sociais em Saúde. É originária do campo da Antropologia Cultural, e derivou-se do método etnográfico inaugurado por Malinowski, quem preconizou o envolvimento e participação direta do pesquisador no cotidiano social dos fenômenos observados (Malinowski, 1986). Este método desafia “o princípio positivista da neutralidade e objetividade do pesquisador” (Cardoso, 1986, p.98), por enfatizar os aspectos subjetivos (e intersubjetivos) do pesquisador, seu envolvimento e engajamento político, enfim, a intersubjetividade que permeia as relações entre as pessoas envolvidas no processo de investigação. É um método estratégico, que permite a compreensão de uma dada realidade ou contexto (Minayo, 2010, p.273), onde “o pesquisador é o próprio instrumento de pesquisa, usando diretamente seus órgãos do sentido para apreender os objetos em estudo, espelhando-os então em sua consciência onde se tornam fenomenologicamente representados para serem interpretados” (Turato, 2005).

No desenho original da pesquisa, a técnica da observação foi pensada para ser empregada nos processos iniciais de contato com os serviços (participação em assembleias e reuniões de equipe), assim como no contexto dos grupos, neste caso realizada por uma pessoa designada para essa função, justamente para captar aspectos da linguagem corporal e não-verbal e da própria dinâmica do grupo, já que o moderador poderia deixar de perceber estes outros aspectos, em virtude de precisar focar a sua atenção na condução do grupo.

O nosso papel se aproxima mais ao de *observador-como-participante* (Minayo, 2004), o qual caracteriza as pesquisas cuja fase de observação é relativamente curta e, principalmente, focalizada. Mas, no nosso caso, terá a diferença de que a observação

participante será a estratégia complementar dos grupos focais e não como subsídio às entrevistas como levantado na bibliografia consultada.

Também nos aproximaremos do que Clifford Geertz (1989) chamou de estilo hermenêutico na observação participante, destacando como característica a inclusão de múltiplas vozes, a oposição ao objetivismo, o questionamento da verdade da ciência positivista e o modo tradicional da etnografia. Assim ele propõe construir textos, a leitura das sociedades como textos ou como análogas a estes, considerando que todos os elementos da cultura analisada devem ser entendidos, portanto, à luz desta textualidade.

Grupos focais

É uma técnica de coleta de dados muito utilizada no âmbito das pesquisas qualitativas em ciências sociais e humanas em saúde, para discussão de determinado tema, geralmente escolhido pelo pesquisador. Os grupos focais são amplamente empregados em pesquisas com serviços de saúde, principalmente no intuito de poder iluminar a experiência subjetiva das pessoas que padecem algum tipo de sofrimento. Neste sentido, podemos utilizá-los a fim de investigar os elementos ativos em situações onde múltiplos aspectos se conjugam para a produção de um resultado (Whitley e Crawford, 2005, Krueger e Casey, 2007), como é o caso dos momentos de crise na psicose.

O grupo focal acontece por meio das interações grupais entre os participantes de um estudo, e propicia a eles um fórum de discussão centrado nos temas da pesquisa por meio da condução dos debates pelo pesquisador/moderador do grupo. Os participantes falam sobre as suas experiências e escutam outros participantes falarem sobre as deles. Este *setting* permite que as narrativas possam se iluminar mutuamente, aumentando a probabilidade de uma exploração mais aprofundada do tema estudado, produzindo, conseqüentemente, um material empírico mais rico.

No caso do grupo focal com usuários de serviços de saúde, esta técnica apresenta vantagens adicionais. Por um lado, não discrimina pessoas que não sabem ler nem escrever e, por outro lado, ao tratar-se de uma população com menor poder contratual e que dispõe de um conhecimento sobre a própria experiência que não é *a priori* legitimado

socialmente, o *setting* grupal pode criar um ambiente de suporte mútuo e de reassseguramento entre os participantes, proporcionar uma maior liberdade de exposição narrativa e minimizar a verticalidade que geralmente existe entre pesquisador e participante em situação de entrevista individual, aumentando assim a confiabilidade do material obtido (Whitley e Crawford, 2005; Moeke-Maxwell, Wells e Mellsop, 2008), além de se sentirem mais à vontade – e até fomentar a participação – daqueles que têm maiores dificuldades em falarem sozinhos (exemplo: ser entrevistado) ou que sentem que não têm nada a dizer (Kitzinger, 1995).

Alguns autores (Morgan, 1997; Kidd e Parshall, 2000; Krueger e Casey, 2007) destacam certas recomendações que consideram importantes para a condução dos grupos focais. Primeiramente, os pesquisadores devem evitar a abordagem de temas muito amplos. Segundo, recomenda-se que o tema seja de interesse dos participantes, que estariam mais afins a fornecer respostas mais concretas e relatos mais detalhadas sobre suas experiências e eventos da vida. Em seguida, ao conduzir o grupo, o facilitador deve se voltar para promover a interação entre os participantes, mais do que entre estes e o facilitador, com o intuito de conhecer a perspectiva dos participantes sobre o tema discutido. Os critérios de participação nos grupos variam de estudo a estudo. Os participantes dos grupos podem ser selecionados de acordo com *backgrounds* (gênero, idade, escolaridade, classe socioeconômica, tipo de problema de saúde etc.) homogêneos ou heterogêneos. Mesmo assim, recomenda-se a elaboração de estratégias de condução dos grupos para que os participantes possam expressar os diversos pontos de vista, particularmente nos grupos heterogêneos.

Os grupos focais aconteceram nos campos das três cidades (Rio de Janeiro, Campinas e Salvador), no período mencionado. Os grupos com usuários servirão para que estes relatem as suas experiências no processo de adoecimento abordando questões como: períodos de crise; processo de tratamento; vida após a crise; como o sujeito, seus familiares e amigos, enfim, a sociedade, lida com o seu problema.

Considerações sobre grupos focais com pessoas em sofrimento psíquico grave.

Uma série de características em nossa pesquisa fazem necessárias algumas

considerações com relação à escolha dos Grupos Focais (GF) como principal ferramenta de coleta de dados.

Sempre é importante saber quando usar – e quando não – uma determinada técnica de coleta de dados. Essa escolha nem sempre é determinada a priori pela escolha metodológica, os objetivos ou pelo objeto da pesquisa.

Diversos autores (Kitzinger, 1995; Morgan, 1997; Kidd e Parshall, 2000; Krueger e Casey, 2007) identificam a origem dos Grupos focais, na década de 1940, com os estudos do sociólogo Robert Merton pesquisando as reações às propagandas e transmissões de rádio na Segunda Guerra Mundial. Alguns anos depois, começaram a ser muito usados nas pesquisas de *marketing* e opinião pública, pelo seu relativo baixo custo e pela rapidez com que o grupo focal fornece dados válidos e confiáveis. Também GF foram grande subsídio no “método de pesquisa dialógico” empregado para o desenvolvimento comunitário pelo educador Paulo Freire (1970), interessado em dar voz a grupos marginalizados através da produção de conhecimentos *junto* às pessoas e não *sobre* elas (Denzin e Lincoln, 2005).

Desse modo, se valem de GF pesquisas exploratórias, descritivas, para gerar hipóteses ou tópicos relevantes a serem incorporados, por exemplo, em questionários; podem complementar estudos quantitativos (Morgan, 1997), ou dar voz a grupos geralmente silenciados (Kitzinger, 2001).

Essa diversidade de propósitos ao empregar GF produziu diversas definições de GF. Os principais referentes coincidem em uma série de características: GF não é somente juntar algumas pessoas a bater um papo, é um grupo com determinados objetivos, composição, tamanho e procedimentos para o seu funcionamento (Kitzinger, 1995; Morgan, 1997; Krueger e Casey, 2007). Todos esses autores destacam as diferenças desta técnica com a entrevista grupal. Se bem as entrevistas grupais muitas vezes são simplesmente usadas como uma forma rápida de gerar dados de várias pessoas ao mesmo tempo, os GF fazem especial ênfase na interação entre os participantes. O objetivo é mais explorar as trocas de opiniões, experiências, percepções e vivências dos participantes, do que estes respondam individualmente as questões colocadas pelo moderador. Assim, GF são utilizados não só para conhecer e descrever o que as pessoas pensam, mas também

como pensam e por que pensam assim (Kitzinger, 1995).

Patton (1992) destaca o GF como uma técnica de coleta de dados que fornece alguns controles de qualidade dos dados, pois a interação dos participantes contribui a controlar e balançar as opiniões entre eles, diminuindo assim a possibilidade de opiniões falsas ou radicais. A interação grupal proporciona que o pesquisador possa observar como a controvérsia vem à tona e como os problemas são resolvidos (Westphal, Bógus e Faria, 1996), evidenciando os diferentes graus de consensos e dissensos existentes (Furtado, 2001). Nesse sentido, os grupos focais colocam as pessoas em situações próximas à situação real de vida, oferecendo ao pesquisador a possibilidade de apreender a dinâmica social e analisar a forma que adquirem as relações interpessoais no contato com o tema em discussão (Westphal, 1992).

A técnica de grupos focais pode ser a mais apropriada para a pesquisa de determinados tipos de pergunta. Sabemos que a observação participante pode ser a mais adequada para estudar as relações em determinada organização ou instituição, mas os grupos focais propiciam particularmente o estudo das experiências. As entrevistas em profundidade servem para estudar histórias de vida e biografias individuais, mas os grupos focais vão nos permitir examinar melhor como opera o conhecimento e as idéias sobre determinado assunto em um contexto determinado. Questionários são úteis para a obtenção de informação quantitativa e descrevem opiniões, grupos focais são melhores para pesquisar como essas opiniões são construídas. Desse modo, enquanto as enquetes identificam repetidamente as brechas entre o conhecimento e o comportamento em saúde, somente métodos e técnicas qualitativas – como os grupos focais – poderão preencher essas lacunas e explicar por que isso acontece (Kitzinger, 1995).

Por todas essas razões, Grupos Focais têm sido amplamente usados na área da saúde. Algumas vezes como técnica principal, outras vezes combinadas com outras técnicas, os GF também na área da Saúde Coletiva Brasileira estão sendo utilizados para fins bem diversos, geralmente, para a compreensão de fenômenos difíceis de acessar pelas técnicas mais tradicionais de pesquisa. Assim, são especialmente utilizados para discutir assuntos considerados “sensíveis” (Castelão, Schiavo e Jurberg, 2003; Ribeiro,

Hardy e Hebling, 2007; Oliveira 2011), para conhecer a experiência de viver com determinada doença crônica, as percepções de usuários e trabalhadores sobre os serviços de saúde onde se tratam ou trabalham (Onocko Campos et al 2009; Cavalcanti et al, 2009), para avaliar serviços e programas (Soares, Reale e Brites, 2000; Wetzel e Kantorski, 2004; Onocko Campos et al., 2008,) entre outras. Porém, na literatura brasileira, não são muitos os artigos sobre grupos focais com pessoas em sofrimento psíquico (Onocko Campos et al 2008; Miranda e Onocko Campos, 2010; Togni e Onocko Campos, 2011).

Abordaremos alguns pontos relativos à particularidade que adquiriram os GF na nossa pesquisa e os discutiremos com alguns artigos da bibliografia nacional e internacional.

Do planejamento

Dependendo do autor, a bibliografia estabelece entre 6 e 12 o número de participantes dos GF, mas, em termos de número mínimo, alguns autores (Owen, 2001) consideram possível – até benéfico em alguns casos – fazer grupos com 3 ou 4 participantes, por exemplo, quando o traço comum destes é um estigma.

Todos os GF foram realizados com, pelo menos, dois pesquisadores, o moderador e o observador/anotador. O primeiro, conduzindo a discussão e propiciando a participação, e o segundo, anotando referências das falas dos participantes, momentos de debates paralelos, comentários superpostos, diversas formas de manifestação não-verbal, questões que subsidiarão a transcrição da áudio-gravação e o posterior análise e interpretação.

A fim de captar todo o processo de realização dos GF, todas estas questões foram registradas em relatos em diários de campo (Owen, 2001) de cada um dos locais da pesquisa. Esses relatos incluem cada uma das visitas e contatos feitos com o serviço, com os usuários, o registro dos participantes em cada grupo, a disposição de cada participante e a duração de cada grupo. Também registramos sentimentos e percepções dos pesquisadores relativos ao desenvolvimento dos grupos, ao conteúdo do debatido e à situação da cada participante.

Do desenho da pesquisa

Priorizar de verdade a participação, dar voz a um setor caracterizado por não tê-la, estar atentos a não incorrer em nenhuma das atitudes segregativas e/ou diretivas que criticamos, implica, entre outras coisas, ter um desenho de pesquisa flexível o suficiente de modo a possibilitar as mudanças necessárias no seu percurso. Claro que nem sempre é possível mudar tudo. Críticos do DSM IV e de sua utilização para diagnosticar, nos debruçamos sobre como contemplar a perspectiva do usuário na hora do recrutamento dos mesmos para participar dos grupos focais, e como poderíamos escolhê-los a partir da coincidência entre o seu diagnóstico outorgado pelo CAPS e a sua perspectiva. Foi assim que pensamos a elaboração de um vídeo. Este foi feito por atores caracterizando pessoas em sofrimento psíquico, no intuito de subsidiar o recrutamento de usuários para os grupos, a partir da identificação destes com algumas das experiências de sofrimento psíquico encarnada pelos atores. As quatro personagens do vídeo atuaram auto-relatos extraídos de levantamento bibliográfico na seção de *First Person Accounts* do *Schizophrenia Bulletin*, no período de 1980 a 2009, que foram posteriormente adaptados e roteirizados, levando-se em conta as experiências peculiares ao adoecimento esquizofrênico, bem como o perfil sócio-demográfico da clientela dos CAPS do Rio de Janeiro. Projetado o vídeo na assembléia de cada um dos CAPS, os usuários que se identificaram com algumas das experiências assistidas e interessavam-se na participação na pesquisa foram entrevistados pelos pesquisadores. Questionados em torno a qual experiência tinham se identificado, teve usuários que manifestaram: “*Eu também gosto de regar as plantas*”, “*Eu gosto de ficar olhando para as folhas das árvores*”, “*Eu também ouço o rádio de manhã*”. Ter-se identificado com experiências assistidas no vídeo que não eram as que nós pesquisadores esperávamos, isto é, àquelas que diziam respeito ao sofrimento psíquico, nos fez continuar a problematizar as particularidades e o desafio à hora de conduzir os GF.

Outro exemplo diz respeito ao que estabelecemos previamente à entrada em campo e que a realidade deste faz necessária alguma mudança. Originalmente, o desenho da

pesquisa contemplava um GF – no máximo dois – para explorar as experiências relativas: ao momento anterior à crise psíquica, o momento mesmo da crise e o momento posterior a ela (tratamento). Logo no primeiro grupo percebemos, nos três locais de desenvolvimento da pesquisa, que essa quantidade de grupos seria insuficiente. De fato, foram realizados 5 no Rio de Janeiro-RJ, 4 em Campinas-SP e 8 em Salvador-BA.

A falta de concentração, a vivência de processos afetivos e/ou alucinatórios, baixa auto-estima e confiança em si mesmos, foram algumas das dificuldades que enfrentamos para obter as percepções dos participantes, dificuldades também achadas por Owen (2001) no seu estudo com mulheres com problemas graves de saúde mental.

Do roteiro

O roteiro para os GF foi construído coletivamente no marco da equipe de pesquisa responsável. Após uma primeira revisão bibliográfica, foi decidido dividir o roteiro em três grandes eixos/momentos do processo de adoecimento psíquico, sendo estes: antecedentes, momentos anteriores à crise; momento da crise; restabelecimento.

O guia de tópicos a discutir, ou roteiro (Anexo), é composto por um conjunto de eixos ou questões abertas, que focaliza os temas de interesse da pesquisa. Esse roteiro, formulado em função dos objetivos e do referencial teórico assumido, serve como guia para o moderador do grupo (Westphal, 1992) e devem ser breves e claros (Barbour, 2009) Como se trata de uma discussão, e não uma entrevista em grupo, o roteiro deve ser flexibilizado. Não há sequência rígida de tópicos, pois estes muitas vezes podem emergir espontaneamente a partir do andamento da própria discussão, ou poderão ser introduzidos pelo moderador, que irá encadear um tópico a outro e aprofundar as questões debatidas. Deve-se apenas ter o cuidado de não deixar que os assuntos mais importantes sejam relegados para o fim do grupo, não tendo assim, tempo suficiente para sua abordagem (Miranda et al., 2008).

O roteiro dos GF foi estruturado em três grandes tópicos: Antecedentes, momento da crise, restabelecimento.

Do recrutamento: acesso aos, e dos, participantes

O acesso aos participantes dos grupos é um ponto destacado por Owen (2001), respeito de ser cuidadoso e tomar o tempo necessário para que seja bem sucedido, apontando à necessidade de entrar em contato mais de uma vez com eles antes do começo dos grupos. Esses momentos, geralmente esquecidos à hora das análises, foram de fundamental importância para o bom desenvolvimento da pesquisa. A confiança estabelecida com os participantes dos GF foi a chave para o funcionamento dos grupos. A confiança construída com a equipe de saúde foi a condição de possibilidade para a realização de cada atividade e de cada grupo focal, planejados conjuntamente.

Algumas vezes os grupos foram realizados sem a totalidade dos participantes habituais e, mais de uma vez, foi necessário cancelar o grupo focal por diversas razões, algumas vezes porque os participantes tiveram algum contratempo e não conseguiram ir ao serviço, outras vezes porque alguns dos usuários se encontravam em crise. Muitas vezes quando isto acontecia, nós pesquisadores, ocupamos o tempo no serviço conversando com os outros usuários – e com a equipe – de modo a manter o vínculo e, se possível, aprofundá-lo.

Morgan (1997) recomenda recrutar participantes que não se conheçam anteriormente, portanto não é recomendado utilizar grupos pre-existentes e transformá-los em GF para pesquisa. Porém, em decorrência da dificuldade para recrutar pessoas em sofrimento psíquico, Owen (2001) e Koppelman e Bourjolly (2001) decidiram utilizar grupos já existentes nos serviços para ambas as pesquisas. Na nossa pesquisa não utilizamos grupos preexistentes, porém, todos os participantes se tratavam no mesmo serviço.

Do moderador dos grupos

As habilidades necessárias por parte do moderador de GF integrados por pessoas em grave sofrimento psíquico também adquirem particularidades. Comprovamos, junto com Koppelman e Bourjolly (2001) e Owen (2001) que, o fato dos grupos serem desenvolvidos no serviço no qual os participantes recebem atenção em saúde mental, e em horários em que eles habitualmente se encontravam no serviço, sem dúvida contribuiu para a geração

de um clima não intrusivo nem constrangedor, o que talvez não tivéssemos conseguido em um local desconhecido e com estranhos.

Também estivemos atentos a não cansar os participantes. Desse modo, foi diversa a duração dos grupos, encerrando algumas vezes os grupos a pedido dos participantes e tendo que estabelecer para cada encontro questões simples e claras, com a flexibilidade necessária para deixar surgir à espontaneidade (Koppelman e Bourjolly, 2001).

Um dos benefícios destacados por alguns autores dizem respeito da não necessidade, por parte do moderador de GF, de ter capacitação específica para essa tarefa, sendo sim necessário determinadas habilidades intersubjetivas como saber escutar e não se envolver pessoalmente nas discussões (Morgan, 1997; Krueger e Casey, 2007) mas, entendemos que isto não é suficiente para a condução deste tipo de grupos. Aqueles que participamos na condução dos GF já tínhamos experiência em pesquisa com GF e alguma experiência clínica com pacientes psicóticos, o que nos permitiu estarmos atentos tanto às questões da pesquisa como refletirmos em torno às dinâmicas estabelecidas nos grupos, entre os participantes e com os pesquisadores. Contrastando com pesquisadores que desconsideram esse aspecto, é importante não desvalorizar essa especialidade tão cara, que seguramente influirá na tarefa de produzir dados do GF (Barbour, 2009).

Para minimizar questões clínicas decorrentes dos assuntos abordados nos grupos, ou posteriormente a eles, incorporamos aos GF um profissional da equipe do serviço encarregado especialmente de cuidar desse aspecto, como realizado – e recomendado – nos GF realizados com mulheres diagnosticadas com problemas graves e persistentes na sua saúde mental, relatados nos artigos de Owen (2001) e Koppelman e Bourjolly (2001). Outra forma de cuidado permanente com relação a esse aspecto foi o suporte através da discussão sistemática sobre a dinâmica de todos os grupos na equipe de pesquisa, semana a semana, reuniões mensais de todos os campos funcionando a modo de supervisão permanente do processo de pesquisa e, particularmente, do cuidado subjetivo dos participantes, como também recomendado na literatura (Owen, 2001).

Campo

O presente estudo desenvolveu-se em três diferentes cidades brasileiras: Rio de Janeiro/RJ, Campinas/SP e Salvador/BA. Embora sejam três grandes cidades, todas com mais de 1 milhão de habitantes, suas marcas culturais e regionais são diversas, bem como as características de suas redes de saúde. Apesar dessas diferentes características, todas as três cidades, nas instituições universitárias que subscreveram este projeto de pesquisa através de seus pesquisadores, estão historicamente envolvidas na formação e capacitação de trabalhadores para o SUS e para a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Das três cidades onde a investigação se realizará, Campinas é a menor, com 1.073.020 habitantes, apesar de ser o terceiro maior município do estado de São Paulo e um importante pólo econômico. Apesar de sua urbanização, a cidade ainda tem vasta área rural. Dentre as três cidades, Campinas é a que possui melhor cobertura de serviços e rede. Existem nesta cidade hoje nove CAPS sendo seis CAPS III de adultos, dois CAPS Álcool e Drogas (AD) e um CAPS infantil. O modelo adotado pela cidade privilegiou os CAPS III e todos os que se destinam a clientela adulta possuem leitos para internação breve e territorial. Há um total de 48 leitos nos próprios centros e 10 leitos de retaguarda para os CAPS AD em outra sede física. Os CAPS são responsáveis não apenas pela gestão dos leitos-noite, mas constituem referência também para 38 serviços residenciais terapêuticos com 106 moradores desinstitucionalizados. Metade das 60 unidades básicas de saúde possuem equipes de saúde mental territoriais. Compostas de psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais, totalizam 98 profissionais em toda a rede básica. Esses profissionais se dividem entre atividades ambulatoriais e de apoio às equipes de saúde da família. O município conta ainda, na área do atendimento à urgência e emergência, com dois pronto socorros psiquiátricos e com psiquiatria pré-hospitalar 24h, lotada no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Este serviço, que conta com psiquiatras, realiza atendimentos domiciliares em situações de crise para detecção e tratamento precoce além de auxiliar na facilitação dos fluxos da rede. Há ainda 6 centros de convivência trabalham em parceria com os CAPS e uma rede de internação psiquiátrica, com 80 vagas hospitalares divididas entre três hospitais gerais e o Serviço de Saúde

Cândido Ferreira localizado no local do antigo Hospital Psiquiátrico. Estas vagas são controladas por uma central reguladora única que, sustentada pelo cuidado oferecido na rede de atenção psicossocial, reduziu a internação hospitalar de 1268 em 2001 para 345 em 2007 (CAMPINAS, 2007).

Salvador é a segunda maior cidade em número de habitantes, com uma população de 2.800.000 habitantes. Diferente de Campinas, sua rede se ressentiu de anos de desinvestimento em saúde mental nas áreas de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação psicossocial. A cobertura assistencial ainda tem forte marca hospitalar, realizado por dois hospitais psiquiátricos públicos - Hospital Juliano Moreira (170 leitos) e Hospital Mário Leal (30 leitos) - e um privado, Hospital São Paulo (160 leitos, 20 HD) contratado pelo SUS, com o total de 360 leitos. Nos últimos 5 anos esforços do governo federal estimularam a implantação de uma rede de 4 CAPS estaduais, em convênio de cooperação técnica com a UFBA que constituem, somados aos 9 CAPS da Secretaria Municipal de Saúde, o total de 13 CAPS tipo II, 1 CAPS para infância e adolescência; 6 residências terapêuticas; 1 equipe de saúde mental implantada em UBS que tem como objetivo atender crianças e adolescentes em vulnerabilidade social e pessoal, em situação de rua e envolvidas com uso de substâncias adictivas. O trabalho desenvolve-se na rua, onde os usuários são encontrados, e também através de atendimentos em unidade de saúde; 6 ambulatórios de saúde mental, entre outros serviços.

O Rio de Janeiro é um município de grande porte, com população estimada de 6.186.710 habitantes¹⁰ e área equivalente a 1.255,3 km² ¹¹. Divide-se em 10 Áreas de Planejamento (AP) de Saúde e 32 Regiões Administrativas (R.A) com 159 bairros. Caracteriza-se por ser uma cidade majoritariamente urbana, na qual a sua geografia e população são marcadas por contrastes, desigualdades sociais e também pela diversidade sócio-cultural. Na cidade do Rio de Janeiro, à época do trabalho de campo, existiam 11 CAPS tipo II, voltados para o atendimento de adultos com transtorno mental grave, além 3 CAPSi e 3 CAPSAd (álcool e drogas). Estes serviços são distribuídos entre as 10 áreas programáticas que abrangem toda a extensão da cidade. A rede ambulatorial conta com

10 Fonte: IBGE (2009).

11 Fonte: Instituto Pereira Passos- Armazém dos Dados. Rio de Janeiro, 2008.

53 dispositivos que operam atenção em sistema de ambulatório, entre CMS, PS, PAM, Policlínica, UIS e mesmo ambulatórios vinculados às estruturas hospitalares. O atendimento de urgência e emergência está organizado em 03 Pólos de Emergência. A internação de curta ou de média permanência pode ser feita em 04 hospitais psiquiátricos públicos e 06 hospitais psiquiátricos da rede contratada pelo SUS que perfazem, junto com os leitos que abrigam moradores crônicos, o total de 2.652 leitos psiquiátricos. No eixo da política de desinstitucionalização da clientela em situação de longa permanência em hospitais psiquiátricos, conta-se com 31 Serviços Residenciais Terapêuticos e 16 Moradias Assistidas, o que perfaz o total de 146 usuários em acompanhamento contínuo na comunidade por equipes de seguimento.

A decisão de desenvolver esse estudo nas três referidas cidades se estabeleceu tanto a partir da consideração dos aspectos que as aproximam, quando daqueles que as distanciam. Dentre os aspectos que as aproximam temos, além do fato de serem cidades de grande porte, com realidades sociais e econômicas complexas, um aspecto que nos interessa sobremaneira: as três cidades são centros reconhecidos na produção de conhecimento e na formação de profissionais, para o campo da chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira. Dentre os aspectos que as distanciam, e podem ser relevantes para a pesquisa, está o fato de as três cidades terem graus diferentes de implantação das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), como também diverso impacto e cobertura de serviços e rede de atenção psicossocial, além de características econômicas e culturais diversas.

Farta bibliografia indica que os sentidos atribuídos às concepções de doença pelos profissionais e à experiência de adoecimento pelos pacientes, não decorre direta e exclusivamente do conhecimento teórico e técnico a que têm acesso. Na produção de sentidos, quer para os pacientes quer para os profissionais, elementos do campo de conhecimento teórico e técnico se articulam a outros que vêm do campo das práticas dos serviços e da cultura propriamente dita (Corin, 1993, 1998; Sarraceno, 1997, 1999). Estudando realidades tão diferentes em relação a esses aspectos esperamos criar condições para melhor identificar e compreender a significação que os usuários dos CAPS

atribuem às suas experiências de atravessar uma crise psíquica para, desse modo, obtermos subsídios para o planejamento, a gestão, a organização e a consequente sustentação clínica dos serviços de saúde mental.

Dentre os serviços territoriais, foi nos CAPS de adultos que buscamos selecionar os participantes do estudo. Justificamos esta escolha porque a estes serviços tem sido dado, no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, o desafio preferencial da construção e transmissão de saberes e práticas que operem outro modo de cuidar, assim como a tarefa específica de dar acolhida a usuários em crise.

Descrição do campo e dos sujeitos¹² de pesquisa

Dentre os 16 participantes, 7 usuários participaram dos grupos no Rio de Janeiro (duas mulheres e 5 homens), 5 em Salvador (3 homens e 2 mulheres) e 4 em Campinas (3 homens e uma mulher). A média de idade dos usuários foi de 44 anos, sendo a mínima 30 anos e a máxima 64 anos. Entre todos os participantes 11 são do gênero masculino, 9 são solteiros, 6 usuários são da raça branca (4 em Campinas), 5 pardos e 5 são afro-descendentes. Com relação ao nível de escolaridade dos participantes, 8 tinham ensino médio completo e 1 com superior completo. No que se refere ao nível ocupacional, 8 usuários estão desempregados e 8 estão aposentados.

Em relação ao diagnóstico segundo os profissionais dos CAPS, 15 usuários foram diagnosticados com transtorno do espectro esquizofrênico (F20-F29, segundo a CID 10) e 1 usuário a equipe tinha dúvida diagnóstica.

CAPS Campinas

O CAPS Integração foi inaugurado no final de 2003, tendo transformado-se em CAPS III em 2005 (antes, era CAPS II). Em julho de 2010, foi transferido para uma sede própria,

¹² Os nomes dos participantes e/ou quaisquer outras informações que possam identificá-los foram mantidos sob sigilo e substituídos por nomes fictícios. Atribuímos nomes aos participantes dos grupos com as iniciais de cada localidade onde foi realizado o estudo. Assim, os participantes do Rio de Janeiro têm seus nomes com inicial “R”, os de Campinas com a letra “C” e os de Salvador com a letra “S”.

localizada entre o Centro de Convivência Toninho e o C. S. Integração. A sede ficou em construção por cerca de 8 anos.

O serviço tem trezentos e trinta usuários inseridos, localiza-se numa área adscrita de cerca de 200 mil habitantes, na região noroeste de Campinas. Referencia 12 unidades de atenção primária (dentre UBS e módulos de saúde da família), sendo que também compõe a rede de saúde mental na região o hospital da PUCCAMP (P.S. e enfermaria), P.A. Campo Grande, casa das oficinas (projeto de geração de renda). Além disso, existem CRAS e outras ações da assistência social. Está localizado em meio a uma área de trafico de drogas e em alguns bairros é alta a vulnerabilidade e risco da população.

Grupos Campinas

Os grupos de Campinas aconteceram no serviço e contaram com a participação de um condutor e um observador responsável pelos registros, sendo que os dois se revezavam nessas funções, e um profissional do serviço. A média de participação foi de 3 usuários por grupo. Os usuários tinham liberdade para saírem caso sentissem necessidade. A condução dos grupos também foi orientada por um roteiro semi-estruturado, de acordo com as temáticas propostas, embora também fossem feitas perguntas de sondagem, de acordo com o que surgia no contexto grupal de discussão. O modo de condução seguiu a orientação e o estilo de condução proposto pela pesquisa mais ampla, realizando perguntas mais abertas, interessadas no modo como os sujeitos vivenciavam os processos, estimulando a interação entre os participantes e deixando os mesmos relatarem as suas experiências de modo fluido, de maneira que todos pudessem falar. Perguntas sobre as dúvidas relacionadas ao adoecimento também foram comuns no grupo, apesar de os participantes terem sido informados que se tratava de um grupo “de pesquisa”. Relatos sobre experiências de vida que aparentemente escapavam ao assunto proposto pela pesquisa também foram muito comuns. Aqui, a temporalidade da experiência do adoecimento também se apresentava de modo não linear, de modo que em muitos momentos os focos de discussão dos grupos de sobrepuseram. Porém, esses relatos foram acolhidos pelo grupo, embora com certa atenção da equipe para não deixarmos de

abarcando as temáticas propostas, mesmo porque a idéia era estabelecermos uma ambiência que possibilitasse maior fluidez das narrativas. Ao longo do processo, percebeu-se que a assiduidade do grupo foi diminuindo, em virtude de diferentes motivos, como problemas de saúde física e saúde mental dos participantes. De um modo geral o grupo funcionou de maneira interativa. Todos os encontros foram áudio-gravados, após autorização dos participantes.

Sujeitos de pesquisa - Campinas

1) D. Cleusa, 50 anos, natural de São Paulo, branca, divorciada, evangélica, analfabeta, ensino fundamental incompleto, desempregada, recebeu o diagnóstico de esquizofrenia residual e “aceita” o diagnóstico de esquizofrenia. Cleusa participou de todos os grupos.

2) Caio, 41 anos, natural do Mato Grosso, branco, solteiro, católico, ensino fundamental incompleto, é aposentado pelo INSS, recebeu o diagnóstico de esquizofrenia em sua trajetória de tratamento. Caio se auto-atribuiu o diagnóstico de gastrite. Caio participou de todos os grupos.

3) César, 35 anos, nascido no Paraná, branco, solteiro, não informou a religião, ensino médio incompleto, exerce atividade de trabalho informal, recebe o Benefício da Prestação Continuada (BPC), recebeu o diagnóstico de esquizofrenia em sua trajetória de tratamento. Embora se auto-atribua o diagnóstico de esquizofrenia, também diz ter problemas mentais em virtude de uma sinusite. César participou de todos os grupos.

4) Cícero, 33 anos, nascido no Paraná, branco, solteiro, católico, ensino médio incompleto, aposentado pelo INSS, recebeu o diagnóstico de esquizofrenia em sua trajetória de tratamento. Cícero não participou do primeiro grupo.

CAPS Rio de Janeiro

O CAPS Linda Baptista foi aberto em julho de 2004 e localiza-se no bairro de Guadalupe, zona norte da cidade, próximo a avenida Brasil. Abrange a área programática AP 3.3/ eixo Pavuna-Anchieta, sendo referência para nove bairros desta mesma área que

conta com aproximadamente 370.000 habitantes¹³. Trata-se de uma área com altos índices de violência, tendo um dos piores IDH do estado. Fica no entorno da favela do Muquiço/Acari. O serviço já chegou a ser invadido três vezes por traficantes da área, quando ainda não possuía segurança e por isso já esteve fechado e foi transferido provisoriamente para a policlínica em frente. É uma região majoritariamente habitada por pessoas afrodescendentes, conhecida pela tradição do samba e caracterizada pela presença conjunta de diversas religiões. A maior demanda de atendimento vem do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira (IMAS) (antigo Hospital Pedro II), localizado no Engenho de Dentro, cuja porta de entrada é feita no setor de emergência do PAM Del Castilho. No PAM são feitos os encaminhamentos para o IMAS Nise da Silveira e deste para o CAPS, além de receber pacientes através de demanda espontânea, da escola, do ministério público, ambulatório e PSF, apesar de não haver PSF nas proximidades do CAPS. Há uma rede em formação que conta com o posto de saúde em frente ao CAPS, que anteriormente tinha uma demanda reprimida, sem recepção e sem acolhimento, com longas filas de espera e grande resistência em atender usuários em sofrimento mental. O CAPS funciona de 2ª a 6ª, das 8:00 às 17:00. Dentre as atividades cotidianas do serviço incluem-se: atendimento de primeira vez e grupos de recepção; oficina de cinema; oficina de dança; grupo de família, piscina livre (interditada devido a bomba quebrada) e dias sem atividade estruturadas, onde os usuários passam o tempo e participam do que costuma chamar de “convivência”. À época do trabalho de campo haviam, aproximadamente 30 profissionais lotados serviço, entre eles profissionais de saúde e pessoal de apoio: 2 são psiquiatras, 1 enfermeiro, 3 auxiliares de enfermagem, 5 psicólogos (sendo um, o diretor e a outra a coordenadora, 1 administrador e um auxiliar, 1 assistente social (que recentemente esteve seis meses de licença médica), 2 terapeutas ocupacionais, 1 professora de dança, 1 nutricionista, 1 farmacêutico e 11 de apoio (copeira, cozinheira, auxiliar de serviços gerais, vigia, porteiro). Em Janeiro de 2011, entretanto, tivemos notícia de que um dos psiquiatras saiu do serviço, assim como o diretor e a coordenadora técnica.

13 Fonte: Revista da Escola de Saúde Mental/dez 2008 – “12 anos de CAPS na cidade do Rio de Janeiro”.

No território onde o CAPS se insere existe ainda uma vila olímpica; a lona cultural de Guadalupe com cursos livres, o Ponto Cine (do grupo Estação), no shopping Guadalupe e um Clube. O trabalho da equipe na comunidade é uma das marcas do serviço. Vale dizer que quando iniciamos o campo em 2009, a gestão municipal estava em período de transição, de modo que houve reformulação do organograma da prefeitura e cortes de gastos nos serviços de saúde, de modo que houve mudança das firmas responsáveis pela limpeza, alimentação e vigilância dos CAPS e muitos CAPS da cidade estavam com dificuldades de contratação de profissionais, principalmente psiquiatras, ao que um dos gestores com quem tivemos contato chegou a falar sobre essa “crise” de psiquiatras.

Grupos Rio de Janeiro

Os grupos realizados no Rio de Janeiro aconteceram no serviço, com dias e horários fixos. Os grupos contaram com a participação de 1 condutor, e 2 observadores, sendo um responsável pelos registros, além de um profissional do serviço e os informantes. A média de participação dos grupos foi de 3 participantes por grupo. A condução do grupo orientou-se por um roteiro semi-estruturado elaborado de acordo com a temática proposta para discussão. De um modo geral o grupo funcionou de maneira interativa, dando-nos a impressão de que foi possível criar um ambiente de grupalidade, embora por vezes alguns participantes colocavam-se em posição mais monológica. Os usuários tinham liberdade para saírem caso sentissem necessidade. Em geral os condutores deixavam as falas fluírem sem interrupções, apesar de estimularem a interação entre os participantes. Foi muito comum os participantes perguntarem seus diagnósticos ou explicações sobre o adoecimento, e mesmo opiniões sobre como deveriam proceder em determinadas situações, mesmo tendo sido informados que não se tratava de um grupo terapêutico proposto pelo serviço, mas de uma atividade de pesquisa. Todos os grupos foram audio-gravados, após autorização dos participantes.

Sujeitos de pesquisa - Rio de Janeiro

5) Railson, 30 anos, natural do Rio de Janeiro, negro, solteiro, católico, ensino médio

completo, desempregado, pensionista do INSS e já recebeu os diagnósticos de transtorno esquizofrênico com sintomas obsessivos e transtorno obsessivo compulsivo com sintomas psicóticos. Railson participou dos GFs 1,2 e 3.

6) Regina, 47 anos, natural do Rio de Janeiro, branca, casada, kardecista, ensino superior incompleto, desempregada, sem renda, já recebeu os diagnósticos de Transtorno Esquizofrênico e de transtorno bipolar do humor em sua trajetória de tratamento, embora não se identifique com nenhum desses diagnósticos. Regina participou de todos os grupos.

7) Reinaldo, 44 anos, natural do Rio de Janeiro, branco, solteiro, evangélico, biólogo, desempregado, sem renda, recebeu o diagnóstico de esquizofrenia. Reinaldo participou dos GFs 1, 2 e 3.

8) Rogério, 60 anos, natural do Rio de Janeiro, pardo, divorciado, kardecista, ensino médio completo, aposentado pelo INSS, recebeu o diagnóstico de esquizofrenia em sua trajetória de tratamento, embora não acredite que seja esquizofrênico. Participou de todos os grupos.

9) Ricardo, 31 anos, natural de Minas Gerais, negro, solteiro, cristão, ensino fundamental completo, está de licença do trabalho por auxílio doença, já recebeu os diagnósticos de transtorno delirante, transtorno paranoide, psicose não-orgânica e de esquizofrenia, embora não saiba o quê que tem. Ricardo participou dos GFs 1 e 3, dependia do irmão para chegar no CAPS.

10) Rui, 44 anos, natural do Rio de Janeiro, pardo, solteiro, não tem religião, ensino fundamental incompleto, aposentado pelo INSS, recebeu os diagnósticos de esquizofrenia, “transtorno mental” e distúrbio mental em sua trajetória de tratamento. Rui participou dos GFs 1, 2, 3 e 4, depois foi internado e não conseguiu continuar participando.

11) Roberta, 39 anos, não sabe informar sua naturalidade, branca, casada, católica e evangélica, ensino médio completo, desempregada, recebe benefício, mas não sabe informar qual, já recebeu o diagnóstico de esquizofrenia. Roberta “aceita” o diagnóstico. Roberta participou dos GFs 1 e 2, porém, embora se mostrasse cooperativa, interrompeu a participação no estudo por não sentir-se bem ao relatar a sua história de adoecimento.

CAPS Salvador

Inaugurado em setembro de 2008, atende a uma rede de usuários residentes nas principais localidades do Distrito Sanitário Barra. O CAPS (de tipo II) conta hoje com quinhentos vinte e cinco usuários cadastrados e com o funcionamento de segunda à sexta-feira, das 8 às 17 horas.

O atendimento inicial no CAPS se dá através de um acolhimento (que ocorre diariamente) onde são reunidos os principais dados e informações da história de vida do paciente. Todos os casos acolhidos ao longo da semana são discutidos em reunião com o psiquiatra, a fim de se traçar o PTI (Projeto Terapêutico Individual). Uma vez traçado o PTI o usuário passa a freqüentar o CAPS sob o sistema intensivo, semi-intensivo ou não intensivo a depender da intensidade/gravidade dos sintomas e de sua necessidade. Entre as atividades destacam-se: 'Cultura e Cidadania', 'Criando Expressão e Arte', 'Sétima Arte', 'Fazer Livre', 'Oficina de Final de Semana', 'Desabafo', 'Brincando de Aprender', 'De Bem com a Vida' e 'Relaxamento'. Com o objetivo principal de auxiliar e viabilizar a reinserção social das pessoas com padecimento subjetivo, as oficinas supracitadas se utilizam de elementos capazes de proporcionar aos usuários momentos em que os mesmos se sintam integrantes e ativos na sociedade. As oficinas acontecem com uma média de 22 (vinte e dois) participantes, tem duração média de uma hora e sempre com a presença de profissionais que compõe a equipe, que realizam um papel de facilitadores no processo de construção da atividade. A unidade conta ainda com grupos psicoterapêuticos, conduzidos por psicólogos, onde os usuários podem trabalhar suas angústias, medos e trocar experiências.

O atendimento psiquiátrico se dá de forma individual ou grupal. Geralmente os pacientes intensivos são avaliados semanalmente. Demais pacientes, a depender da demanda, passam por consultas individuais ou são inseridos em grupos terapêuticos (Gts) correspondentes ao seu transtorno, psicose ou neurose.

Grupos Salvador

Os grupos de Salvador também aconteceram no contexto do serviço e contou com a

participação de um condutor, um observador responsável pelos registros e duas profissionais do CAPS. A partir do processo de recrutamento, constatou-se que dentre os pacientes matriculados no CAPS apenas nove tinham o diagnóstico de esquizofrenia, de modo que todos estes foram convidados a participar do estudo, mas apenas 5 integraram os grupos. De acordo com informações da coordenadora do trabalho de campo em Salvador, que também fazia uma atividade de acompanhamento do serviço através da universidade na qual trabalha, até a chegada da pesquisa no serviço havia escassas atividades em grupo para essa população. Em virtude desta constatação, duas profissionais do serviço demonstraram interesse em participar do grupo e a partir das discussões em equipe surgiu a proposta de, com o encerramento da pesquisa, o grupo prosseguir acontecendo. A média de participação foi de aproximadamente 5 usuários por grupo. No decorrer do trabalho de campo a assiduidade manteve-se relativamente estável. Os grupos aconteceram seguindo o mesmo estilo de condução proposto pela pesquisa, e constituiu-se como um grupo bastante interativo, em que os próprios usuários relançavam perguntas, comentários e sugestões uns aos outros. Também foi comum a discussão de experiências, situações e histórias que extrapolavam o tema proposto, o que foi acolhido pelo grupo e pesquisadores, pelos mesmos motivos mencionados nas descrições dos contextos dos grupos nas outras cidades. Aqui, a questão da temporalidade da experiência e da conexão e sobreposição dos marcos temporais propostos para discussão também foi observada. Todos os grupos foram audio-gravados, após autorização dos participantes.

Sujeitos de pesquisa - Salvador

12) Silvio, 60 anos, nascido na Bahia, pardo, casado, católico, ensino fundamental incompleto, aposentado pelo INSS, já recebeu o diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada em sua trajetória de tratamento. Silvio participou de todos os GF.

13) Sônia, 49 anos, nascida na Bahia, parda, solteira, evangélica, ensino médio completo, aposentada pelo INSS. Sônia já recebeu e se auto-atribuiu o diagnóstico de esquizofrenia. Participou de todos os GF.

14) Saulo, 40 anos, nascido na Bahia, negro, solteiro, espírita, ensino médio

completo, desempregado, já recebeu os diagnósticos de esquizofrenia e de transtorno mental e de comportamento decorrente do uso de opióides. Saulo se auto-atribui o diagnóstico de esquizofrenia. Saulo participou de todos os GF.

15) Selma, 39 anos, nascida na Bahia, parda, casada, católica, desempregada, ensino médio completo, sem renda, já recebeu o diagnóstico de esquizofrenia. Selma se auto-atribui o diagnóstico de esquizofrenia.

16) Simeão, 49 anos, nascido na Bahia, mulato, casado, evangélico, ensino médio completo, aposentado pelo INSS, recebeu o diagnóstico de esquizofrenia. No decorrer do trabalho de campo Simeão faleceu após ser atropelado, porque estava andando pelas ruas, aparentemente em situação de crise psiquiátrica. Simeão participou de todos os GFs.

Comitê de Ética

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) - parecer nº 870/2009, aprovado em 22/09/2009.

Seleção dos serviços

De março a junho de 2009 dedicamo-nos ao processo de seleção dos CAPS onde seriam recrutados os usuários que participariam do estudo aconteceu. Esta seleção se deu em função do próprio interesse e disponibilidade das equipes de cada CAPS, nas três localidades.

Recrutamento dos sujeitos de pesquisa

O processo de recrutamento aconteceu de setembro a novembro de 2009. Os participantes da pesquisa foram usuários de um CAPS por localidade. O critério de inclusão dos usuários, que incluía o diagnóstico de espectro esquizofrênico, pretendemos que fosse coerente com a nossa abordagem hermenêutica. Escolhemos esse critério produto do

interesse em torno dos distúrbios esquizofrênicos e, principalmente, por serem dos diagnósticos com prognósticos mais desfavoráveis.

Os critérios de inclusão da amostra de usuários foram:

1) Auto-atribuição de experiência. O processo de auto-atribuição da experiência foi mediado pela apresentação de um vídeo¹⁴ aos usuários dos serviços, seguida por um grupo de discussão, durante o qual os participantes tinham a oportunidade de manifestar algum tipo de identificação com os relatos dos personagens do vídeo, que interpretados por atores amadores enunciavam auto-relatos de pessoas com esquizofrenia.

2) Ter o diagnóstico para transtorno do espectro esquizofrênico, segundo a equipe dos CAPS e baseados nos critérios da Classificação Internacional das Doenças (CID 10);

3) Estar em tratamento no CAPS;

4) Aceitar participar do estudo.

O processo de recrutamento dos usuários aconteceu de forma cuidadosa e sensível às suas trajetórias de vida e situação de tratamento. Foram feitas visitas constantes aos serviços (assembléias, convivência e reuniões de equipe), essenciais para a construção de vínculo com os usuários e a equipe e agendamento para a exibição do vídeo, que foi exibido três vezes no Rio de Janeiro, duas em Campinas e uma em Salvador. Após cada exibição fizemos uma roda de conversa para discussão sobre as experiências que os usuários se identificaram e quais pessoas estavam interessadas em participar do estudo. Em um momento posterior, participamos das reuniões de equipe dos serviços para retornarmos os resultados dessa etapa e avaliarmos coletivamente a indicação clínica através da discussão de cada caso. Aqueles usuários que preencheram os critérios de auto-atribuição da experiência, diagnóstico do espectro esquizofrênico (segundo a equipe) e aceitaram participar da pesquisa foram selecionados. Aqueles que não foram selecionados foram informados sobre os motivos da não inclusão na amostra. Alguns, ainda, apesar de terem se mostrado interessados num primeiro momento, desistiram da participação antes mesmo do início dos grupos.

A partir do processo de recrutamento, entretanto, nos deparamos com o fato de que

14 A realização do vídeo se deu com o patrocínio da FAPERJ e contou com a parceria de uma professora e alunos da Escola de Comunicação da UFRJ, entre outros parceiros.

a auto-atribuição da experiência e auto-atribuição do diagnóstico são fenômenos distintos, que não necessariamente se sobrepõem de forma plena. Daí, depreendemos algumas questões: como vamos lidar com as situações em que os pacientes que preencheram o critério diagnóstico, se auto-atribuíram a experiência, mas não se auto-atribuem o diagnóstico? Eles serão ou não incluídos na pesquisa? E caso incluíssemos este usuário na amostra, sendo ele devidamente informado sobre os objetivos e objeto do estudo do estudo – através da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – será que não corríamos o risco de atribuir o diagnóstico de esquizofrenia a este paciente, estigmatizando-o? Será que ele, por si só, não deduziria o seu próprio diagnóstico caso não soubesse ou não aceitasse?

Pode-se dizer que tais questões nos remetem, ao mesmo tempo, a um impasse ético e clínico, relativo à dimensão da experiência humana e do cuidado à saúde, respectivamente. Mas também nos remetem a um impasse metodológico, na medida em que o conhecimento e aceitação sobre o seu próprio diagnóstico, através da incorporação da perspectiva biomédica (ou de sua própria perspectiva? Ou de ambas as perspectivas?!) poderia induzir os usuários a afastarem-se da própria experiência, dando-nos respostas mais racionalizadas e menos encarnadas.

A solução para este impasse, que por ora consideramos provisória, foi respeitar a perspectiva dos usuários, reforçando e esclarecendo que o transtorno que escolhemos para estudar foi a Esquizofrenia.

Dentre os 25 usuários que preencheram os critérios nos três CAPS, 16 foram selecionados e compareceram aos encontros. Durante o trabalho de campo, entretanto, 2 usuários faleceram (uma morte súbita e um aparente suicídio por atropelamento), 5 diminuíram a frequência aos grupos ou deixaram de frequentá-los, por problemas de saúde, saúde mental e internação, e que duas usuárias decidiram interromper a sua participação.

Foram feitos 17 grupos focais, sendo 5 realizados no Rio de Janeiro-RJ, 4 em Campinas-SP e 8 em Salvador-BA, com uma média de duração de uma hora e meia cada grupo, completando mais de 25 horas de gravação.

Tratamento e interpretação do material empírico.

Os dados obtidos para esta pesquisa foram considerados a partir de uma abordagem que permitisse conjugar análise e interpretação com a construção de novas alternativas interpretativas, tarefa para a qual propomos a utilização da hermenêutica crítica utilizada por Ricoeur (1997), por sua vez, inspirada na hermenêutica gadameriana (Gadamer, 1997).

Discurso e texto

Como abordar a complexidade do discurso psicótico? Como valorizar os dizeres desses sujeitos sem cair nas tradicionais dicotomias racional/irracional, verdade/mentira que nos fariam priorizar determinadas porções do discurso, primando assim a nossa subjetividade sobre a deles? O que determina que um discurso possa ser inteligível, significativo e compreensível? Relembremos rapidamente o nosso objeto de pesquisa: acessar relatos de experiências que chamamos de crise subjetiva em pessoas diagnosticadas com transtornos do espectro esquizofrênico no intuito de encontrar lineamentos, pistas que contribuam com as políticas, o planejamento e a organização dos serviços de saúde para melhor lidar com esses momentos de particular sofrimento. Os diversos sintomas e manifestações das pessoas diagnosticadas com transtornos do espectro esquizofrênico têm sido definidos e abordados de múltiplas formas, algumas delas até contraditórias entre si. Mas, sem dúvida, poderíamos dizer que uma característica transversal a essas definições está relacionada com a dificuldade de compreender o discurso psicótico. Desde definições do senso comum como, por exemplo, “não fala nada com nada”, até aquelas mais elaboradas como “o discurso psicótico encontra-se fora-do-discurso”.

Ricoeur (1997) define o discurso como a instância na qual alguém diz algo para alguém sobre alguma coisa. Quando queremos passar uma mensagem, nosso discurso diz respeito ao que diz essa mensagem e do que ela trata. Isto é, a mensagem leva com ela, nela, sentido e referência. O discurso – conforme aponta Ricoeur – se manifesta de forma

contrária às estruturas abstratas e atemporais que o estruturalismo descobriu, pois essas estruturas são possíveis de identificar a qualquer tempo, persistem de algum modo. O discurso só acontece como evento real no tempo, quer dizer que é efêmero, desaparece.

Mas, segundo o autor, ainda que o discurso desapareça por passar a ser parte do passado, o que pode perdurar é o seu significado. Aqui que introduzimos a teoria hermenêutica, no sentido de que, se o significado do discurso é o que pode perdurar, este pode ser tomado, apropriado, compreendido por novos sujeitos em novos contextos e épocas distintas. Sobre essa possibilidade do significado persistir no tempo, Ricoeur (1997) a fundamenta fazendo uma passagem do discurso falado ao discurso escrito. Se os dizeres desaparecem, os textos ficam, e estes, como instância do discurso inscrito, permanecem significativos para quem possa lê-los.

Essa leitura é possível porque também o texto diz algo para alguém, se refere a algo além de si mesmo, isto é, tem sentido e referência. Qualquer instância de discurso, dentre elas o texto, é significativa por combinar sentido e referência. Mas esse significado mais amplo apontado por Ricoeur, não deve ser identificado com algo na mente do autor, nem com a sua intenção ao produzir o texto. Não, é o que Ricoeur (1997) chama de *mundo do texto* o que lhe atribui tanto sentido quanto referência e, portanto, torna o texto significativo. O *mundo do texto* não se trata de nada que se encontre velado ou escondido em algum cantinho dificilmente acessível na cabeça das pessoas; trata-se de algo que o texto projeta não atrás, mas à frente de si. Melhor dizendo, não é o texto quem projeta por si só, o texto não faz nada além de existir, quem projeta à frente ou procura atrás, somos nós que "agenciamos" o texto e tentamos interpretá-lo.

A compreensão dependerá da captação desse *mundo do texto* como um mundo que podemos imaginar habitando, e que, ainda que o "eu" (ou nós) seja diferente no tempo,

[...] também esse significado do qual alguém *se apropria* vai diferir de alguma forma de uma época para outra e de um lugar para outro, sem por tudo isso se tornar sem significado. Voltando à imagem tomada de Gadamer, podemos dizer que: esses horizontes de significado sobrepõem-se ou mesmo "fundem-se" no ato de compreender o que é dito, daí não estarem além da comparação entre si. Um texto torna-se

sem significado quando não pode mais ser entendido (Pellauer, 2007, p. 87).

Ao contrário do que algumas metodologias que analisam discursos, Ricoeur pretende considerar a possibilidade de que o significado e a verdade do *discurso estendido* (narrativa) não sejam segmentáveis nem redutíveis aos de suas sentenças isoladas. Estas assumem novos valores no nível do discurso estendido, que não é simplesmente a soma das suas partes individuais. Portanto o discurso requer novos métodos para ser entendido.

A narrativa interessa a Ricoeur não só como forma de discurso. O autor também entende que é necessário para uma filosofia baseada na plenitude da língua considerar o discurso narrativo enquanto tal, já que esse uso da língua está intimamente relacionado a questões sobre o tempo e a história, pontos que, segundo ele, o estruturalismo não tinha conseguido abordar (Pellauer, 2007).

A tese de Ricoeur é: “o tempo se torna humano na medida em que é organizado à maneira de uma narrativa; e a narrativa tem sentido, por sua vez, na medida em que retrata os aspectos da experiência temporal” (Ricoeur, 1997). O autor, em sua obra *Tempo e Narrativa*, não apresenta uma resposta sobre o significado do tempo, apenas possíveis respostas práticas como as que fazem uso da narrativa para contar a história da ação humana e do mundo onde acontece.

A partir do estudo da *Poética* de Aristóteles, Ricoeur (1997) centra seus estudos em torno de dois conceitos: *mimesis* e *mythos* (ou *muthus*). Para Aristóteles, mimese era imitação da ação. Ricoeur (1997) vai aproximar mimese e *muthus*, que coincidem como imitação de ações e também como composição dos atos, chamando de narrativa o que Aristóteles chamava de *muthus*, isto é, a trama ou enredo, o agenciamento dos fatos: a concepção de *mundo no texto*. É isto que distingue a narrativa como forma de discurso, ela sempre tem uma trama.

Essa trama ou enredo produz o seguinte: combina os episódios e a história como um todo em um conjunto significativo. E o faz pela capacidade da trama de reconfigurar em narrativa o que já estava configurado na língua anteriormente, por meio da rede conceitual que já nos permite falar significativamente sobre a ação humana. Segundo Ricoeur (2000), a trama refere-se ao conjunto de combinações mediante as quais os

acontecimentos se transformam *em* uma história ou uma história se extrai *de* acontecimentos. A trama, o ato de com-por a narrativa, “a unidade inteligível que compõe as circunstâncias, os fins e meios, as iniciativas e as consequências não desejadas” (p. 192), é a mediação entre acontecimento e história, o que significa que nada é um acontecimento se não contribui com o avanço de uma história. Desse caráter inteligível da trama, é possível dizer junto a Ricoeur (2000) que a capacidade de acompanhar uma história constitui uma forma muito elaborada de *compreensão*.

A narrativa toma o discurso, já mimético por significar ação e linguagem, e acrescenta-lhe novas características discursivas que lhe dão novo significado ao torná-lo história de “algum feito” e, ao mesmo tempo,

a narrativa oferece a possibilidade do discurso estendido sobre a ação, discurso que vai além do nível das sentenças de ações individuais para falar de coisas que aconteceram não apenas no tempo, mas também ao longo do tempo, incluindo suas possíveis consequências a longo prazo e mesmo desconhecidas anteriormente. A narrativa faz isso contando uma história sobre a ação humana e seu significado. Tal história, por sua vez, pode ser ouvida ou lida e, quando compreendida, contribui para reconfigurar nosso entendimento da ação humana e suas possibilidades. Essa nova forma de inovação semântica ocorre porque a narrativa enxerta novos elementos temporais às configurações pré-narrativas da ação e, através deles, à nossa compreensão tanto da ação humana quanto do próprio tempo (Pellauer, 2007, p. 101).

Para Ricoeur (1994), as narrativas não são mais do que “histórias não - ainda narradas”, mas que, se podem ser contadas, é por que já estão inseridas no mundo pelo agir social, estão simbolicamente mediatizadas, e “se é simbólico é porque está na cultura, portanto, compartilha de uma articulação com o público: uma inter-ação” (Onocko Campos e Furtado, 2008). Na mesma linha reflexiva, segundo Julia Kristeva (2002), a vida é especificamente humana desde que possa ser representada por uma narrativa e partilhada com outros homens. Sendo a função da narrativa extrair os acontecimentos do fluxo contínuo do devir e atribuir-lhes um “quem” e um “quando”. Ao acontecerem em um

“entre dois”, em que os fatos são transformados em experiências compartilháveis, são portanto, “a ação mais imediatamente partilhada e, nesse sentido, a mais inicialmente política” (p. 87, 88).

Sendo assim, se a narrativa expressa a inserção na cultura, e se a experiência do tempo é subjetiva, para Ricoeur (1994), a narrativa é uma forma privilegiada de representação do tempo, representação que não tem a ver com a ordenação de eventos ou com um caráter linear, cronológico dos mesmos, mas com a combinação de uma dimensão cronológica e outra não cronológica em um todo significativo. Para o autor, uma vez que o mundo exibido por qualquer obra narrativa é sempre um mundo temporal, o tempo torna-se, então, tempo humano, na medida em que está articulado de modo narrativo e, por isso, pode ser compreendido de forma prática.

Desse modo, a tarefa de uma hermenêutica do discurso narrativo será “reconstruir e assim tornar inteligível toda essa sequência, da experiência vivida à narrativa e desta novamente de volta à experiência vivida” (Pellauer, 2007, p. 101), ora, “a narrativa tem seu sentido pleno quando é restituída ao tempo do agir. Esse momento caracteriza a aplicação” (Onocko Campo e Furtado, 2008), dando forma ao círculo hermenêutico.

Até aqui, expusemos de que forma concebemos conceitual e praticamente o discurso e as narrativas, a importância que isto cumpre enquanto relato da ação e como articula-se à temporalidade nesse processo. Sem dúvida entendemos que são pontos que denotam suma importância visto a dificuldade do senso comum, de compreender o que é falado na esquizofrenia devido ao que parece ser uma lógica totalmente diferente de ordenação do discurso, lógica e temporalmente.

Ainda nada dissemos com relação ao significado, ao conteúdo mesmo do discurso das pessoas diagnosticadas com transtornos do espectro esquizofrênico. Para isto, retornaremos à questão colocada no início sobre o sentido e a referência, condições de inteligibilidade do discurso.

Nesta perspectiva, se o essencial da narração não é a coerência interna do vivido, mas a possibilidade de extrair a sequência da experiência vivida à narrada podemos afirmar com Miranda e Onocko Campos (2010) que a atividade narrativa contribui com a

restituição da verdade histórica dos sujeitos, “o que dá acesso a possibilidades de ressignificações, ou seja, de autoria sobre sua história” (p. 445), isto é, contá-la de novo e se re-inscrever nela.

Função narrativa e metáfora

Ricoeur (2000) analisa à luz do sentido e da referência, a relação entre os problemas comuns à função narrativa e à metáfora. Por um lado, o campo da narrativa forma parte dos “gêneros” literários e a metáfora pertenceria às figuras do discurso e, por outro lado, enquanto no relato pode haver um sub-gênero como a história que descreve fatos reais do passado; na metáfora, só a poesia lírica – com quase nulas pretensões descritivas – parece ser característica.

O vínculo mais elementar, conforme Ricoeur (2000), entre “gênero” narrativo e metáfora, no plano do sentido, é o seu pertencimento comum ao discurso. O autor considera que a metáfora – tomada como frase e não como palavra – é uma ação que consiste em atribuir a sujeitos lógicos predicados incompatíveis com os primeiros. Em se tratando de uma “predicación arbitraria, una atribución que destruye la consistencia o (...) la pertinencia semántica de la frase, del modo que determinan los significados usuales, es decir, lexicalizados, de los términos en juego” (Ricoeur, 2000, p. 196), torna-se compreensível o motivo da distorção que sofrem as palavras no discurso metafórico.

Dicha distorsión es “el efecto de sentido” requerido para preservar la pertinencia semántica de la frase. Hay metáfora, entonces, porque percibimos, a través de la nueva pertinencia semántica —y de algún modo por debajo de ella—, la resistencia de las palabras en su uso habitual y, por consiguiente, también su incompatibilidad en el nivel de la interpretación literal de la frase (p.196).

A *inovação semântica* é outro problema comum entre a metáfora e a narrativa no plano do sentido. Em ambos os casos, a inovação, o inédito, o não dito, sempre surge no plano da linguagem; do lado da metáfora, a metáfora *viva*, uma *nova* pertinência na predicação, e do lado da narrativa, uma trama *fictícia*, uma *nova* congruência na

elaboração da trama. Mas, Ricoeur (2000) destaca que, por ambas as partes, a criatividade humana deixa-se distinguir e delimitar em perfis que a fazem acessível à análise.

Finalizando com a argumentação no plano do sentido, chegamos ao caráter *inteligível* vinculado a essa inovação semântica, novo ponto de contato entre a narrativa e a metáfora. Antes vimos que compreender depende da capacidade de seguir uma história, isto seria – acrescenta agora Ricoeur – fazer ou refazer essa operação discursiva que comporta a inovação semântica descartando, assim, a primazia da explicação sobre a compreensão.

Até aqui, o foco esteve no plano do sentido do enunciado metafórico, na sua estrutura predicativa interna da sua “referência”, quer dizer, na sua pretensão de atingir o “real extralinguístico y, consiguientemente, de su pretensión de decir la verdad” (Ricoeur, 2000, p. 198).

Para abordar o plano referencial, Ricoeur (2000) retoma a relação entre *muthos* e *mimesis* da *Poética* de Aristóteles, a ficção e o discurso poético. A função poética existe sempre que a linguagem desloca a atenção da referência para si mesma. Dessa forma,

el discurso poético aporta al lenguaje aspectos, cualidades y valores de la realidad que no tienen acceso al lenguaje directamente descriptivo y que sólo pueden decirse gracias al juego complejo del enunciado metafórico y de la transgresión regulada de los significados usuales de nuestras palabras.

Esta capacidad de redescrición metafórica de la realidad es completamente paralela a la función mimética que antes hemos asignado a la ficción narrativa. Ésta se ejerce preferentemente en el campo de la acción y de sus valores temporales, mientras que la redescrición metafórica rige, más bien, en el de los valores sensoriales, estéticos, axiológicos y relativos al *páthos* que hacen que el mundo resulte *habitable* (p. 199).

Essa função da transfiguração do real reconhecida na ficção poética aponta à necessidade de deixarmos de identificar realidade com realidade empírica ou, o que é o

mesmo no dizer de Ricoeur (2000), deixar de identificar experiência com experiência empírica.

Poderíamos pensar, seguindo os nossos objetivos, que também o que caracteriza o discurso psicótico é essa oposição entre a nova pertinência metafórica e a impertinência literal? Quando os nossos objetivos são de pesquisa, isto é, não são terapêuticos, e têm a ver com compreender relatos, será possível fazermos a articulação destes desenvolvimentos que estamos expondo?

Compreender a cotidianidade não é o mesmo que compreender cientificamente, longe estaremos, portanto, de nos aproximar do nosso objeto se desprovidos de qualquer ferramenta e conhecimento. Porém a diferença entre esses dois tipos de compreensão radica em nossa escolha metodológica para acessar a dita compreensão, valendo-nos para isso dos estágios da mimese colocados por Ricoeur, “de forma a levar em conta as construções daqueles que participam da compreensão científica – ou seja, o indivíduo em estudo, o autor dos textos a seu respeito e o leitor” (Flick, 2007, p. 53), fazendo emergir um sentido para essas histórias, histórias não ainda narradas.

Capítulo 4

Resultados e discussão.

Os dizeres, as narrativas.

Escolher os trechos de falas para cumprir com os nossos objetivos não foi tarefa fácil. Além da vastidão do material construído, a dificuldade dessa tarefa radicou-se no fato de que o nosso foco não foi colocado na experiência em si, relatada pelos participantes dos grupos, de conviver com um funcionamento psíquico particular, mas no que essa experiência nos traz à luz para melhor compreendermos a concepção que cada um deles tem do que seja esse funcionamento psíquico – o deles – especialmente quando se encontra em crise e, principalmente, o que essa experiência tem a nos dizer com relação ao planejamento, à organização, à gestão e às práticas, à clínica praticada nos serviços nos quais eles receberam tratamento. Faremos particular ênfase nas experiências das crises subjetivas, bem como nas intervenções que delas se desdobraram.

Desta forma, o trabalho interpretativo também adquire características singulares já que o nosso trabalho foi identificar núcleos argumentativos com relação aos tópicos acima colocados, isto é, relatos que apontam – alguns mais explicitamente que outros – linhas de interpretação e análise relativas ao nosso objeto. A partir da leitura das transcrições dos grupos focais, decidimos agrupar o material em oito núcleos argumentais, ou dimensões identificadas nos relatos dos participantes, que pretendem oferecer uma visão de conjunto da problemática que visamos abordar, prestando atenção não somente às situações de crise.

Desse modo, começamos por explicitar uma série de experiências que dão conta do que representa, na vida cotidiana dos nossos sujeitos da pesquisa, conviver com a esquizofrenia e no que entendem que seja a esquizofrenia. Sabendo o que representa essa experiência, passaremos às experiências por eles relatadas como “crise” para, a partir disso, abordarmos diversos aspectos relativos a essas experiências, profundamente significativos e determinantes do modo em que cada um vivencia esses momentos, assim

como dos futuros desdobramentos e/ou consequências deles advindos. Qual a importância do rol desempenhado por familiares e/ou próximos? E o dos remédios? Quais os aprendizados dessas experiências? Quais as estratégias por eles adotadas para melhor lidarem com tais vivências? As falas dos grupos também nos trazem reflexões em torno dos diversos tratamentos – vários extremamente padecidos – aos que foram expostos e instituições em que eles foram recebidos, sendo especialmente significativa a diferença por todos estabelecida entre o tratamento recebido nos hospitais psiquiátricos, e o recebido nos CAPS.

Como é estar com esquizofrenia?

São diversas as explicações que os participantes dos grupos focais dão ao que acontece e, nessa diversidade, possuem traços comuns, no geral relacionados à dificuldade de compreender o que está acontecendo, todos com uma certeza: isso que está acontecendo incomoda. E o que é mais escancarado e perceptível são as consequências do que está acontecendo, na totalidade dos casos relacionada com a perda de autonomia e a impossibilidade de continuar a desenvolver as tarefas habituais, somadas – também na grande maioria dos participantes – às consequências do estigma e do preconceito sendo, desse modo, quase a totalidade dos aspectos da vida que são influenciados por este fenômeno. Compreender o desafio que a loucura nos coloca terá a ver com reformular as nossas formas de abordá-la, na tentativa de poder acolher a singularidade no diverso e compreender o contexto do qual essa singularidade se destaca. Neste sentido, a nossa intenção se baseia nas colocações de Julia Kristeva (2002), para quem uma das funções narrativas é destacar o “quem” da ação, atribuindo historicidade à experiência vivida e instaurando-a no campo social e político.

Eu não mexo no fogão, porque eu queimei a minha casa, eu não passo roupa... nada que possa fazer mal aos meus filhos e a mim, a minha mãe deixa. E minha mãe adoeceu muito depois que eu fiquei doente, sabe, é uma vida muito diferente a que a gente tem. Porque as únicas pessoas que aceitam a gente, é aqui [no CAPS] (...). E eu fico muito triste de saber que eu fiquei doente. Porque eu vejo foto do casamento, álbum, meus filhos... Eu não posso cuidar deles... Eu não aceito ser doente... Quando a gente morre, quando meu pai morreu, a

minha mãe não sofreu mais, mas eu doente, a minha mãe sofre muito. (...) [chorando] eu queria... desculpa eu chorar... queria ser diferente, mas eu fiquei diferente de outra forma – o que a minha irmã fala (...). É muito difícil você aceitar que você é doente. Você ver que um dia você foi boa e agora é doente (Roberta, 39 anos T1 2º GF).

A perda do trabalho é um dos fatores que mais lesionam a liberdade e a autonomia dos sujeitos, ser e sentir-se útil, produtivo, participe das trocas sociais básicas, ter a confiança de alguém para alguma coisa...

Eu... eu, sempre sonhei, assim... estava estudando na época, trabalhando... sempre sonhei em fazer uma carreira, trabalhando (...) Então a médica falou que eu não podia mais trabalhar. Então aquilo ali me impossibilitou. (...) Então aí, eu fiquei nessa dúvida: “O que eu mais posso fazer?” Andar sozinho... agora, ninguém mais deixava eu vir. Hoje meu irmão me trouxe aqui, 3:20 vai vir me pegar. Vai me pegar para eu poder ir ao banco com ele. Então, muitas coisas... Minha mãe não deixa eu andar sozinho... Muitas coisas... fico impossibilitado. Ninguém confia em você como confiava antes. Está entendendo? Qualquer reação tua, porque você... Outro dia eu discuti com um amigo meu – amigo não – com o irmão do amigo meu e a primeira coisa que ele perguntou para mim foi se eu estava tomando os meus remédios. E eu estava lúcido. Totalmente lúcido. Ele tinha me aborrecido, ele: “Tá tomando os seus remédios? Tá tomando os seus remédios?”. (Ricardo, 3ºGF)

Interditados e estigmatizados, já não podem decidir por si, e os outros – a família, amigos, próximos, o juiz, a equipe de saúde, etc. – começam a controlar todos os aspectos da vida. O sentimento de achar que se é útil para alguma coisa vai se extinguindo aos poucos, muitas vezes aprofundando e piorando um funcionamento e organização mental que cada dia traz mais dúvidas e confusões. Essa interdição, essa proibição das pessoas usufruírem do mais próprio que têm a oferecer para a subsistência e reprodução, de ofertar a força de trabalho no mercado, medida tomada como “protetora” e muitas vezes acompanhada de algum – assim chamado pelos participantes dos grupos – “benefício¹⁵”,

¹⁵ Chamar de “benefício” o que é um direito, entendemos que também diz respeito a uma determinada posição subjetiva, voltaremos a isto depois.

por vezes é sentido como uma nova fonte de exclusão e preconceito.

Saulo *O fator principal de todos os problemas é a falta de emprego, a falta de estabilidade empregatícia da maioria de nós aqui...*

Sílvio *Ninguém dá emprego a deficiente mental não.*

Todos os grupos foram realizados em serviços de saúde mental (CAPS) nos quais os participantes tinham recebido o diagnóstico de esquizofrenia. A questão da esquizofrenia e da loucura esteve colocada desde o princípio dos grupos, e foram absolutamente diversos os modos de cada um narrar de que maneira foram descobrindo que alguma coisa não estava funcionando bem. Alguns de forma paulatina, outros de forma mais abrupta, a maioria relatou ficar assustada ante o aparecimento de determinadas percepções. Alguns viram cores, outros ouviram vozes – familiares ou estranhas – alguns se sentiram diferentes, sentiram que eram outras pessoas das que são. Outros, ao contrário, não sentiram nada de estranho, mas os outros os viram esquisitos, diferentes.

Dilemas, dúvidas existenciais, conflitos difíceis de resolver. Assim começou o primeiro grupo no Rio de Janeiro, ante a pergunta “*como era a vida de vocês antes de vir fazer tratamento no CAPS?*”:

Antes, antes de fazer o tratamento eu era... assim... um garoto engraçado, alegre... Gostava de fazer... gostava de andar de bicicleta, fazer aventuras, assim... (...) Eu era normal, aparentemente normal... Se bem que, quando eu era criança, não posso dizer que exatamente... é... quando eu era criança eu, eu... meu pai resolveu me... ele falou para minha mãe: - “Maria, você olha esse garoto aí, porque ele está com uma mania muito esquisita de ficar lavando as mãos.” Eu acho que, possivelmente, o negócio, o ponto de partida foi quando eu era criancinha assim, 7 anos, 8 anos... Mas foi eclodir mesmo quando eu tive 16 anos que... foi me dando um mal de depressão juvenil...

Ah... eu tava... assim... acho que foi o ponto em que eu tava com mais mania de perfeccionismo, assim, eu pegava, eu pegava uma folha (...) e assim... eu passava o olho, como se eu... como se fossem linhas imaginárias (...) é... eu, eu, eu não me restringia só ali ao que tá escrito. O espaço em branco, eu queria ver de perto o espaço em branco, para ver se tinha alguma outra escrita. Ao mesmo tempo em que eu sabia que não tinha nada, que era coisa da minha cabeça, eu caía nesse transtorno.

Então assim, eu não... é... Teve uma questão também da minha identidade sexual... que quando eu tinha 12 anos, assim, eu tava tomando banho e eu assim... Assim, fazendo certas posições para tomar banho, eu descobri um certo prazer na região do ânus. E eu fiquei, e que fiq... assim... ao mesmo

tempo em que eu sentia prazer eu me senti humilhado – ‘Pô, logo eu viado?!’ Então assim, eu.... Meu pai falou logo comigo: ‘Pô Railson, eu vou te botar calcinha, vou botar você com uma sainha, vou fazer maquiagem em você para mandar você andar na rua.’ E tinha vezes que ele falava: ‘Você já se definiu? Você quer ser homem ou não quer?’ Então assim, isso era antes desses meus 16 anos com a depressão juvenil.

(...)

Depois de... Antes de começar a minha crise mesmo, em 96, que foi o ponto máximo de minhas esquisitices – eu me lembro muito bem, como se fosse hoje – eu estava na minha cama, sentado e eu me decidi a não responder nada que me perguntassem, porque eu pensei que poderia dizer uma coisa errada. Sabe aquela pessoa que para e pensa: “Pô, será que eu estou fazendo certo?” Eu não era só assim. Eu não só pensava que não poderia estar errado, ou poderia estar errado, que eu ficava na cama, e todas as pessoas que perguntavam, eu não respondia. Mas ao mesmo tempo em que às vezes eu respondia – parece uma coisa meio contraditória – parece que as pessoas me perguntavam, e a minha voz saía sozinha, eu me lembro com se fosse hoje. Eu tinha convicção de que a minha voz saía sozinha, sem eu articular nada, e saía exatamente aquilo que eu queria falar se eu estivesse com vontade de falar (...)

(...)

Se tinha estranheza no corpo? Como eu estou dizendo, que tinha... que foi a parte mais saudável da minha vida, que foi essa descoberta dessa área erógena, que eu tinha... Mas eu nunca cheguei a... nunca é... eu já pensei... há longa data eu penso em ter relação sexual com homem, mas eu não quero, eu não posso ter, por que se eu tiver, meu sentimento de culp... de... de... meu complexo de inferioridade vai bomb... bombardear.... vai minar minha cabeça toda hora. Com informação, em relação ‘Pô, você foi um otário, você foi um fraco, agora todo mundo já sabe...’. Então... quando eu tinha 12 anos eu queria namorar, eu queria banir de mim essa sensação que eu tinha em relação...em relação à sexualidade... dessa área...que eu tava pensando que era um sentimento de mulher que estava comigo me tornando um viado... (Railson, 1º GF).

Questões identitárias – como sem dúvida é a sexualidade – é um dos grandes assuntos relacionados com a esquizofrenia e com a lembrança daquele episódio do presidente Schreber, dos seus sentimentos contraditórios em torno do pensamento de como seria bom ser mulher no coito, se fazem presentes. O sentido e a origem do mundo e das pessoas são o tipo de perguntas a que se confrontam. Cada um lida como pode com estas questões, sendo frequente a busca de respostas por meio da religião. Mesmo assim, não é sem sofrimento, sofrimento também inscrito no corpo.

... E daí o outro vai lá, aplica o trabalho para deixar o outro demente e fazer o trânsito de religião. Mudar de religião, mudar de costume, mudar de hábito. (...)

Eu comento, eu comento. Eles acham que é uma bobeira mental. Como eles querem descrever, que é uma bobeira mental. Que é um momento da demência mental, que isso não acontece. E eu tô vendo isso dentro de casa e não consigo combater. Por causa de que eles não me dão a autoridade de quem entra e quem sai de casa. Eu não faço isso porque eles não me dão autoridade.

Eu sentia meu corpo estranho. Por causa da interferência. Ah, isso é bastante difícil de falar, porque eu mesmo sentia, e ainda sinto, um peso. Um peso que desce e reflete em consciência, né? Então reflete em consciência que a pessoa não desenvolve. Fica a parte que não desenvolve mais. Então chega àquelas partes, moles ou mortas, que eles falam. Que na ciência que eu estudei chamam de psiquiálises... a parte mental que não consegue entender as coisas. A pessoa entra em psiquiálise e não consegue entender.

Ah, tem um sentimento mal, né? A pessoa não se sente bem. Então, vem a taquicardia, a taquicardia é derivada do momento de disparadas do coração, ora ele para, ora ele avança. Dor de cabeça... dor de cabeça, né? Uma forte dor de cabeça... Inflamação... Então tem que tratar dessas coisas para poder superar este quadro. Inflamação do sistema nervoso.

Por que a gente sente um peso, né? Então, a gente sente um negócio ruim. Eu mesmo tô observando que tem uma bola aqui atrás no lado esquerdo do meu corpo. Tem uma bola no corpo. Eu tô achando que é ela que tá me prejudicando, porque eu tô achando que eu tô com câncer já. Segundo me contaram é um tumor que eu tenho aqui. E eu tenho que tirar este tumor para poder me reestabelecer, quem sabe é isso que está me prejudicando e eu não sei... (...)

Depende da hora em que eles aplicam a paranoia lá no trabalho, é a hora que começa ter modificações no comportamento da gente. Como a gente é abandonado pela família quando tem o primeiro diagnóstico, a gente não tem aquelas pessoas em torno da gente para ouvir a gente, então tem coisa que a gente fala e que não deve, e tem coisa que a gente deixa de falar, que devia falar.

Daí quando isso aconteceu eu levei para o outro lado, que modificou os meus valores, né? Tanto é que quando o meu pai viu que eu ia modificar os meus valores resolveu me abandonar como (...) que chegou a atitude do abandono que chegou à possibilidade de eu cair na esquizofrenia. Que é a paranoia que eles aplicam, que é a transformação (Cesar 1º GF).

Não nos deteremos demasiado nessa seção, mas queremos mostrar a multiplicidade e a singularidade de cada história, dos antecedentes dessas histórias, ancorados na firme

convicção que sem reconstruir a história desses sujeitos pouco poderemos fazer para ir além da – no melhor dos casos – momentânea remissão dos sintomas. É possível perceber os múltiplos desdobramentos que ocorreram depois dos primeiros sintomas aparecerem, igualmente múltipla e variada é a explicação que cada um tem do porquê aconteceu isso tudo que eles relatam.

Infelizmente, não foram poucos os relatos nos quais a falta de recursos materiais e a pobreza foram relacionados a problemas de saúde em geral e saúde mental em particular, característicos nos grupos das três cidades. Como Saulo, que acha *“que é por força de uma desnutrição. Algum tipo de vitamina, proteína que me deixava com essa variação na ideia. Eu acho que eu não me alimentava direito, que gerava essa interferência”*. São as características socioeconômicas não só dos integrantes dos grupos, mas, no geral, da grande maioria da população brasileira que recebe atendimento de saúde mental em serviços públicos de saúde no Brasil. Essa grande maioria corresponde com a condição de dupla exclusão já colocada por Basaglia (2008), a condena de ser louco e pobre.

A experiência da esquizofrenia vai muito além dos chamados sintomas da mesma. Ela está acompanhada do que Finzen (*apud* Schulze e Angermeyer, 2003) chamou *“second illness”*: as reações do entorno social, o estigma que vem associado com a doença. O estigma (Goffman, 1988), esse tipo especial de relação entre atributo e estereótipo, afeta a totalidade da identidade daqueles que o carregam e dificulta a interação com os chamados “normais”. Concordando com a conceituação de estigma de Goffman, também as pessoas com esquizofrenia que participaram de nossos grupos focais, acima de tudo, sentem que a sua condição e os preconceitos e estereótipos a elas associados modelam a percepção das pessoas que com elas se relacionam produzindo, entre outras coisas, a diminuição da autoestima e impondo a doença como identidade, independentemente de estarem ou não experimentando nesse momento sintomas agudos. As narrativas acima expostas, e muitas das que continuaremos a expor, também corroboram os achados de Schulze e Angermeyer (2003) para quem as consequências do estigma vão além do nível individual, da redução dos contatos sociais, produto das dificuldades na interação com outras pessoas que seguem a divisão entre *“exigências do eu e o eu”* (Goffman, 2008, p.

5). Eles encontraram que além do domínio da interação social, o estigma é experimentado através de desequilíbrios estruturais construídos em normas legais, estatutos de seguros de saúde e decisões políticas, bem como através do estereótipo, em grande parte atitudes negativas do público e da mídia, reforçando estes estereótipos. Os autores (Schulze e Angermeyer, 2003), também destacam que, para contestar a exclusão de pessoas com esquizofrenia em oportunidades importantes da vida, é particularmente importante apoiá-las no campo de trabalho e que os profissionais de saúde em geral devem ser mais bem informados sobre os transtornos mentais para garantir que os pacientes esquizofrênicos possam receber tratamento adequado de queixas físicas.

Segundo psiquiatras de CAPS dos municípios de Campinas e Rio de Janeiro, um dos efeitos do adoecimento, no caso da esquizofrenia, é a perda do lugar social, o que eles relacionam também à dificuldade destas pessoas em encontrar um emprego, pois *“em nossa sociedade não há lugar para quem não trabalha, não produz”*. Para estas pessoas restaria apenas o lugar social de doente, nos serviços de saúde (Lopes et al, 2012). A perda de autonomia parece ser a característica mais destacada por cada um dos participantes, expressa de diversas formas, mas atingindo a totalidade absoluta da existência. Já não decidem praticamente nada sobre a sua vida. A dependência da família, dos próximos, das instituições e equipes tratantes, até da justiça, marcará o destino, sendo importante destacar que, se bem na maioria das vezes as medidas são explicitamente adotadas *“pelo bem do usuário”* e como modo de *“cuidado”*, seria importante pesquisar se o que está por trás disso tudo não deixa de responder ao mandato social para com a loucura baseado no suposto equilíbrio da ordem social que deve ser resguardado da agitação e do perigo que a loucura carrega consigo. Desta forma, também os serviços e profissionais podem contribuir para reforçar a exclusão (Willrich et al., 2011) e o estigma.

Dentre os efeitos do adoecimento, tanto na perspectiva de usuários quanto na de psiquiatras, destaca-se o estigma; as dificuldades que encontram para terem acesso ao mundo do trabalho e lazer, entre outras esferas da vida social; os obstáculos que encontram para superar a desconfiança nas relações interpessoais e para a realização das ações/atividades cotidianas. Pode-se perceber, a partir das narrativas dos usuários, que

tais aspectos parecem engendrar-se mutuamente na relação entre o sujeito e o mundo, quando, por exemplo, um usuário diz que o fato das pessoas o considerarem "incapaz" o faz sentir-se ainda mais incapaz (Lopes et al, 2012).

Entendemos que tais reflexões subsidiam o conhecimento da experiência subjetiva de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia, principalmente no que diz respeito a determinados desdobramentos que dificultam a vida cotidiana, ficando excluídos de importantes chances da vida e afetando consideravelmente a qualidade da mesma. Conhecer estes aspectos, diretamente por parte dos principais afetados, também fornece subsídios para o direcionamento, planejamento e avaliação de políticas, programas, e serviços de saúde e para a formação técnica dos trabalhadores, se entendermos, junto com Onocko Campos e Furtado (2006), que a “arquitetura clínica e institucional representada pelo CAPS coloca-o como espaço de produção de novas práticas sociais para lidar com o sofrimento psíquico”, e que isto também requer “a construção de novos conceitos para uma adequada aproximação e análise desses novos serviços”, sustentados em “ações ética e clinicamente orientadas”, entendendo, assim, que estes serviços devem ser revistos e avaliados à luz de se atender às necessidades dos usuários, de suas famílias e daqueles que ali trabalham.

Neste ponto, levando em consideração um posicionamento ético e político, principalmente dos formuladores de políticas e dos profissionais da “ponta”, destacamos que neste tipo de trabalho com a saúde mental, entendemos que a psicanálise tem importantes contribuições. Para Freud (1912), a ética do analista consiste no amor à verdade do paciente. César é bem falante, sua fala é coerente, ele tem explicação para tudo o que acontece com ele. Para o que ele não consegue explicar com o vocabulário ao que tem acesso, ele cria o termo necessário – *psiquiálise* – para definir, para nomear “*a parte mental que não consegue entender as coisas*”. Não se trata de saber se é “*bobeira mental*”, se é verossímil e/ou verdade que César foi vítima de um “trabalho” feito por outrem, e convencê-lo disso. Trata-se de como tudo isso é vivido por ele, o qual nos aponta – por exemplo – que as religiões cumprem algum rol na sua história, que estas têm a ver com valores e costumes, que a relação com família influi, produzindo um

“*sentimento mal*” e que isso tudo, somado a uma série de manifestações no corpo, relaciona-se com a esquizofrenia. “(...) acontece que existe uma parcela de verdade oculta em todo delírio, um elemento digno de fé, que é a origem da convicção do paciente, a qual, portanto, até certo ponto é justificada” (Freud, 1907, p. 74).

Figueiredo (2004), resgatando a origem etimológica de ética, propõe pensá-la como morada coletiva, um *ethos* onde podemos “ver nele – nos valores, nas posturas, nos costumes e hábitos – algo equivalente à morada de onde podemos contemplar a uma certa distância as coisas lá fora” (p. 70). Tomando isto, Miranda (2009) estabelece a ideia de ética enquanto um lugar a partir do qual se desenvolve a fala para outro e a escuta dele, uma concepção que não contempla normas a seguir, senão que estabelece um espaço de regulação e consideração da subjetividade, a própria e a do outro, delimitando a possibilidade do acolhimento da diferença. Dessa forma, segundo Figueiredo (2004), a ética seria o grande sustentáculo da clínica, pois determina um compromisso “com a escuta do interdito e com a sustentação de tensões e conflitos” (p.63).

Com relação a isto, entendemos que também subsidia a nossa discussão os achados em pesquisa sobre acolhimento e triagem em CAPS III (Diaz, 2009) onde foi sustentado que o acolhimento, mais do que ao primeiro atendimento, dizia respeito a uma postura, a uma forma de estar, a uma necessária e permanente posição acolhedora. Articulado isto com o conceito de autoridade de Gadamer (1997), foi proposto sustentar desde o primeiro encontro entre trabalhador e usuário, uma autoridade clínica. Autoridade clínica que nada tem a ver com o autoritarismo, com a autoridade do poder, da ciência, com a autoridade da lei, não se trata de uma autoridade autoproclamada, mas de uma autoridade outorgada. Uma autoridade que, ao mesmo tempo em que sustente e resgate a singularidade desse encontro, quer dizer, a autoridade da instituição, a de quem ali está atendendo e, sobre tudo, a autoridade do usuário sobre a sua própria verdade, constrói um novo tipo de autoridade. Uma autoridade clínica que é singular e, ao mesmo tempo, que tem que ser compartilhada, que implica co-responsabilização entre usuário, familiares, trabalhador de saúde, serviço e sistema de saúde, comunidade, território (Diaz, 2009), uma autoridade clínica e política.

A esquizofrenia...

Cada um vai narrando as experiências, as contingências da vida, as relações familiares e, logo, surge uma inquietação – quase por unanimidade – comum: o que é isso que chamam de esquizofrenia?

- Cleusa *Eu queria saber o significado disso...*
Moderador *Já disseram isso para a senhora? De esquizofrenia, já falaram isso para a senhora?*
Cleusa *Não falam...! Eu tenho uma carta plastificada, que eu tenho que andar com ela.*
Moderador *E está escrito esse nome lá?*
Cleusa *Tá... Ninguém entende, é só os médicos...*
Moderador *Vocês entendem? César e Caio o que...*
Cleusa *Ninguém entende! Ninguém entende!*
César *Segundo o dicionário que eu estudei define o que é uma desconexão entre o pensar o sentir o agir de uma pessoa (...) E justamente é, porque você chega ao ponto que você não fala os pensamentos, deixa passar, e daí num futuro prejudica.*
Cleusa *Eu tenho isso daí também.*

Cleusa não sabe o que seja a esquizofrenia, ninguém explicou para ela. Mas ela sabe que tem que andar com uma carta plastificada, que tem seus dados, que diz que ela tem esquizofrenia, que é tratada em tal CAPS, e sabe que por causa dessa carta ela está impossibilitada de realizar muitas coisas como, por exemplo, ir ao dentista. Quando o dentista vê a carta nega o atendimento para ela e exige, pelo menos, que ela vá acompanhada por um “responsável”. Ainda é longo o caminho para atingir as mudanças sociais necessárias, mas muito mais longo tornar-se-á se não conseguirmos que os trabalhadores da saúde deixem de atuar em função de preconceitos, como concluem (Loch et al. 2011) em pesquisa recente, realizada com mais de 1100 psiquiatras, que “o estigma em relação às pessoas com esquizofrenia é muito presente em psiquiatras que vivem e trabalham em países [principalmente latino-americanos] que passam por profundas reformas na saúde mental”.

Qual a razão para que, tendo frequentando por décadas serviços de saúde, ninguém

tenha falado para Cleusa o que é a esquizofrenia? Em que lugar, qual é a posição subjetiva em que colocamos aqueles aos quais não explicamos o que está acontecendo com eles? Ao fazer isso, supomos alguma capacidade subjetiva? Ricardo, que mora no Rio de Janeiro, parece ter uma experiência parecida à de Cleusa, que mora em Campinas.

... eu não entendo até hoje o meu caso, né, eu tinha...primeiro eu tinha F22, eu não sei o quê que é isso (...)aí eu fui internado, aí eu saí com esquizofrenia paranoide... aí cheguei aqui e tomei os medicamentos todinhos, eu tomo os mesmos medicamentos que a médica que me internou – porque eu fiquei 30 dias internado...

(...) Mas eu só não entendi isso, o meu caso mudar de esquizofrenia paranoide, de F20 no caso, para F29. Três tipos de transtorno e eu não sei que porra é essa?! (Ricardo, 2GF)

Segundo Lopes et al. (2012), para os usuários, a experiência de receber um diagnóstico ou de receber diferentes diagnósticos ao longo do processo saúde-doença-cuidado foi algo bastante citado. O diagnóstico ora era referido como algo necessário na busca de sentido e compreensão da experiência de adoecimento, ora como sendo apenas um nome, uma palavra que pouco diz sobre as vivências características do adoecimento (ouvir vozes, ficar perturbado, agitado, insone), ou mesmo como um “rótulo” que produz efeitos para a vida da pessoa, conforme visto anteriormente.

Entendemos que isto está diretamente relacionado com a percepção dos psiquiatras. Segundo os mesmos autores (Lopes et al., 2012), mostram-se bastante cautelosos em concluir e comunicar um diagnóstico quando suspeitam tratar-se de um caso de esquizofrenia. Justificam tal cautela dizendo acreditar que esse diagnóstico tem o poder de, de antemão, delimitar algumas coisas em relação ao futuro do paciente e, assim, o paciente e seus familiares tirariam uma série de conclusões pessimistas sobre o futuro. E acrescentam:

Entretanto, a ideia predominante é a de que esse diagnóstico equivale a uma ‘doença crônica, que não tem cura, necessita de medicação e cuidado para o resto da vida’, que está profundamente associada a grande estigma social, a condições socioeconômicas desfavoráveis e à condenação a uma vida sem perspectivas. (Lopes et al., 2012).

Mesmo conseguindo esclarecer aos poucos o que é que seja o que chamam de

esquizofrenia, nem para todos a experiência é totalmente negativa.

É o seguinte, eu vejo eles falarem assim. Eu já era um tanto quanto ao contrário. Eu não me achava diferente, mas todos na minha casa me achavam diferente. Eu tenho onze irmãos e todos eles me achavam diferente deles desde que sou criança. Só que eu não me acho diferente. (...) Aí eu dava risada e dizia: “eu não sou diferente, eu sou só uma outra pessoa, cada um é um”. (...) às vezes, a gente estava brincando e eu agia diferente em alguma coisa, mas essas eram bastante inteligentes. Quando passava um pouco de tempo, eles descobriam que aquilo era muito inteligente para a época em que eu vivi, que nós vivemos. (Sônia 2º GF)

O encontro com o esquizofrênico provoca diversos sentimentos em quem tenta se aproximar dele, mas, geralmente, poderíamos dizer que – pelo menos no começo – a perplexidade é comum. Perplexidade produto da impossibilidade de comunicação, por um lado, de captar o que o sujeito pretende nos expressar (que é possível perceber que não é o que exatamente gostaria de comunicar) e, por outro lado, se ele vai captar o que lhe dizemos com o sentido que nós quisemos dar (Garrone, 1993). Nestas condições, a dificuldade para elaborar qualquer tipo de projeto partilhado apresenta um desafio. E o desafio de qualquer projeto que pretenda ser chamado de terapêutico, ao nosso entender, além do "enriquecimento de sua existência global, complexa e concreta" (Rotelli et al, 1990), deverá relacionar-se com a perspectiva de produzir alguma mudança no modo geral do funcionamento psíquico do usuário.

Sônia parece ter uma experiência diferente da de seus colegas do que seja a esquizofrenia, marcada principalmente pelo trato que recebeu a vida toda, sobretudo da família. É importante perceber como a vivência dela, marcada pelo respeito dos seus próximos, fez com que ela assimilasse de outra forma o que, depois de um tempo, ficou sabendo que era “*da patologia*”. Reconhecida e acolhida enquanto sujeito, portador de singularidades como todo mundo, ela entende que a sua patologia tem o lado “*da insanidade, mas é muito inteligente*”, o que, poderíamos arriscar a dizer, ajuda ela a conviver de uma forma menos conflitiva com a sua parte da insanidade que, durante trinta

anos, não gerou crise alguma.

Se observarmos o devir dos distúrbios esquizofrênicos, e “assistirmos a uma desintegração progressiva de tudo aquilo que a história de uma vida, na sua renovação constante, retira da relação que se estabelece entre a experiência como interação, como troca, como modo de representação de si mesmo e do seu próprio futuro” (Andreoli, 1993), como seria possível construir um vínculo, uma aliança terapêutica?

Se a esquizofrenia é essa forma singular de ser e estar no mundo, essa desconexão entre o pensar, o sentir e o agir, na qual a tolerância à mudança é escassa e sentida como perda ou frustração, essa impossibilidade de diferenciar entre o eu e o não-eu, entre mundo interno e mundo externo, entre delírio e realidade, segundo Oury (1972), para quem a psicose é uma falha no “acolhimento do desamparo”, a tarefa relacionar-se-á com reagrupar esses “pedaços” que perderam a sua unidade, já que o que vai permitir o “tratamento” é a possibilidade do acolhimento, isto é, da “valorização da pura singularidade daquele que é acolhido” (Oury, 1991).

Entendemos que essa tarefa de acolhida deve estar nas premissas da organização institucional e da clínica praticada nas instituições de saúde e, particularmente, de saúde mental. É uma tarefa clínico-institucional onde o clínico e o institucional estão se determinando mutuamente, onde um não é possível de ser pensado sem articulação com o outro. Uma clínica cujo saber técnico entre em articulação com o político, com a instituição, com o tratamento, com a gestão e subjetividade dos atores institucionais; no dizer de Campos (2003): uma clínica ampliada.

A possibilidade de conseguir construir essa clínica centrada no sujeito e não na doença, tão diferente da *clínica degradada* e da *clínica tradicional* (Campos, 2003), vai requerer também a mudança dos enquadres para o seu desempenho. E a clínica da esquizofrenia tem as suas particularidades. René Kaës (1991, p. 36) diz que “a distância entre a cultura da instituição e o funcionamento psíquico induzido pela tarefa está na base da dificuldade para instaurar ou manter um espaço psíquico de contenção, de ligação e de transformação”. A insistente repetição da pergunta “*você está me entendendo?*” dirigida aos pesquisadores durante os grupos focais, consideramos que representam o claro

conhecimento que os usuários dos CAPS têm com relação à dificuldade de transmitir o que “realmente” acontece com eles e, portanto, de serem entendidos.

Neste sentido, entendemos que a instituição tem que ir na contramão da doença. A esquizofrenia não comunica, atua, fragmenta, isola, viola, produz desamparo? A instituição tem de dialogar e escutar, juntar e complementar, com prudência, mas com firmeza, acolhendo. Onocko Campos (2001) coloca que “deveríamos criar uma rede de sustentação, de suporte, na qual os pacientes possam experimentar, de novo, suas transferências maciças, com resultados diferentes” (p. 109).

Miranda e Onocko Campos (2010) estudaram o arranjo organizacional equipe/profissional de referência (Domitti e Campos, 2007) em uma rede de CAPS III e defendem que “a função de mediação da vida cotidiana dos usuários é facilitada pelo arranjo, uma vez que, através deste, os profissionais devem acompanhar seus pacientes nas diversas esferas da vida” deixando claro que não se trata de que o técnico de referência faça pelos pacientes, mas sim se adapte ao ritmo e às necessidades deles, “oferecendo suporte para o contato consigo e com o outro, bem como para as vivências que decorrem desse contato, estejam elas relacionadas ao ganho de autonomia ou a sensações de agonia e ruptura” (p. 1159).

O que é crise?

Reinaldo *Crise é uma falta de alguma coisa. É uma ausência de alguma coisa. Crise financeira, crise emocional... crise... populacional. Pode ser vários tipos de crise.*

Rogério *Tem um tipo de crise, que vai ser difícil de apagar à beça. Medicamento... vai ter que equilibrar um pouquinho... dosar, diminuir, aumentar... Me mudei daonde eu morei. Me mudei daonde eu morei na infância, do Encantado aonde eu morava, vim morar em Guadalupe. Meu pai, por motivos financeiros, as casas foram a leilões, as casas aonde eu morava foram a leilões, e meu pai foi obrigado a se retirar de lá. Vim morar em Guadalupe. Essa vai ser uma crise eternamente na minha vida. Agora é tarde, voltando para lá, meus amigos não estão mais lá, os colegas... muitos até morreram... Então isso é um tipo de crise. Um tipo de crise que eu sinto em mim.*

- Reinaldo *Existe também na adolescência a crise existencial.*
- Moderação *Railson tinha levantado o dedo. Você quer falar, Railson?*
- Railson *(...) eu queria falar que a psiquiatria é uma ferramenta de auxílio às pessoas. (...) Não sei aonde eu ouvi isso... Fala de um armário. A pessoa vai colocando coisas, vai enchendo o armário, até que uma hora o armário está tão cheio, que o armário vai explodir. Vai abrir sozinhas as portas. É nesse momento que acontecem as crises. Não sei o que você entende por crise, mas o que eu entendi foi isso, esses momentos em que a pessoa pode soltar (...) a psiquiatria não dá conta 100% das pessoas... ajuda, mas a pessoa tem que saber por onde também...*
- (...)
- Moderação *Você se sentia em crise?*
- Reinaldo *Não. Eu me sentia assim, como se fosse uma imensa melancolia dentro de mim, como se fosse uma crise existencial. Por que eu sabia que a minha mãe iria morrer, ela veio a falecer. Quando ela faleceu eu entrei numa crise de tristeza e depressão incrível. Um amigo meu é que me ajudou. Um amigo meu até me colocou na casa dele no dia em que minha mãe foi enterrada, quando minha mãe foi enterrada. Mas antes, o fato de viver dentro do apartamento era uma coisa muito deprimente. Só escapa da depressão quem passa por ela. Você vai tendo uma espécie de crise existencial, uma angústia, uma falta de alegria que você não sabe direito o que é. Então você come, dorme, toma café, toma banho, sai, passeia, almoça, janta, cuida da casa, essa coisa toda...*
- Rogério *Como se não existisse nada...*
- Reinaldo *Mas você sente assim uma...*
- Rogério *Uma falta.*
- Reinaldo *Uma coisa fugindo de você. A vida fugindo de você.*

Falta, ausência, imensa melancolia, crise existencial, depressão, a vida fugindo de você... São somente as primeiras ideias com as quais os usuários tentam cercar e nomear essa singular experiência. E dizemos ideias porque se alguma coisa tem de singular – e de comum à maioria das pessoas – na crise, é a dificuldade de expressar em palavras o que acontece nesses momentos. Mas, de fato, nem sempre a crise é o que supomos na hora de ouvir aqueles que as atravessam. Como Reinaldo disse, existem muitos tipos de crise, mas para ele, a crise é a crise existencial, a crise pela perda da sua mãe, é levar a vida sem alegria, de forma automatizada e, para ele, isso é sentir não só que não está tendo controle da sua vida, é a vida mesma fugindo dele.

Será que se trata do que o Rogério coloca, que sempre algum tipo de crise a pessoa

vai ter e que a questão é se tratar e tentar achar um equilíbrio? E será que uma das formas de achar esse equilíbrio é procurando ajuda profissional, mas sabendo que cada um tem que se implicar no tratamento, pois os profissionais não dão conta cem por cento?

A crise que eu tinha já aconteceu também né... fiquei lá de cabeça torta, eu fiquei torto...com a cabeça torta assim mesmo, aí minha família, meu irmão me levou na PUC lá, na PUC lá...aí eu fiquei bom, deu injeção em mim, aí eu fiquei bom. A cabeça torta assim... desse jeito [entorta a cabeça para um lado], cabeça torta, cabeça torta assim...faz um tempão isso aí já, só que... [silêncio longo] Então, depois chegou lá na PUC lá, na PUC... depois chegou e... depois eu já tive umas quinze internação, internação, internação... quinze... já estive internado sete anos numa clínica... Parque Hortolândia, você conhece? Fiquei sete anos numa clínica internado... clínica... no Itapira fiquei oito meses em Itapira... fiquei... é... dois anos no Cândido Ferreira, fiquei oito meses no Tibiriçá e fiquei sete anos numa clínica e cinco anos no CAPS, no outro CAPS... e quatro meses aqui dentro, só isso né... minha vida é essa né... e agora minha família aposentou eu, agora tô aposentado tô sem fazer nada, tô parado sem fazer nada e eu procuro fazer alguma coisa, sabe?... (Caio, 2GF)

Percursos como o de Caio, infelizmente, são muito comuns. Mais de vinte anos em “tratamento”, quinze anos internado, mais da metade da sua vida institucionalizado. Da sua vida... Se é que isso pode ser chamado de vida... Ou, no dizer do Reinaldo, *a vida fugindo de você.*

César *Tem a ver porque uma coisa que puxa a outra né... é? geralmente é feito por... por pessoas malignas, pessoas ruins que determinam enfermidade na gente e daí elas se prolongam para outros, de quadro psiquiátrico pra quadro clínico, e a pessoa demora a descobrir, então... eu mesmo só descobri que tinha sinusite aqui em São Paulo, que eu tinha gastrite só aqui em São Paulo...*

Moderação *Mas, mas é por causa do problema psiquiátrico que aparece esses outros problemas clínicos?*

César *...é! Se a pessoa não sente o que está se passando com ele, fica fora de si.*

Moderação *Isso é a crise da esquizofrenia? E uma crise assim você já viveu? De ficar fora de si?*

César *Já! Já vivi...*

Moderação *E como é que é? Como que você se sentiu?*

César *Muito ruim né! Porque começou com dor de cabeça, e aí o pessoal de casa sequer tinha uma Dipirona, e comprou dipirona pra eu poder tomar e melhorar da dor de cabeça... Então é falta.... Falta de cuidado da família. (...) Isso que ela tá falando, nós não temos família, porque se tivesse família, cuidava...*

(...)

Moderação *Como é ficar fora de si?*

César *Eu... assim... faz tempo que não fico fora de si... Então, já até esqueci como é...*

Moderação *A senhora lembra dona Cleuza como é ficar fora de si?*

Cleuza *É, eu lembro, é quando a mente foge e se você está em um lugar, representa que você tá num outro, você não sabe onde...*

Novamente é possível observar a dificuldade de colocar em palavras o que acontece no momento de crise, conseguindo expressar os sentimentos no corpo e essa frase “*ficar fora de si*”, querendo novamente destacar a falta de controle absoluto da situação, uma situação pela qual parecem tomados, o corpo e o psiquismo invadidos, ficando sem possibilidade de decisão alguma.

Sílvio *É ruim quando tá em crise... e desagradável.*

Selma *Ela [participante do grupo, ausente por “estar em crise”] apareceu, disse que a irmã dela ia buscar ela.*

Sônia *Na quinta-feira ela veio e não estava bem. Estava em crise e muito abatida porque ela se afastou do processo de tratamento. Aí, resultado: voltou, teve recaída e com certeza ela tava pior do que tava a primeira vez que ela veio, porque ela abandonou o tratamento. A crise atrapalha a vida da gente em todas as coisas. Nos deixa limitados, sem discernimento. E por conta disso a gente não pode caminhar nem para um lado nem pro outro. Não podemos fazer projetos de vida nenhum. Porque é um momento de debilidade. Não tem uma lógica. Porque normalmente nos agarramos num certo ponto doentio. Ela repetia o que é que ela ia fazer com o filho dela. Ela disse, conversando lá embaixo, que o filho dela a ajudava. E ela falava repetidas vezes, o que é que ela ia fazer com o filho dela, como se ele que precisasse de ajuda. Pois é, aí eu tava observando ela e, no que eu a observava, lembrava que quando eu estive em crise, eu provavelmente estivesse daquele jeito ou pior. Eu não lembro, eu não tenho a consciência clara e perfeita de como eu estive porque é difícil nós avaliarmos quando a gente tá em crise de todo. Mas dá pra perceber porque é a mesma patologia. Certamente a gente fica naquele estado ou pior. Então, é muito constrangedor estar em crise. É até perigoso, qualquer pessoa que anda no mundo que é perversa pode atentar contra nós e a gente não percebe isso quando a gente já está em crise.*

(...)

Saulo *A crise é um momento de muita conturbação interior, psicológica. Perde a noção do tempo, das coisas, não sabe o que é certo, o que é errado... Quem controla a gente são as pessoas que estão ao nosso redor. Nossos familiares. Ficam preocupados, procurando um meio mais fácil pra levar a gente pra internação pra ter um tratamento.*

Sílvio *Tem gente da família que fica assustado, manda pegar a gente pra internar a pulso.*

Apesar de diversificados, todos os relatos dos participantes dos grupos focais relativos à crise coincidem ou se assemelham em vários pontos: a experiência de que algo quebrou-se, um colapso, um desabamento ou uma agressão que inunda o funcionamento psíquico, todos os aspectos da vida, por dentro e por fora, ultrapassando a capacidade de resposta. É possível identificar situações, momentos, experiências e/ou dúvidas muito significativas, cuja impossibilidade de manejar, lidar e/ou responder fez com que, alguns, desabassem, caíssem sob um intenso ataque, variando as tentativas de resposta, entre posições subjetivas – poderíamos dizer – mais “passivas”, no sentido de se sentir invadido, de padecer de uma agressão, e posições mais ligadas a confrontar a situação. Em outros, a tentativa de resposta parece ser mais radical. A impossibilidade de aceitar a realidade tal qual ela se apresenta faz com que seja necessário reconstruí-la, sendo absorvidos maciçamente por uma posição delirante caracterizada pela ruptura – nunca total, mesmo em crise ela preocupava-se pelo filhinho – de relacionamento com o mundo. A possibilidade de “*nós avaliarmos quando a gente tá em crise de todo*” inexistente. Para ninguém foi uma experiência “boa”, e o que veio depois só trouxe mais sofrimento para a maioria. Experiências todas que geram perplexidade, angústia e, por vezes, pavor, principalmente nos familiares e próximos, mas não só neles.

Para Franco Basaglia (1979), a crise é concebida como a expressão de uma crise existencial, social e familiar, que envolve a capacidade subjetiva do sujeito em responder a situações desencadeantes e, por isto, Amarante (2007) considera que trata-se de uma situação mais social do que biológica ou psicológica. Essa concepção é ampliada no conhecido texto “Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial”, onde Dell'Acqua e Mezzina (1991) consideram que

É seguramente difícil uma definição única da crise em psiquiatria. Qualquer esquema para defini-la deve, em todo caso, considerar a organização psiquiátrica existente naquela área e naquele momento histórico particular. Existe, de fato, um valor-limite a estas duas contingências, além do qual os problemas emocionais, psicológicos, de relação, sociais e os fatos da vida assumem as características da crise e se tornam de interesse psiquiátrico específico. (...) à condição de crise corresponde uma complexa situação existencial e complexos devem ser os instrumentos e os recursos para enfrentá-la (p. 53-55).

Os referidos autores analisaram o trabalho em um centro de saúde mental de Trieste e reconheceram como situações de crise aquelas nas quais se pode identificar pelo menos três dos seguintes parâmetros: grave sintomatologia psiquiátrica aguda; grave ruptura de relações familiares e/ou sociais; recusa das intervenções, mas aceitação do contato com a equipe; recusa de qualquer forma de contato; e situações emergenciais no contexto familiar e/ou social ou, ainda, impossibilidades pessoais de enfrentá-las. Desse modo, "mais respostas, mais oportunidades, mais interlocutores, ampliam e complexificam as exigências, matizam 'a' demanda inicial, emergem 'as demandas" (GIANNICHELLA, 1984, p. 237 *apud* Nicácio e Campos). Isto é totalmente diferente de pensar a atenção à crise com base na compreensão de tutela como restrição – de espaços, de pessoas, de possibilidades, de direitos – trata-se de empreender itinerários de ampliação de espaços, de possibilidades de expressão subjetiva e de afirmação de direitos em que consintam a produção de autonomia e de responsabilidade (BASAGLIA, 1987 *apud* Nicácio e Campos).

Entendida dessa forma, consideramos importante que a crise torne-se, então, um “evento histórico”, que à história retorna e com a qual se liga, “na qual o impacto do serviço resulta com frequência determinante, propriamente na sua condição de ‘evento histórico’, que pode criar uma expropriação e evidenciar uma ruptura ou, inversamente, operar uma tendência de busca e de resposta” (Nicácio e Campos, 2004). A crise enquanto evento “no curso do tempo” pode ser adequadamente superada se o serviço conseguir abrir ou deixar aberto ao sujeito um espaço social de manobra, contrastando a limitação do contexto em torno dele, a progressão dos mecanismos de controle, o estabelecimento dos círculos viciosos de reprodução da “doença” (Dell' Acqua e Mezzina, 1991, p. 76). “Julgando que a crise tem a potencialidade de exprimir uma demanda de investimento na

vida, no sentido de tornar possível continuar a vivê-la” (Costa, 2007), Dell' Acqua e Mezzina propõem a criação de condições, mesmo que no âmbito de relações institucionais pré-formuladas, para que tal expressão possa ocorrer.

Trabalhadores avaliando o funcionamento de uma rede de CAPS III (Onocko Campos et al., 2009) indicaram duas concepções – dos profissionais – antagônicas de crise: uma ligada à emergência de sintomas a serem contidos e outra que compreende o momento da crise como sendo de extrema fragilidade e oportunidade de reconstruções. Achados similares, no que se relaciona ao antagonismo das concepções, mas com o acréscimo do medo na fala de alguns entrevistados, foram obtidos por Willrich et al. (2011). De modo geral, podemos dizer que são bem diversas as concepções de crise dos trabalhadores, o que fica evidenciado nas entrevistas de Costa (2007) por uma “ausência de regra geral na concepção do que seja uma crise, o que”, para a autora, “não implica, de maneira alguma, falta de projeto ou planejamento, trefismo ou falta de sentido, mas uma prática aberta à invenção, à singularidade”.

Das conceptualizações advindas de referentes da experiência de reforma psiquiátrica na Itália, parece-nos importante o resgate da crise como experiência a valorizar e, neste sentido, a importância de escutar e conhecer a experiência de quem está em sofrimento psíquico, deixando a crise se expressar, respeitando os direitos e liberdades dos cidadãos. Costa (2007), a partir das narrativas de trabalhadores em torno do cuidado requerido nas crises, considera importante destacar as noções de crise como instrumentos, como “formas específicas de realizar o trabalho em saúde mental” colocando a ênfase em que ter uma “atitude de lidar com a crise para além do reparo, sem a avidez por restituir algum suposto equilíbrio perdido, (...) abre um leque de alternativas importante, tanto para levar em conta a complexidade das situações de crise, quanto para apreciar éticas possíveis no lidar com as mesmas”. Esta ideia em torno da crise, entendemos que introduz uma questão fundamental, pois traz colocações que vão além das formas de cuidar e das definições mais descritivas do que seja a crise, podendo estabelecer a necessidade da introdução da subjetividade no cenário.

A introdução da dimensão da subjetividade neste cenário [da assistência no momento da crise, nos serviços de emergência]

pode ressignificar tanto a ideia de crise quanto o objetivo a ser alcançado pelo serviço de emergência psiquiátrica. Desaparece a urgência de se restabelecer um equilíbrio perdido: a crise passa a ser considerada um momento privilegiado no qual o sujeito pode, eventualmente, ter acesso a novas formas de organização para si próprio e/ou para seu cotidiano (Rechtand e Leal, 2000, p. 93).

Antonio Andreoli (1993) relata uma interessante experiência de atenção à crise desenvolvida em Genebra por psiquiatras e psicanalistas, alguns deles com importante participação no *Arrondissement 13*, experiência mais renomada da Política de Setor na França. Andreoli propõe trabalhar com uma noção de crise que procure traduzir a complexidade do que acontece nos seus diversos planos: o estado do paciente que necessita de cuidados precisos, a perda da sua história que some com a urgência, o estado dos parentes, e a angústia da equipe frente à loucura. Entende que as crises na esquizofrenia constituem – baseando-se em Freud – “uma defesa, custosa, mas em certa medida eficaz, porque ela permite escapar ao desamparo e à sideração profunda” (Ibidem p. 28), porém, considera que nenhuma crise é espontaneamente boa, porque a escassez de recursos não permite estabelecer uma relação com o outro de onde possa surgir “um ‘limite’ entre o consciente e o inconsciente, o dentro e o fora, entre a vida psíquica e a experiência corporal, o particular e o social” (p. 29). Talvez com isto esteja relacionado o fato de ser impossível nessa pesquisa – e não achamos na bibliografia baseada em experiências no Brasil – acessar as narrativas do que foi que acontecia psíquica e corporalmente no momento exato da crise. Talvez por isso as características das expressões que tentam cercar tamanha experiência: parece que está em um lugar e está em outro, ficar fora de si, conturbação interior, perder a noção do tempo e das coisas, uma falta de alguma coisa, a vida fugindo de você. O que recoloca a pergunta em torno às possibilidades da construção de narrativas da crise.

Neste ponto, novamente, a psicanálise pode ser de grande ajuda para compreender os dinamismos desse processo. Para além das questões geralmente priorizadas e levadas em conta, isto é, a sintomatologia clínica, os fatores de risco, e a influência do meio, Andreoli (1993) coloca que “a história do paciente é o que torna-se objeto desse

fenômeno de espoliação devido ao fracasso daquilo que oferece uma possibilidade de experiência intersubjetiva. Se a história de um sujeito se desinveste, ele não é mais ninguém” e, isto, deve-se a uma falha dos mecanismos de negociação do valor traumático da experiência. Então, se deixarmos via livre à “vulnerabilidade esquizofrênica”, a história presente e passada se transforma. A relação que se estabelece entre o “estado psicótico agudo e a cronicidade” parecem estar ligadas “à desorganização dos processos através dos quais o que é ‘atual’, ou o que adquire valor de ‘acontecimento’, é excluído do campo da representação, da experiência e da interação” (p. 29). Deste modo, o sujeito da relação terapêutica foge, pois “as descontinuidades que fazem viver a história e as representações a um tempo estruturadas e contrastadas que dão um valor afetivo e um relevo cognitivo à comunicação desaparecem” (p. 29).

Advertidos disto, e baseando-se em sua formação psicanalítica, os psiquiatras Laing e Cooper, referentes da anti-psiquiatria inglesa, propuseram (Mannoni, 1971, p. 136) um sistema de “cuidados” para psicóticos: lugares onde estes pudessem “esgotar o seu delírio com a ajuda de um médico, como suporte e ‘guia’ da sua loucura”, permitindo assim que o mesmo possa “tomar lugar no processo [do delírio] – tomar lugar ali significa aceitar que o delírio do outro desempenhe para ele, médico, o papel revelador daquilo que abomina em si”. Seguindo estas colocações, Mannoni acrescenta que o médico pode tomar lugar no delírio – aceitando ser suporte desse delírio e tornando possível a “desalienação” – ou propor outro, mas, para que esse outro delírio “tenha valor curativo é necessário que haja aí participação no universo psicótico” (p. 136).

As diversas formas de abordagem e intervenções no momento da crise não ficam poupadas desse processo e principalmente dos seus efeitos. Assim sendo, como colocado anteriormente, se esse é o mecanismo na esquizofrenia, as intervenções das equipes tratantes têm um rol preponderante na tentativa de reorganizar esse processo tendo, desse modo, também um importante caráter preventivo (Andreoli, 1993).

Muitos dos artigos que aqui trouxemos para discussão coincidem em apontar que a crise não deve ser entendida na forma da psiquiatria tradicional: crise não é perigosa em si, não sempre precisa de internação, nem sempre é urgente, e o principal objetivo não é a

remissão dos sintomas. Nesses artigos, também foram expressas formas mais positivas do que negativas de entender à crise, quais sejam, como capacidade de: investir na vida (Dell'Acqua e Mezzina, 1991), movimento de mudança e transformação (Jardim e Dimenstein, 2007), de transformação e desvio (Onocko Campos, 2001). Porém, ao mesmo tempo, temos encontrado que as percepções de trabalhadores e familiares possuem valorações mais negativas do que positivas em torno da crise (Jardim e Dimenstein, 2007; Willrich et al, 2011; Lima et al, 2012), apontando que ainda persistem o medo e o preconceito ao associar loucura e periculosidade.

Entendemos que as considerações de Lima et al. (2012) merecem especial destaque por considerarmos que expressam, sinteticamente, algumas das concepções anteriores e com as quais estamos construindo essa discussão:

Embora, entre os entrevistados [familiares de usuários e profissionais de CAPS], os significados negativos suplantem em muito os positivos sobre a crise, ela adquire uma temporalidade, no sentido de que, fora da crise, o sujeito é capaz de negociar com alguns parâmetros de normalidade, não estando totalmente dominado pela doença, apresentando uma parte de si que é capaz de interpretar sua situação de doença, interagir com as pessoas ao seu redor e agir movido por uma motivação consciente (Lima et al, 2012).

Algumas propostas de organização do serviço e do espaço para a atenção à crise que destacam que a “abordagem inicial deve incluir, além de uma relação empática entre profissional e usuário, algumas preocupações para mudar o ambiente e torná-lo seguro para todos os presentes” (Willrich et al, 2011), explicitando uma série de medidas (Gomes et al, 2008), que poderíamos chamar preventivas, ou de segurança.

Em função das concepções expostas, entendemos a necessidade de nos posicionarmos nesse debate. No nosso entendimento, a crise não é um “episódio” isolado no marco da doença, não é uma “descompensação” (Andreoli, 1993), a qual devemos esperar que termine – depois de medicar, conter, internar, etc. – para poder fazer algo, tendo como objetivo uma gestão mais racional das crises. É essa uma concepção de tratamento centrada em eliminar os sintomas e abafar a crise, evitar o que – neste caso – seriam recaídas, enfim, conseguir uma boa adaptação social. Entendemos ser necessário

poder situar e entender o momento da crise em relação a uma concepção de conjunto do processo esquizofrênico, que articule “de um lado a estrutura dos modos de resposta à crise com a especificidade dos problemas que surgem num meio institucional dado e, de outro, modos de avaliação de uma saída clínica de longa duração” (Andreoli, 1993, p. 34). Além disso, também consideramos de suma importância a análise das transferências, a ação da equipe tratante e a forma de cada um dos trabalhadores tratar, pois desde que começam a “tratar” já estão dentro do processo de sofrimento do sujeito com esquizofrenia, para bem e para mal, sendo a qualidade dos vínculos fator importante na continuidade dos tratamentos.

Entendemos e sublinhamos a importância da melhora sintomática muitas vezes obtida com a internação, do controle da gravidade sintomática, de evitar o encaminhamento para outro serviço, de conseguir uma adesão ao tratamento farmacológico, e dos ganhos psicossociais que podem ser obtidos se compararmos com os clássicos e repressivos tratamentos hospitalares, mas, também, apostamos na construção de uma visão mais dinâmica e de conjunto do processo, no qual um dos objetivos do tratamento possa ser “transformar a ‘loucura’ que o paciente tenta conter numa crise potencialmente portadora de aberturas” (Andreoli, p. 30). Por isto, entendemos que a atenção à crise, um dos principais e atuais desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Vasconcelos, 2012), deve ser repensada e, em consequência, devemos também repensar os modos de organizarmos as respostas para lidar com ela, considerando a crise parte da história dos sujeitos e incorporando-a ao tratamento.

Família e intervenção na crise: “eles é que são violentos”

Moderação (...) queria aproveitar o seu questionamento e devolver pra o grupo. Queria ouvir o que é que vocês acham. Simeão falou que o pai dele teve que chamar outras pessoas – o pastor – para levar ele, você falou da participação do seu primo como decisiva no tratamento, Saulo coloca que uma vez chamaram policial para levá-lo, Sílvio colocou da sua esposa que acompanha. Então qual é o sentimento que vem pra vocês da intervenção de um familiar de vocês. Qual é o sentimento que vem com essa intervenção

- da família buscando o tratamento de vocês.*
- Simeão *Eu sentia ódio. Era dele, meu pai e do pastor. Era tudo controlado pelos hospitais que me perseguiam. Agora com o tratamento no Caps do Garcia é que eu estou me sentindo bem. Deixei o ódio e o rancor, a mágoa que me fizeram, com o tratamento aqui do Caps.*
- Moderação *Vamos ouvir agora a Sônia.*
- Sônia *Interessante que contrariando todas as expectativas, quando minha mãe foi chamada... Porque a psiquiatra não me disse você tem a patologia esquizofrenia, eu vim saber aqui no Caps. A vida toda eu sabia que eu tinha problema de nervos, porque eu fui pro neurologista e o neurologista me mandou pra psiquiatra eu fui pra lá e lá a psiquiatra pediu que precisava conversar com minha mãe sobre o meu tratamento na área psiquiátrica (...). Ela explicou na minha frente algumas coisas e dizia assim: tem que fazer isso e aquilo pra ficar boa e eu dizia sim. (...)... Bem na minha frente ela insistiu: 'Não precisa ser internada, é só tratar, nos EUA já se faz assim, assim e assim. Ela não precisa ser internada tem um caso na minha família, assim e assim, trabalha leva uma vida normal. O tratamento é medicação, ela não pode ficar sem medicação'. Ela não me disse o nome da patologia em minha frente nunca.*
(...) Mas quando eu cheguei aqui, nessas idas e vindas procurando um lugar pra fazer um tratamento eu vinha piorando. Então quando minha mãe veio aqui eu já estava muito pior, só que eu não tinha consciência de como eu estava, eu não lembro da minha postura. Eu achava que estava bem. Poderia ser que eu estivesse fingindo que estava tudo bem. Porque eu tenho essa mania de fingir que está tudo bem pra não dar preocupação a ninguém. Minha família me ama muito. Eles me amam tanto que fizeram uma coisa errada, esconder a doença de mim. Fizeram tudo que é o possível e o impossível, sendo pessoas muito pobres, pra não me internar. Suportaram todas as minhas crises mesmo com todas minhas estranhezas, as dificuldades financeiras... Quando eles me internaram foi porque precisava mesmo. Meu tratamento foi conduzido por um manto de amor.
(...)
- Sílvio *Eu acho que a família faz pensando no bem e tem outras famílias faz pra se ver livre do paciente. Porque lá no São Paulo [hospital psiquiátrico] tinha pacientes esquecidos que tinha parente que não ia há mais de um ano. E minha família ia 3 vezes à semana.*
- Moderação *Fala um pouquinho do seu sentimento nos momentos que sua esposa precisou lhe pegar incisivamente pra estar lhe encaminhando para o tratamento.*
- Sílvio *Ela chamou meu irmão e o vizinho pra me segurar, pra me levar à força. Mas naquele momento eu não estava pensando em nada. Depois de uns três dias, fiquei lá, tive a visita. Eu penso que fez para o meu bem, né? Porque eu tava no desespero. Quebrei a televisão, quebrei um bocado de coisa dentro de casa. Porque eu achava que tinha gente querendo me*

matar. Então eu acho que ela fez pra meu bem. Tô mais calmo, diminui minha agressividade. Até hoje faz tudo pra meu bem, minha mulher. Depois que eu vim para aqui pro Caps é que eu tô me sentindo melhor. Tô saindo [na rua] só... entendeu?

Saulo

Minha experiência, não só a imagem que eu trago dos meus familiares naquela época são as piores possíveis. Nos momentos que eu fui arrebatado por capangas, não, por funcionários do hospício, do estado, a polícia. Eu me sentia como se não fosse da família deles, eu me sentia mal tratado por isso. Eu continuo achando, quando eu me lembro da maneira como eu fui arrancado de lá pra ir pra consulta psiquiátrica. Quando eu penso da forma com que eles permitiram, permitiriam até alguém me matar dentro de casa se fosse o caso, até eu morrer eles autorizavam, se fosse o caso de me matar realmente, se eu fosse esse monstro todo que eles pensavam que eu sou. Eu não era aquela fera toda. Porque se eu fosse realmente como o raciocínio dos meus familiares eu entraria em luta corporal com qualquer um e não respeitaria polícia nada. Mas não, eu sempre consciente da minha vida, preservando minha vida. Teve uma vez que eu tomei uma gravata de um homem desses que trabalham no sanatório que eles recebem propina pra me pegar. Eu fiquei com falta de ar quase que eu desmaio. Aí, minha mãe, com a permissão pra esse pessoal, cinco pessoas me pegaram. Quando eu me lembro dessas permissões dos meus familiares eu fico com a pulga atrás da orelha. Agora não, que eu to melhor, mas eu não dava motivo nenhum, pra me tratarem daquela forma. Se eles conversassem comigo, me dissessem para onde era que eles queriam me levar, eu cederia e iria com eles. Mas não acontecia dessa forma e eu fico intrigado com isso, em qualquer tempo, em qualquer momento, eles podem tentar fazer isso de novo.

Moderação

E você tava em crise de...?

Saulo

Eu tava em crise de loucura mesmo.

Moderação

Você tava agressivo?

Saulo

Eu tava agressivo com as pessoas, eu falava com aquela forma como que estivesse revidando e eles tomavam pra eles. Eu falava sozinho. E não era pra eles a agressão. Eles reagem a mim dessa forma, chamando esses capadócios, sendo amarrado no meio da avenida onde eu moro, saindo nessas condições sentindo falta de ar. Eu tomei uma medicação tão forte que, com as mãos amarradas, aquilo pra mim foi a gota... quase que eu tenho uma parada respiratória. Só saí de lá porque eles conseguiram me internar à noite. Chegando lá tomei as injeções. Foi que um cara viu a minha personalidade e me desamarrou e eu senti um alívio tão grande. Quando o cara me desamarrou eu senti aquele alívio, voltei a respirar melhor. Eu fiquei com a pulga atrás da orelha, eles são muito violentos. Eles é que são muito violentos.

Sônia

Me deu curiosidade. Eu nunca fui internada e vejo como vocês falam de forma sofrida sobre isso.

Esse diálogo expressa claramente diferentes atitudes, respostas e reações de familiares e próximos, como também são claras as repercussões que esses comportamentos geraram. Não aprofundaremos em rejeitar com força cada um dos mecanismos violentos de coerção e violação de direitos, mas nunca é demais destacar – com firmeza – essa rejeição. Também devemos reconhecer, sem por isso culpar, o estado de desamparo e impotência que também devem sentir os familiares nessas situações, sendo muitas vezes também eles parte do imaginário do louco perigoso (Willrich et al, 2011; Lima et al, 2012).

A experiência de Sônia contrasta nitidamente da relatada por seus colegas, não só com relação ao sofrimento – por ela remarcado – padecido nessas situações, mas também pela grande diferença de atitude das pessoas próximas nesses momentos. Nem sempre as histórias como as de Sônia são as prevalentes, mas são essas as histórias que dão conta de que é possível tratar com respeito, acolher a singularidade, evitando o ingresso no longo caminho da institucionalização que, se não parado em tempo, leva à cronificação e que é evidente que faz diferença.

A aceitação da doença, por parte do usuário e da família, e o fortalecimento do suporte social e familiar, são entendidos – na literatura relacionada a abordagens fenomenológicas – como parte do processo chamado de *recovery* (Ridgway, 2001; Davidson et al, 2005; Farkas 2007), sendo isto também achado nesta pesquisa. A importância dada à participação dos familiares no tratamento das psicoses é vastamente documentada. O chamado “bom suporte familiar” é determinante na maioria dos casos, sendo os familiares os principais aliados dos serviços nos quais, frequentemente, eles mesmos vão buscar ajuda. Da mesma forma, e como acabamos de verificar, também os familiares são os principais incomodados com as crises e, com frequência, acabam sendo parte do processo de crise – que não envolve somente o seu principal protagonista – fato que também produz desconfiança e até medo. É assim que, como vimos, a “família” ou o “familiar” tem aparecido nas definições de crise ou do que seja a atenção à crise.

Familiares entrevistados por Lima et al (2012) expressam a importância de partilhar o sofrimento e o cuidado de seus parentes com a equipe do CAPS II, porém, expressam a

importância do acolhimento noturno principalmente no manejo das crises, destacando as autoras que a falta deste vem a reforçar nas famílias a ideia de que as crises só podem ser tratadas nos hospitais psiquiátricos. Já familiares de usuários de CAPS III participantes em pesquisa desenvolvida por Onocko Campos et al (2009), avaliaram que a articulação entre CAPS III e SAMU oferece uma rede continente para as situações de crise, fazendo com que os mesmos se sintam mais tranquilos ao contar com essa retaguarda, se bem que se expressaram, junto com os usuários, incomodados com o sumiço de roupas e pertences durante a utilização do leito-noite. Para os familiares, a disponibilidade dos profissionais e o acompanhamento de necessidades cotidianas e situações de crise são os fatores que definem o trabalho das equipes de referência nos CAPS III. Os familiares também percebem que os técnicos de referência são aqueles mais próximos do paciente e valorizam a possibilidade de serem atendidos, sempre que necessário, pelos profissionais com quem estão vinculados já que, a maioria deles, disse frequentar o CAPS principalmente nos momentos de crise do usuário, conversando com o profissional de referência sobre os problemas que estão vivenciando, sendo aconselhados por estes, reconhecendo neles a única fonte de ajuda (Miranda e Onocko Campos, 2010). “Timidamente, a família parece arriscar-se a novas relações com esses ‘novos sujeitos’, mas de maneira distanciada de seu processo de tratamento, apontando talvez a pertinência de maiores investimentos na aproximação entre serviço e familiares” (Surjus e Onocko Campos, 2011, p. 130).

Nessa pesquisa avaliativa (Onocko Campos et al, 2009), os familiares de usuários dos CAPS III reclamaram a necessidade de: grupos para familiares de esclarecimento sobre a organização do serviço e informação sobre os medicamentos, mas que sejam feitos em horários em que eles possam assistir e, de preferência, com a participação do técnico de referência (Campos, 1997) do familiar atendido. São medidas importantes, não só para o tratamento do familiar, mas para aprimorar a gestão e organização dos serviços, melhorando a plasticidade dos mesmos em função das necessidades dos seus destinatários, atenção à crise em domicílio, por exemplo, mas também para fortalecer a participação e autonomia dos mesmos.

Dell'Acqua e Mezzina (1991) destacam que para que exista a possibilidade de gerar respostas compatíveis com o sofrimento com o qual se pretende lidar, faz-se necessária: "a manutenção dos vínculos com o seu ambiente, a individuação dos nexos entre a crise e sua história, [a] reconstrução e [a] redefinição das relações com as pessoas significativas, a construção de novas redes de relação" (p. 79). Concordando com isto, consideramos muito importante a participação dos familiares nos projetos terapêuticos e, no nosso entender, isto só é possível de se fazer se seguirmos as coordenadas clínicas na construção do caso (Figueiredo, 2007).

Neste sentido, entendemos ser importante a construção do vínculo com a equipe para sustentar e acompanhar a construção do caso. Winnicott, para quem a origem da psicose se encontra em possíveis falhas do ambiente ocorridas em momentos da vida que o autor denomina de "dependência absoluta", estabelece que:

A doença psicótica se relaciona a um fracasso ambiental em estágio primitivo do desenvolvimento emocional do indivíduo. (...) O setting da análise reproduz as mais antigas técnicas de maternagem. Convida à regressão pela confiança que inspira. A regressão de um paciente é um retorno organizado à dependência inicial ou dupla dependência. O paciente e o *setting* fundem-se na situação de sucesso original do narcisismo primário (...) (Winnicott, 1954, p. 470).

A partir disto, Furtado e Miranda (2006), analisando o arranjo técnico de referência, consideram que, aplicado para o espaço de trabalho do profissional de referência, o raciocínio que o psicanalista inglês faz em relação ao *setting* sugere que "a função desse profissional é primeiramente da ordem daquela exercida pela mãe suficientemente sadia que se coloca na posição de mãe ambiente" (p. 516). Winnicott (1955) considera que é possível melhorar os padecimentos na psicose investindo na mudança do ambiente familiar, tentando que se adapte às necessidades especiais do sujeito em sofrimento, permitindo que volte a sentir uma ilusão de onipotência e conhecer criativamente o mundo. Entendemos que as falas dos participantes acima citadas contemplam isto.

Poderíamos dizer que, no mundo todo, a psicose foi uma grande preocupação para a psicanálise pós Segunda Grande Guerra. Melanie Klein, Winnicott, Dolto, Mannoni, Bion, Aulagnier entre outros, trabalharam as vinculações do núcleo familiar na constituição da

patologia. Longe de culpá-los, eles entrevistavam os pais, e aproveitavam o vínculo deles com as crianças para produzir mudanças. Apoiando-nos em Viganó (1999) e no referencial teórico-metodológico da presente pesquisa, entendemos que a construção do caso clínico é o resultado de “juntar as narrativas dos protagonistas dessa rede social [usuários, familiares, próximos, instituição] (...) e encontrar o seu ponto cego, aquilo que eles não viram”. O caso é a narrativa construída por todos os protagonistas, com as contribuições de cada um, onde a forma de ordenar as contribuições – e, se houver, as futuras tarefas de cada um – diz respeito a um sentido, a uma direção, que responde e é determinada pelas coordenadas que organizam a escuta e o escutado. Sem esquecer que sempre o foco e principal referência é o sujeito em questão (Figueiredo, 2007). “A construção do caso consiste, portanto, em um movimento dialético em que as partes se invertem: a rede social coloca-se em posição discente e o paciente na posição de docente” (Viganó, 1999). Nosso posicionamento se assemelha muito ao de aprendizes.

Se a substituição está relacionada com a construção de laços sociais e familiares fortes e duradouros e com a responsabilização, os serviços têm que tratar os familiares. Cada vez menos ouvimos que existam os chamados “grupos de família”. Quando existem, geralmente têm objetivos pouco claros, respondem principalmente a passar ou receber informação, dentro da lógica de que se faz grupo para otimizar o tempo, e não existe nenhum retrabalho nem supervisão por parte dos trabalhadores (Onocko Campos et al, 2009) em torno do que acontece nos mesmos. Dessa forma, esvaziamos de sentido práticas (Onocko Campos, 2001) que, se fossem bem desenhadas e trabalhadas, poderiam funcionar como uma ferramenta clinicamente potente e não um “como se”, e percebemos que isto acontece com os grupos em geral e não só com os de família. Fazer grupos, produzir grupalidade, não é fácil e a formação dos trabalhadores nem sempre acompanha estas necessidades.

“Sabemos que o lugar que coube ao psicótico em sua família foi de carregar algo que nas gerações precedentes foi ficando impossível de ser elaborado (...). Se podemos entender a importância muitas vezes vital para este núcleo familiar desta ‘função’ que o psicótico corporifica, sabemos que os pais, a família não devem ser culpados ou responsabilizados por esta violência. Não foi uma opção (...)”

(Carrozzo, 1991: 35).

Onocko Campos (2001) adverte-nos sobre essas dificuldades e coloca que assumir a posição acima citada, ajuda recolocar o sentido, o para quê trabalhar com as famílias? Problematizar e buscar possíveis respostas que retomem o sentido de uma prática que tenha efeito nas pessoas.

Diversas pistas, possíveis linhas, temos para poder nortear esse trabalho com a família. Para Piera Aulagnier (1964, 1975) os primórdios da constituição do sujeito se instituem em uma história que começa na matriz familiar que o antecede. Dessa forma, todo sujeito, devido à eficácia dessa história que o antecede, adquire um lugar no mito familiar e estabelece com anterioridade as réplicas dos próximos; mas essas réplicas, vai nos dizer ela, que são culturais, do Outro, não se dirigem a ele, senão ao lugar que ele encarna na cena familiar, e são as que o constituíram como sujeito. As possibilidades e os modos de lidar com isto, segundo Aulagnier, relacionam-se com a constituição da esquizofrenia.

Outra pista pode ser a que Andreoli (1993) nos traz, com a chamada “barreira ao tratamento”, que geralmente era entendida como expressão do dinamismo familiar patogênico. O autor a entende mais bem “como expressão da brusca reorganização que a dinâmica familiar, os modos de reações emocionais e as funções psíquicas do paciente sofrem a partir do momento em que a sua entrada na instituição implica a equipe tratante como componente ativo do seu meio” (p. 37), sendo um dos objetivos prevenir a reorganização patológica da relação entre o paciente e os próximos, por causa dos efeitos produto da entrada na instituição “no momento em que o paciente e sua família são confrontados com uma relação insuportável com a descontinuidade” (p. 38).

A “família” e “o familiar” têm que ser mais do que termos enunciados na série de dimensões, perspectivas e/ou fatores que, junto ao individual, social, institucional, político, cultural etc., fazem parte do *checklist* impossível de esquecer nos discursos ou textos prolixos e politicamente corretos. Eles também têm a sua verdade a qual é necessário levar em conta na construção do projeto terapêutico e, como dissemos, especialmente nos momentos de crise. Os “familiares” devem ser parte da leitura de conjunto do processo esquizofrênico que vimos discutindo e, para isto, são necessários

profissionais formados nessa linha e serviços predispostos e organizados para estes encontros, como reclamado por eles mesmos (Onocko Campos et al, 2009), fato que, por outro lado, pode favorecer o excesso de responsabilização dos profissionais de referência, tal como eles mesmos se queixam (Miranda e Onocko Campos, 2010). Até porque, queiramos ou não, se não os envolvemos no tratamento, provavelmente eles o farão e não podemos ter certeza de que será no sentido por nós almejado.

Todas essas intervenções nas crises foram feitas, como observamos de modo geral nos relatos, sem diálogo algum. Certamente, todas pelo “bem do paciente”. Tomar decisões importantes para a vida dos usuários e suas famílias – nesse intenso momento – sem consultá-los, e argumentar a impossibilidade de estabelecer esse diálogo e/ou contato – sem sequer tentá-lo – justamente pela intensidade do momento, não são parte dos desdobramentos “naturais” do preconceito de que nas crises psicóticas o sujeito não tem condições de decidir? Esse preconceito acrescenta-se e complementa-se a outro, também muito espalhado na nossa sociedade, aquele que assimila a crise psicótica – e não só ela, mas as psicoses em geral – à “periculosidade para si e/ou para terceiros”, funcionando como álibi para todo tipo de intervenções desnecessárias e carentes de critério clínico, todas confluindo para um mesmo propósito: a internação. É necessário esclarecer que o nosso argumento não se aproxima de qualquer posição contra, ou anti-internação, o que objetivamos é atentar para o fato de que, sem critério clínico, a internação pode facilmente passar de ser uma medida de cuidado do sujeito em sofrimento, a uma medida de cuidado e proteção dos trabalhadores que o tratam e já não sabem o que fazer, independentemente da existência do risco para si e/ou para terceiros.

Como colocado no começo deste trabalho, dessa forma opera e sustenta-se um dos núcleos preconceituosos mais arraigados na saúde mental, eis aqui a cristalização da tríade amorosa, o *ménage à trois* entre crise-perigo-internação.

Crise e remédios

Oito meses tomando remédio, tomando injeção, eu sofri, já sofri já... todo dia

tomando remédio em cima de remédio, sofri pra caramba... remédio catimba a cabeça...tô meio desanimado da vida...
(Caio, 2º GF)

Eu não tô sentindo certas coisas porque eu tomo medicação. O que me dá estabilidade é a medicação e não a aposentadoria. Não é o dinheiro. A medicação hoje dá respaldo de nós podermos trabalhar. A medicação faz com que a gente consiga trabalhar. (...) A medicação controla. Controla até certo ponto. Tem serviços que não vai dar mais pra fazer. Mas, em uma empresa grande possa ser que eles achem, nem que seja como faxineira. Mas você vai continuar sendo produtiva, não vai ficar em casa. (Sônia, 3GF)

Agora eu diminuí de ficar ouvindo vozes, depois que a médica passou um medicamento de alto custo da série ouro, aí eu diminui de ouvir vozes (...) E depois, agora que eu tô usando essa medicação que eu melhorei mais. Tinha um cara chamado José que dizia que ia me meter a faca. Agora eu tô ouvindo uma vozinha de vez em quando. Tô bem melhor. (Silvio, 4º GF)

- Moderação *Mas, Saulo falou que algumas vezes ele não tomou o remédio. Essa experiência já foi vivida por outros?*
- Sônia *Eu já fiz e tive crise.*
- Sílvio *Também já fiz onde eu me internei onde tava lá no Sanatório São Paulo. Porque lá era muito remédio era uns 8 comprimidos que a enfermeira dava. Eu aí tomava a metade e escondia a metade.*
- Saulo *Mas com a experiência do CAPS não. Com a experiência do CAPS, eu venho tomando o medicamento. Essa experiência de não tomar eu tive no sanatório.*
- Moderação *E por quê? Qual é a diferença de tomar o medicamento no CAPS e tomar no sanatório?*
- Saulo *Porque lá no sanatório você é obrigado a tomar a medicação, você não tem querer... E aqui no CAPS não, você pega o medicamento e leva pra casa, tem o domínio, o controle sobre essas coisas. E lá tinha essa contrariedade. Pra manter a lucidez. Pra ficar lúcido. Não ficar besta. Diferença entre CAPS e sanatório em relação ao modo de tomar a medicação. (...) O que eu falo é que sem os medicamentos daqui seria muito difícil pra mim. Me dá aquilo tudo que eu lhe falei. Um transtorno uma ansiedade uma falta de paciência. Um peso na cabeça. Porque eu me vejo no mundo sem estar trabalhando e isso aí me desespera aí eu tomo o remédio e me dá uma sensação de bem estar de tranquilidade.*

Nada novo diremos com relação à medicalização da sociedade e, como colocado

quando falamos da internação, também entendemos necessário estabelecer que não se trata de estar contra o uso do psicofármaco em si. Muito avanço têm tido a tecnologia farmacológica nas últimas décadas, alguns deles de fato têm a ver com ganhos, como apontados pelos próprios usuários. Neste sentido, é inegável o labor dos fármacos para o desenvolvimento e como parte integrante – não única – de projetos terapêuticos que visem a reinserção social sem a necessidade de longas internações.

A presença dos medicamentos no discurso dos usuários de CAPS participantes dos nossos grupos focais é permanente e poderíamos dizer preponderante com relação às outras ferramentas utilizadas no marco do seu tratamento. A maioria deles estabelece uma relação ambivalente com os remédios: ora ajuda, ora atrapalha. Não ouvimos somente de Caio relatos desse tipo, de como “*remédio catimba*¹⁶ a cabeça”, do sofrimento e do desânimo da vida que muitas vezes produzem, “*a vida fugindo de você*”. Mas, também como coloca Sônia, hoje em dia, o uso da medicação pode ajudar, e muito, no aumento do coeficiente de autonomia das pessoas em sofrimento psíquico, permitindo se locomoverem e decidirem por si mesmas trabalhar e se sustentar, questões, como vimos, muito caras para estes usuários. Aliás, para quem não?

Mas, o tema da medicação, entendemos que é outro dos grandes desafios na transformação dos modelos de atenção em saúde mental. A interação e comunicação entre profissionais e usuários são deficitárias, seja em torno do tratamento em geral ou com relação ao diagnóstico, seja com relação à medicação. Cardoso e Galera (2011) entrevistaram, em serviço ambulatorial, 48 usuários que saíram de alta de internação psiquiátrica e assinalaram que, apesar de terem apresentado diagnóstico e tratamento recente (menos de um ano), 56% não souberam dizer o nome da doença mental que os acometia e que, embora 56,2% não sabiam ou sabiam parcialmente sobre os medicamentos a eles prescritos, “quando questionados acerca da importância da manutenção do tratamento psicofarmacológico, 81,2% dos pacientes consideraram que o

¹⁶ Intrigados em saber o significado desse termo e impossibilitados de perguntar a Caio, depois de perguntar a algumas pessoas e consultar diversos dicionários, pareceu-nos interessante o que achamos. Podemos resumir que *Catimba* é um termo popular ligado ao futebol e utilizado no Brasil para designar a prática do chamado antijogo, estratégia para evitar que o adversário consiga desenvolver seu jogo e na qual todas as suas táticas estão relacionadas a retardar o jogo. Caio adora futebol e, além dos grupos focais desta pesquisa, a oficina de futebol era o único espaço grupal que fazia questão de participar.

tratamento através de medicamentos é importante”. O binômio internação/ambulatório e a *revolving door* que os une – mas necessariamente não os mistura – continua vigente e se retroalimentando.

Em recente pesquisa multicêntrica com usuários de CAPS sobre a adaptação de um guia para a Gestão Autônoma da Medicação, Onocko Campos et al. (2012) também destacaram a falta de informação que usuários têm com relação aos remédios prescritos e a possíveis alternativas ao seu uso no marco do tratamento (Rodriguez et al, 2008), até tendo receio de falar com o médico sobre o assunto por “serem [os médicos] vistos como quem detém autoridade”. Após dois anos de participação dos usuários nos grupos da pesquisa, os autores constataram, ainda, como é possível de ser mudada não só a relação com o remédio, mas também a relação com o médico e o serviço, ganhando em autonomia e na ativa defesa dos direitos.

Relacionado com nossas narrativas, parece-nos significativo ressaltar duas questões: por um lado, que esses usuários de CAPS de três cidades no Brasil (Onocko Campos et al, 2012), coincidem com os dos nossos três CAPS ao expressar que o remédio ajuda a combater as doenças e permite a realização de atividades cotidianas, mas enfatizavam o incômodo com seus efeitos colaterais, bem como a preocupação com a grande quantidade de fármacos de que fazem uso; por outro lado, a partir dos efeitos dos grupos da pesquisa, os usuários manifestaram que a medicação podia ser diminuída, mas não retirada, o que para Onocko Campos et al (2012) implica a persistência da “prioridade da prescrição medicamentosa na formulação do projeto terapêutico, mesmo se as narrativas diziam de seus limites e danos”. Da mesma forma, das narrativas dos nossos usuários podemos afirmar que, mesmo reconhecendo a importância de outras contribuições do tratamento no CAPS, “a medicação é um tema recorrente na fala dos usuários, mostrando-se um recurso central para o tratamento” (Lopes et al, 2012)

Desde a nossa experiência, nos últimos anos ligada a valorizar a experiência e a voz dos usuários de serviços de saúde mental e propiciar o seu empoderamento, parece-nos importante destacar o tipo de relação estabelecida com os remédios. O uso deles tem particular relação com as crises: por um lado, a crise é sinal de que serão medicados, por

vezes em grandes doses e até violentamente se necessário; por outro, já todos tiveram a experiência de suspender a medicação com consequências também similares em todos: a crise. Todas as vezes que a medicação foi suspensa, foi por própria vontade, ora por produzir um efeito não desejado ou por não querer mesmo, ora porque achavam – e/ou diziam para eles – estar em melhores condições e entender que já não eram necessários. Entendemos a importância da opinião e a decisão dos usuários com relação ao seu tratamento e sempre são bem-vindas as iniciativas relacionadas a diminuir a dependência dos remédios como do serviço de saúde e, correlativamente, aumentar a autonomia. Mas, também entendemos que isto sempre deve se fazer com apoio e acompanhamento da equipe tratante, sendo esses movimentos planejados e preparados no marco do projeto terapêutico. Isto não parece ser o que aconteceu nos relatos ouvidos, e os desdobramentos dessas decisões não só aportou mais sofrimento, senão que produziu um efeito que achamos que pode ser prejudicial: uma maior dependência do químico.

Também é significativa a distinção estabelecida entre tomar os medicamentos no hospital psiquiátrico ou no CAPS, marcando claramente a diferença que faz o trato estabelecido entre a instituição e seus trabalhadores com a população atendida, como se o objetivo das duas não fosse produzir cuidado e saúde. Além da necessidade, do desejo de *“ficar lúcido”* produto da excessiva medicação no hospital, também *“você é obrigado a tomar a medicação, você não tem querer”*. *Não ter querer*, isto parece fazer grande diferença.

Mas, o mais importante não é o efeito químico dos fármacos, nem o único que faz *“bem”*. *“A medicação controla. Controla até certo ponto”*. E o que fica fora desse *certo ponto*? Como veremos a seguir, também existe uma associação entre a interrupção do uso da medicação e a experiência de crise.

Crise e Tratamento: manicômio x CAPS

“Eu deitado, eu deitado no hospital, fumando cigarro, eu levei tanta pancada... levei pancada... nem sabia o quê tava fazendo ali, ó... E ouvindo aquelas coisas todinha ali, ó,

ouvindo vozes, visões... achando que... não querendo almoçar. Acabou num instante toda comida. A comida muito quente... Eu passei perante muita coisa. Aí pra falar que não é espírito do mal?! Existe mesmo!" (Rui, 1GF)

Saulo *É verdade. [no Hospital Psiquiátrico] Formam grupos de acordo com o grau intelectual de cada um. Se separa, formam uma política mesmo.*

Sílvio *Faz um grupo pra bater. Faz um grupo de 5 ou 6 pra bater no outro. Teve uma turma que queria me bater lá.*

Saulo *Se precisar brigar por uma regra ou uma doutrina lá, o pessoal briga. Agora tem maluco de comer fezes lá. Isso aí que a gente fica indignado.*

Sem palavras. Sem palavras se separa. Sem palavras se faz "política". Sem palavras se fazem cumprir as regras. Sem palavras se "trata". Sem palavras se bate. Sem palavras, come-se merda. Sem palavras... a gente fica indignado!

Moderação *E qual era a diferença da espera de antes e da espera de agora? [Para conseguir emprego]*

Saulo *A diferença é que antes eu ficava em casa e agora eu tenho o CAPS. Era menos suportável. Agora melhorou mais. Não estou empregado, não estou trabalhando, mas tô me preparando pra isso. Pra ouvir um sim uma hora dessa aí.
(...)*

Moderação *Nesse período [no hospital] as vozes diminuíram?*

Sílvio *Pioravam. Pioravam que uma vez eu até agredi a senhora lá. Porque ela disse que eu não ia poder sair. Eu mesmo quando tava internado no sanatório São Paulo ficava azoado. Porque lá é uma prisão. Quem gosta de ficar preso? Se a pessoa for um pouco mais rígido, a gente responder do jeito que eles não gostam, vem dois, três pra bater. Então aqui é bom por isso. A gente vai embora sozinho. Vem sozinho, tem amigos pra conversar. Lá em casa eu ficava preso e internava no sanatório São Paulo e ficava pior ainda.*

Sônia *Então esse tratamento no internamento né, é na verdade uma espécie de coação, você não age quando está revoltado, não demonstra sua revolta porque tem medo da reação dos técnicos, das pessoas que tratam você nessa instituição fechada.*

Saulo *O vigia...*

Sônia *É como um presídio. Tô comparando mal?*

Saulo *Perfeitamente. É como um presídio mesmo.*

Sônia *É de sufocar o cidadão né?*

Sílvio *Dá gravata, dá injeção pra gente dormir. Dá injeção que é caixão e vela. Chama-se o "sossega leão". Qualquer brigazinha, às vezes até uma brigazinha que tem um com o outro uma discussão, às vezes o outro agride. Se a gente for revidar, "paga o pato" os dois. Não querem saber quem ta*

Sônia

certo, quem ta errado. Bota logo os dois pra dormir. Já vem com agressividade. Aí piora. É a mesma coisa de você ta preso dentro de casa. Aqui no CAPS a gente vai saindo da crise e vai reaprendendo com os técnicos a viver em sociedade. Eu acho interessante o tratamento daqui em grupo porque nós lá fora não vivemos separados. Não somos um individuo único. E precisamos reaprender de fato a conviver na sociedade. Eu não sei o grau de incômodo que eu causava, mas devia ser muito.

Começar o tratamento no CAPS mudou totalmente a vida todas destas pessoas. O fato de parar de padecer essas atrocidades todas no manicômio faz com que comecem a mudar a experiência da doença mesma. Sônia, que nunca foi internada em hospital psiquiátrico fica interessada pela experiência dos colegas, e percebe, compreende perfeitamente e se solidariza com o sofrimento deles. Impacta nela o fato de não poder demonstrar a revolta por causa do medo, o grau de repressão é tão intenso que inibe o sujeito de exprimir sua própria agressividade (Basaglia, 1979), e destaca os ganhos do tratamento no CAPS com relação ao que ela ouve.

Porque eu sei que a hora que eu deixar de tomar remédio o meu medo maior vai voltar... que é ser internada, que é ser amarrada... Que é ninguém cuidar de mim. A minha mãe não vai me ver internada. Você sabe? A minha mãe... Só quem vai é o E. [marido]. Minha irmã não vai me ver, meus filhos não vão. Isso me bota num desespero maior. Por isso que eu tomo remédio, todo dia, todos os remédios. Não gosto, mas eu tomo (Roberta, 4ª GF).

É possível estabelecer o dano que as instituições totais produzem na saúde mental dos que ali ficam? E quanto do árduo trabalho empreendido nos CAPS pode ser beneficiado, potenciado e quanto pode ser prejudicado, depois da passagem pelas experiências relatadas? É difícil estabelecer isto, mas entendemos que é um dos grandes entraves das redes de serviços de saúde mental que pretendem substituir o manicômio. E dizemos pretendem, porque entendemos que não passa de uma pretensão, de um desejo, o fato de querer substituir o manicômio sem uma rede de serviços forte e consistentemente articulada, com capacidade de acolher a crise. Vejamos bem, que possibilidades tem um tratamento no qual é constante o “medo maior”, que não é o da crise que poderia voltar se o usuário deixasse os remédios, mas o fato de ser internado e

suas consequências?

Dell'Acqua e Mezzina (1991, p. 55) colocam em evidência o problema da simplificação e da patologização como uma construção no – e do – circuito psiquiátrico:

O momento em que se dá atenção à pessoa em crise pode ser identificado como o ponto de máxima simplificação de uma relação onde, por um lado, o sujeito que está por mostrar-se já fez, progressivamente, uma simplificação e reduziu a um sintoma a complexidade de sua existência de sofrimento e, por outro lado o serviço [...] equipou-se de modo especular para perceber e reconhecer, oferecendo-se como modelo de simplificação o próprio sintoma.

E acrescentam que "naturalmente, é sempre a 'crise do paciente' que se evidencia [...]. Jamais, diante das necessidades e das demandas excessivas e impróprias da clientela, este sistema de serviços tem a capacidade de colocar-se em crise" (Dell'Ácqua e Mezzina, 1991, p. 55). Segundo a perspectiva dos autores citados aqui, o cuidado do sujeito (em crise ou não) conjuga: o reconhecimento da complexidade do problema, a imprevisibilidade e a singularidade que envolve a crise com a capacidade operativa dos serviços de saúde, e, portanto, dos profissionais de saúde como operadores aptos e competentes para gerarem respostas compatíveis com tais situações (Lima et al, 2012).

Desde o começo mesmo da implantação do novo modelo de atenção, a atenção à crise é um ponto crítico. Desde as diretrizes da reforma psiquiátrica, infelizmente muitas vezes advindas como imperativos categóricos, a atenção à crise tem de ser parte de contextos reais de vida, revelando a necessidade de aprender a lidar e produzir diálogos com múltiplos atores: os usuários, as pessoas de sua rede relacional, os familiares, os vizinhos, as pessoas do território (Nicácio e Campos, 2005). Isto implica principalmente na desinstitucionalização dos trabalhadores, "a presença da equipe no território não significa, em si mesma, a transformação e complexificação das intervenções: o serviço configura-se como territorial nas práticas concretas de interação com os usuários, com os familiares, com as pessoas e as instituições" (Ibdem). Ignorar a complexidade do sofrimento, simplificando-o por meio da atenção ao sintoma, retira do sujeito a responsabilidade por sua vida, descontextualiza-o e rouba sua autonomia, além de desconsiderar a potencialidade da crise enquanto movimento de mudança e transformação (Jardim;

Dimenstein, 2007).

Lima et al (2012) apontaram que há muitos impedimentos para a "tomada de responsabilidade", e identificaram entre os entrevistados dificuldades para o manejo de crises nos CAPS: a) falta de preparo dos profissionais para lidar com a crise; b) falta de retaguarda de outros equipamentos de saúde para auxiliar o CAPS; c) resistência e rejeição em relação aos usuários em crise nos equipamentos gerais de saúde (os não especializados em saúde mental), mesmo quando acompanhados pelo profissional do CAPS; d) insuficiência da capacidade institucional para o atendimento de demanda por psicoterapia e de atenção à crise ou situação de emergência; e) dificuldades materiais, sociais e/ou afetivas, por parte das famílias, de suportarem a crise dos seus membros.

Merecem destaque ideias de atenção à crise que resgatam ganhos que se poderia obter, se entendida como: uma possibilidade de transformação da relação entre profissional e usuário, e do usuário com a sociedade (Willrich et al, 2011), movimento de mudança e transformação (Jardim e Dimenstein, 2007), transformação e desvio, saída de um lugar historicamente dado para outro a ser reconstruído (Onocko Campos, 2001; Ferigato et al, 2007). Contudo, não foi possível achar relatos que exemplifiquem como isto é operado nos CAPS.

Schmidt e Figueiredo (2009) afirmam que a internação é um recurso para lidar com a crise, mas depende da justificativa que sustenta a decisão. Entre os entrevistados (trabalhadores de CAPS II), existe a percepção de que, às vezes, internar é necessário. Porém, a internação é percebida pela equipe como fracasso, quando é utilizada porque não há disposição do serviço para lidar com a crise, mas pode ser usada como último recurso para lidar com as situações de crise. Para as referidas autoras, a internação é aceitável desde que a equipe possa ter acesso ao usuário – no local de internação – durante todo esse momento, que deve ser o mais curto possível, para possibilitar o retorno do usuário ao CAPS.

O trabalho com saúde mental, também não é fácil e, como vimos, quem trabalha com o sofrimento alheio, também irá trabalhar com o próprio. Isto é tensionado e torna-se mais complexo quando o resultado que se quer atingir não depende totalmente da

predisposição de uma ou poucas pessoas. A precariedade do funcionamento em rede com outros equipamentos, lidar não “somente com a doença mental, mas com muitas ações de promoção social”, a escassa formação dos trabalhadores, e a falta de espaços nos serviços voltados para o cuidado deles, também é fonte de sofrimento e de adoecimento dos próprios trabalhadores (Ferrer e Onocko Campos, 2009), que ante o imperativo categórico “não internar”, sentem como fracasso ter de internar aquele usuário que estão acompanhando.

A partir dos relatos até aqui citados, e dos que apresentaremos a seguir, fica evidente que a atenção nos CAPS é melhor do que nos hospitais psiquiátricos. Entretanto, a crise continua a ser o grande desafio.

Ainda tendo uma rede de serviços extra-hospitalar forte e produtora de “boas práticas”, a mera existência do manicômio, combinada com o funcionamento parcial (não as 24hs.) dos serviços comunitários, produz a demanda. A existência do hospital psiquiátrico diz respeito às políticas em saúde mental e à organização da rede de saúde já que, se essa rede pode acolher a crise evitando o uso do hospital, qual a necessidade dele existir?

Sônia *Eu sei que em crise a gente fica perdido. A gente fala da medicação. Mas ela sozinha não é tudo não. Porque os grupos que existem de terapia ocupacional, se não fosse esses grupos a gente ficaria como? Feito um robô tomando medicação e assim. Mas a gente toma medicação e tem os grupos. A gente ouve pessoas com problemas quase iguais aos nossos. A gente vai adquirindo experiência pra reconhecer quando a gente está em crise como a gente fica e dessa forma a gente pode aprender a conviver com a patologia e reconhecê-la quando ela está se aproximando.*

Tipo eu tive uma recaída, comecei a sentir depressão. Eu percebi que estava com depressão porque eu senti a depressão chegando muito forte. Eu fiquei com medo de ter uma recaída e voltar para a fase zero. Aí eu pedi socorro às terapeutas ocupacionais, falei com um e outro, disse que não estava bem. Dr. A. falou que estava notando que eu não estava bem e que era bom falar com o médico. Eu consegui, quando eu consegui falar com o médico resolvi o problema da medicação. Teve que trocar os remédios quase todos. Eu comecei a melhorar, mas eu tenho um pouco de receio. Eu fico de fato insegura em relação a essa crise porque eu sei que ela existe e eu fico com pavor de voltar a ter essa crise.

Sílvio *Eu tenho receio também.*

Sônia *Mesmo sendo uma coisa inevitável eu fico com pavor. Eu espero que ela*

nunca mais volte porque é horrível. A gente sente uma dor sem ter nada, sem ter machucadura nenhuma. Sente dores e, Ave Maria, confusão mental. A gente ouve vozes.

(...)

- Moderação *E o nosso SUS aqui como é que tá?*
- Selma *Aqui não parece o SUS não. Aqui não é o SUS não... Nem parece. Porque todo mundo trata todo mundo bem. Conversa, dá atenção. Nem comparo o SUS de outros lugares que eu já fui que tem umas pessoas assim, bem sem atenção. Eu gostei daqui.*
- Moderação *Mas aqui é SUS viu. Sônia, a gente falou da crise, agora a gente estava falando da superação da crise. Da recuperação. E aí?*
- Sônia *Então. Depois da crise a gente começa a observar o nosso exterior, as pessoas que estão ao nosso redor. E a gente observa, como Saulo falou, que as pessoas ficam com medo de confiar na pessoa depois que ela esta boa. Porque quando viram essa pessoa em crise era um comportamento, depois da crise é outro comportamento. Então elas ficam com medo de confiar. Não sabem que quando esta pessoa está medicada, ela não entra em crise, pelo menos é difícil, pode acontecer, mas é preciso uma coisa muito forte. Não é que o remédio é 100%. Pode acontecer alguma coisa na vida dessa pessoa que tem essa patologia que venha ter a crise mesmo estando medicada. Só que ainda assim vai ser uma crise mais leve. Então é isso.*
- Sílvio *Na crise é uma coisa e depois da crise é outra.*
- Sônia *Parece duas pessoas.*

A mudança é grande, só o fato de serem tratados com respeito, sem violência, sendo reconhecidos, dando – e tratando em – liberdade, faz toda diferença. É tão grande a mudança que, infelizmente para nós, defensores do SUS, para estes usuários *não parece o SUS porque todo mundo trata todo mundo bem*. Quanto mais libertas ficariam essas subjetividades sem a permanente iminência da ameaça de voltar ao manicômio! Vejamos bem: receio, pavor, medo... isso é o que traz a possibilidade “*da crise voltar*”. E isto, essa característica da crise acrescenta-se à lembrança, à marca, à inscrição que deixou no psiquismo e no corpo – muitas vezes com cicatrizes difíceis de fechar – a possibilidade de voltar a ser internado no hospital psiquiátrico.

Neste contexto, é difícil conseguir o que Nicácio e Campos (2005) apontam como dois importantes desafios para o acolhimento à crise as 24h/dia: por um lado, que a “hospitalidade integral” tem que ser produzida como direito e exigir uma profunda transformação da prática de isolamento e da lógica asilar nas quais os usuários não têm poder de, ou direito a, liberdade para; por outro lado, que essa hospitalidade é um recurso

a ser singularizado e contextualizado, na relação com os usuários e com os familiares. Em função disso, os autores assinalam que, com esse conteúdo, opera-se um deslocamento fundamental: “a hospitalidade não pode ser lida como finalidade em si mesma, não é equivalente ao projeto terapêutico, não se trata de um procedimento isolado e com tempo definido a priori”. Na constituição desta complexa rede, e em função destas necessidades, os autores concluem que os CAPS III têm um lugar estratégico nesse percurso.

Será que é o Diabo? E por que eu não saró e por que acontece as coisas na minha vida dessa maneira? ...que eu tenho raiva até da comida... eu queria saber né, mas tem que falar para mim... que eu não estou conseguindo acreditar em ninguém mais... se eu ponho uma coisa na minha cabeça e é para amanhã e eu não consigo, não é que eu não quero, não é isso, os meninos escondem todos os meus remédios, o médico da SAMU vai lá e passa o remédio pro vizinho do fundo esconder... e fala: ‘amanhã cedo a senhora vai pro CAPS’, e eu chego aqui pra receber pedrada que nem uma boba... então não adianta eu vim, estou certa? Então é melhor eu ficar lá andando... mas eu percebi também que meu filho está certo, que ele não aguenta eu, que ele não suporta, ele pula o muro, que eu não paro logo, eles já marcaram... eu fico quatro horas sempre depois e não melhora nada, e tem uma tal de M. aqui que não gosta de mim... O vizinho denunciou, ela diz que tá atrapalhando funcionário dormir, o meu filho liga e ela só dá duas conversas e desliga na cara dele, você entendeu? (...)

E quando acontece alguma coisa comigo, eu não deixo as pessoas perto de mim e vejo até eles [seus filhos] dormindo em pé... sozinhos, mais não querem largar eu dentro da minha casa sozinha, quando eu vou tentar destruir alguma coisa, eles não deixam aí liga aqui e a gente recebe isso daí, aí liga pro SAMU e o médico vai lá... (...) ó eles vão em dois, não sei o quê que o outro é, só sei que eu tenho meu guarda-roupa lá, eu fico deitada na minha cama, eles entram lá e só fica se embelezando no espelho e o outro, o M., eu não sei o quê que ele pergunta porque eu não escuto, eu só vejo que ele sai lá na cozinha e volta com medicação... e medica e dá os remédios pra ele esconder... Para quê esconder o remédio se ele é meu? (Cleusa, 4º GF)

Lima et al. (2012) consideram que “no manejo de crises, o acolhimento noturno é visto como imprescindível pelos profissionais e familiares”, destacando a dificuldade para as redes de saúde mental que não possuem CAPS III e, como relatado por Cleusa, encontrando resistência dos outros serviços de saúde para atender usuários “da saúde

mental”. Lima *et al.* analisam que a falta de acolhimento noturno e a falta de parcerias com outros serviços, além de constituir uma falha de responsabilização, só reafirma a ideia, nos familiares, nos trabalhadores e na sociedade, de que os “problemas” da loucura, isto é, a crise, só pode se “resolver” no manicômio mesmo. Faz-se necessário considerar a necessidade de ações da política de saúde e de intersetorialidade que ofereçam recursos para o trabalho junto ao território (Miranda e Onocko Campos, 2010).

Essas diferenças entre um modelo de atenção e outro são claramente agenciadas, e isto muda a percepção e a relação com a doença e com a crise por aqueles que praticam tais modelos e tratam-se neles. A avaliação da atenção à crise feita por usuários, familiares, trabalhadores e gestores de CAPS III de Campinas (Onocko Campos et al, 2009) parecem trazer outras evidências:

- ✓ Avaliação positiva da permanência do usuário com a mesma equipe nos momentos de crise, fato permitido pela existência de leitos nos CAPS III, destacando a importante diferença em relação ao modelo hospitalar;
- ✓ Melhoras com o tratamento no Caps III, pois além do tratamento contínuo, é possível se colocar no lugar do outro que está em crise e se identificar com a situação;
- ✓ Avaliação positiva de atenção domiciliar e intensificação do projeto terapêutico nos momentos de crise, mais uma alternativa ao uso do leito noite;
- ✓ Usuários e familiares consideraram continente a rede de saúde mental, em especial a parceria entre CAPS e SAMU;
- ✓ Maior confiança nos profissionais e apropriação dos sentimentos e sensações, “facilitando os pedidos de ajuda” (Surjus e Onocko Campos, 2011).

Porém, a novas respostas, também novas perguntas e questionamentos:

- ✗ Dificuldades nas parcerias com a rede como um todo;
- ✗ Receber e acompanhar pacientes desconhecidos (também achado por Willrich et al., 2011; Lima et al., 2012) já que;

- ✘ Principalmente à noite, e nos finais de semana, costumam trabalhar apenas profissionais da enfermagem, em esquema de plantão, sem receber desconhecidos;
- ✘ Necessidade de objetivar os critérios de indicação de leito-noite;
- ✘ A concepção do que seja “crise” difere profundamente entre serviços e mesmo entre as diferentes categorias profissionais de um mesmo serviço;
- ✘ Leito-noite usado no limite ou acima da capacidade.

Ainda, os usuários criticaram os serviços que não dispõem deste recurso (CAPS II¹⁷) e que têm que compartilhar leitos de outros CAPS, comparando essa situação à solidão da internação hospitalar (sentimento também assinalado em nossos grupos focais), incidindo em possíveis rupturas na relação de confiança com a equipe tratante e consequente ineficácia do cuidado. “Os usuários percebem este ‘espaço’ do leito-noite como facilmente acessível: sentem segurança em contar com ele, incluindo ainda a intensa aproximação com os profissionais nas apostas entre valer-se deste recurso ou se arriscar a prescindir dele” (Surjus e Onocko Campos, 2011, p. 127). As autoras concluem o artigo asseverando que o cuidado da crise no próprio serviço “é reforçado de maneira positiva, parecendo garantir ao sujeito em sofrimento a manutenção de referenciais afetivos e a continuidade de uma relação com o externo, com o outro, de forma menos invasiva e ameaçadora” (p. 130).

Não é por acaso que os usuários de CAPS III de Campinas, participantes da nossa pesquisa, tendo relatado experiências de internação em hospital psiquiátrico parecidas às de seus colegas do Rio de Janeiro e Salvador, expressem sim que não desejam voltar a ter crise, mas não expressam o mesmo temor a serem internados, pois eles podem contar com o SAMU e/ou com o acolhimento noturno no CAPS. Apesar disso, a experiência de Cleusa também coloca alguma dificuldade nesse funcionamento noturno. Mesmo assim, merece destaque o trabalho do SAMU em Campinas, com plantão de psiquiatria as 24h/dia, sendo quase todos também trabalhadores dos CAPS, ou seja, conhecem a maioria dos usuários, podendo ir a casa deles nas situações de urgência e levar os usuários

¹⁷ No momento em que a pesquisa (Surjus e Onocko Campos, 2011) foi desenvolvida ainda existia em Campinas um CAPS II.

para o CAPS ou, se possível, como no caso de Cleusa, medicar e esperar até o dia seguinte para ir ao CAPS. Mas esta usuária também aponta certa falta de predisposição nesse acolhimento noturno, onde, sem dúvida, não se espera que os funcionários do SAMU mediquem sem diálogo algum, nem que os plantonistas no CAPS durmam e/ou não queiram ser incomodados.

A crise é um dos momentos mais delicados, não é somente a porta de entrada no circuito da saúde mental como colocado no começo, também é o momento em que mais se necessita precisão no cuidado e acolhimento. Neste sentido, entendemos que é substancial não produzir uma quebra no processo de acompanhamento e atenção, no desenvolvimento de determinada estratégia terapêutica, justamente nesse complexo momento da crise. Isto traz à tona a necessidade da criação de mais CAPS de tipo III no intuito de acabar definitivamente com os manicômios: os físicos e os subjetivos, porque, como dissemos há pouco, a lógica manicomial reconhece o limite na violência, que não se restringe aos muros. E para isto também nos atenta dona Cleusa, para uma lógica que será que poderíamos identificar como relativa já ao novo modelo? A novos modos de institucionalização psicossocial? Fechados os hospitais psiquiátricos, se continuarmos a entender que com a crise – e *na* crise – nada podemos fazer além de medicar e aguardar, e mesmo revestindo uma substancial diferença o fato disto não ser feito no hospital, mas na casa da pessoa ou no CAPS sem violência física, o nosso problema continua a existir. A crise, melhor dizendo, o sujeito *na* crise continua desamparado, sem ter acolhida.

Formas de lidar com a doença e com a crise

“Eu queria saber assim, também, porque tem hora que eu fico boa, aí daqui um pouco que já vou começar tudo de novo? Meus meninos chamam eu de vó, falam que eu sou louca (...). Eu não gosto disso e eu saio e fico o dia inteiro na rua, daí vou lá sentar no banco tardão da noite, pra ver se melhora, e vai gente lá falar que é perigoso porque é tarde... e eu tranco a porta e deixo todo mundo lá dentro dormindo e eu vou pra ver se melhora os nervo.”
(Cleusa, 2ª GF)

“Hoje, se você... se chega uma conta de luz para você pagar, de 90 reais, se você não paga dentro de um mês, a Light vai lá e corta. Eu sem benefício vou pagar com quê? Aí eu cato latinha de madrugada (...) falei para você, arrecadei R\$ 980 em latinha. (...) É a minha terapia... Eu chego em casa, é a minha terapia. (...) tá louca, maluca, catando latinha... Não, é não. É aonde eu achei... EU achei a minha terapia! Que é catar latinha. Ela dá para comprar o gás... Eu, Eu! Você pode ver que os meus dedos aqui estão até sujos, eu estou pintando a minha própria residência. Catar latinha é a minha terapia.” (Regina, 4ºGF)

“Pra mim tá chegando devagarinho a compreensão [do que é a esquizofrenia]. Estou aprendendo a conhecer as características dela olhando outras pessoas chegarem com a mesma patologia aqui, enquanto eu tô me tratando. Aí eu fico observando e noto que tem algumas coisas que, tipo assim, tem uma paciente chamada Simone, quando ela chegou aqui eu me identifiquei quando eu era muito jovem, não sei se da idade dela, mas quando eu tinha meus 18 para 19 anos. Justamente quando eu tive a crise que cheguei assim no hosp... no ambulatório, que minha mãe me levou para o psiquiatra a primeira vez. (...) Então, os pacientes que vão chegando e eu fico sabendo que o diagnóstico é a esquizofrenia, eu fico observando esses pacientes, não porque quero cuidar da vida deles, mas pra saber de fato como é que eu fico quando estou em crise. Mesmo que não seja igual igual, possa ser parecido, então eu fico me observando pra me controlar mais, e saber se tá voltando, se a medicação não tá sendo eficaz, eu puder, antes que venha a crise, eu pedir socorro aos médicos. (...) Então, eu aprendo assim a reconhecer a esquizofrenia, olhando os pacientes que chegam que ainda estão confusos e aos poucos eles vão voltando à lucidez. Olhando os pacientes que estão em depressão profunda e aos poucos vão tomando a medicação e voltando ao normal, foi o caso de Simone.” (Selma, 2GF)

“Ficou registrado uma grande suspeita que tem um grupo contra mim. E tem indícios muito fortes. Porque em certos lugares que eu frequento, as vozes não são em todos os lugares, as vozes são em lugares específicos, de pessoas que eu gostava... Então assim, eu me sinto... um lance que eu tinha, de procurar um bom advogado criminalista, fazer um investigação para ganhar um indenização de danos morais. Pode ser besteira, mas minha mãe, pouco tempo atrás (...) ela falou assim: ‘Fábio, enquanto você analisar essas vozes, você vai continuar assim. Você tem que deixar a voz entrar por aqui e sair do outro lado. Quando você perceber que não está mais surtindo efeito em você, vai acabar as vozes.’ Mas ao mesmo tempo em que eu encarava isso, eu não praticava. Minha mãe teve que falar pela segunda vez, parece que só foi cair a ficha agora. Enquanto eu ficar dando atenção a vozes: ‘Viadinho.’ ‘Falso.’ ‘Babaca.’ ‘Marrento.’ ‘Malandro. Pensa que é malandro.’ Eu vou continuar escutando. Então assim, eu acho que não tem... acho que não tem como... por mais que um advogado criminalista seja altamente experiente, coloque umas câmeras

de fibra ótica que liga, assim, negócio de filmar, no ônibus... acho que falar tudo, vai sempre falar, nunca vai deixar (...) hoje eu vejo que eu fico pensando assim... tem pessoas que nascem com perfil de liderança, para serem futuros engenheiros... eu não. Eu sou uma pessoa desprovida de qualquer esse tipo de... tipo de prenda (...) tipo assim, eu sou muito... eu... me acho morto pro mundo. As pessoas quando vem falar comigo falam: 'Railson, acorda para vida. Você está morto.' E por um lado eu acho que isso tem sentido. Quando eu converso com o médico lá do IPUB, ele diz. 'Railson, você mesmo concordou que você fala a linguagem do exagero.' Tudo o que eu falo eu levo à parte mais negativa do exagerado. Para tentar chamar atenção para mim e para tentar resolver o meu caso.

(...) Muitos lugares que eu vou – não são todos – eu escuto vozes de pessoas que eu conheço: 'Viadinho.' 'Bicha.' 'Esse viado tira marra de malandro.' (...) Eu acho que eu não sou nada disso. Quando eu acuso as pessoas, quando eu critico sobre... quando eu acuso as pessoas de ficar me chamando disso ou daquilo, na verdade, quem está fazendo a acusação sou eu. Não é para as pessoas, é para mim mesmo. As pessoas estão... é... estão.... caraca, me confundi... Sim, as pessoas de certo modo têm a sua defesa." (Railson 2GF)

Cleusa sai para passear para se acalmar; para Regina, catar latinha ajuda mais do que pagar as despesas da casa, ela faz questão de destacar enfaticamente: “*EU achei a minha terapia!*”; Selma aprende a se conhecer observando os outros e a si mesma; já Railson toma conselhos práticos dos próximos e reflete buscando compreender o que acontece com ele... e ele está certo... *Sim, as pessoas de certo modo têm a sua defesa.*

Também ouvimos “*cada um é cada um*”, e ninguém achou problema algum com isso. Resulta-nos importante destacar nessa seção como cada um possui um grau de conhecimento, de auto-conhecimento, de *insight* (Tranulis et al, 2008), o trabalho por meio do qual o sujeito capta, internaliza e/ou compreende algo de si, conseguindo muitas vezes provocar mudanças na posição subjetiva, já que não só afeta a consciência que têm do que acontece neles e com eles, possibilitando assim também mudanças no comportamento, senão que também permite reconfigurar todas as relações do captado, do compreendido.

Alguns usuários descrevem uma trajetória de vida e cuidado que já os possibilita reconhecer a necessidade de vivenciar os momentos contraditórios e angustiantes de suas crises, perto de seus

familiares, em suas casas, fazendo referência a uma retaguarda que em suas vidas apresenta-se como certa (Surjus e Onocko Campos, 2011, p. 127).

Regina, em quase todos os grupos focais que participou, reclamou, entre outras coisas, de algumas questões relativas aos atendimentos no CAPS. Falta de médicos, falta de psiquiatra, falta de medicamentos, *“muito laudo de esquizofrenia”*; ela não parecia estar demasiado satisfeita com o trabalho do CAPS, e resulta significativa a ênfase em ser ela quem achou a terapia. Não sendo demasiado importante – por enquanto – quem achou, importante é achar essas atividades ou momentos em que a pessoa entende que aquilo tem caráter terapêutico. Mas, para os nossos objetivos de pesquisa é sim importante podermos avaliar e/ou determinar em que medida, e como, o tratamento dispensado nos dispositivos substitutivos ao manicômio aporta estratégias, ferramentas práticas e recursos subjetivos para aumentar a autonomia e a construção de laços fortes e duradouros no serviço e, principalmente, na comunidade. Voltaremos logo a isto.

Com o relato de Selma podemos constatar algo parecido ao que acabamos de observar sobre Regina, ela explicita qual a sua estratégia para tentar conhecer melhor o que acontece com ela. Isto, não só ajuda ela *“pra saber de fato como é que eu fico quando estou em crise”*, mas, e o que achamos mais importante em termos da construção de uma aliança terapêutica, de um vínculo forte com o CAPS e com a equipe tratante, serve para *“me controlar mais, e saber se tá voltando, se a medicação não tá sendo eficaz, eu puder, antes que venha a crise, eu pedir socorro aos médicos”*. Entendemos que é muito importante este tipo de estratégias, já que apontam para a autonomia e para o conhecimento do que acontece com eles para lidarem melhor – com menos sofrimento – com as crises. Autonomia construída a partir da relação com os outros usuários.

Não se trata de oferecer, de meramente enunciar, a verdade revelada para que ela seja captada e internalizada. Trata-se de um trabalho, sozinho ou com ajuda, mas de um trabalho. Não foi a repetição da fórmula oferecida pela mãe de Railson o que o fez internalizá-la, fazê-la própria, pois *“ao mesmo tempo em que eu encarava isso, eu não praticava”*. Só *“caiu a ficha”* quando ele percebeu, captou e, principalmente, aceitou a sua

singularidade, “acho que não tem como... por mais que um advogado criminalista seja altamente experiente”, “vai sempre falar, nunca vai deixar”, quando ele começou a perceber qual o funcionamento do seu psiquismo que tanto o incomodava e que o fazia levar tudo que ele falava “à parte mais negativa do exagerado”. Entendemos que é de substancial importância a forma com que Railson finaliza o último relato por nós citado. O fato dele saber que as vozes que ouve são de pessoas conhecidas e que não as ouve em qualquer lugar, e que quando acusa as pessoas de chamarem-no de diferentes formas, na verdade, são acusações que ele mesmo se faz, não é uma bela explicação do mecanismo na esquizofrenia como explicitado por Freud? Não é importante esse grau de elaboração?

Todos os relatos que acabamos de apresentar partilham o fato de conter a forma em que cada um lida com a sua doença. Todos colocam a questão que apontamos com a fala da Regina. Essas estratégias, esses modos que cada um vai achando para lidar com a sua doença e com a sua crise, essa capacidade de elaboração psíquica é desenvolvida e construída em conjunto com as equipes? É produto dos projetos terapêuticos dos CAPS? Ou, o fato de Regina destacar que foi ela quem achou a sua terapia, ou Selma quando disse que “aos poucos vão tomando a medicação e voltando ao normal”, podemos entendê-lo como sinal de que foi sem incumbência do labor terapêutico das equipes? É possível estabelecer isto? Entendemos que não, pelo menos não nesta pesquisa. Mesmo assim, parece-nos interessante continuar a questionar-nos.

O que gostaríamos de saber é, de que forma são incorporadas, interiorizadas e apropriadas as estratégias terapêuticas – e os seus ganhos – pelos usuários? O fato deles se expressarem dessa forma remete a uma forma particular de apropriação desse trabalho – que precisaria ser mais bem pesquisada – ou, com efeito, não existe estratégia alguma e eles só conseguiram melhoras por causa da medicação e dos jeitos que cada um achou para se defender, por ser *macaco velho* no circuito da saúde mental?

Os profissionais e familiares entrevistados por Lima et al. (2012), novamente, trazem subsídios ao nosso debate desde que, reconhecendo a necessidade de cuidado intenso e intensivo na crise, estabeleceram como estratégias de manejo: a) acolhimento diurno e noturno; b) observação continuada e contínua; c) atenção domiciliar (visitas domiciliares);

d) responsabilização pelo cuidado medicamentoso; e) presença do psiquiatra na equipe para garantir o êxito da prescrição; f) negociação e apoio concreto ao familiar para que o internamento seja o último recurso utilizado; g) elaboração de cartilha com orientação sobre como lidar com a crise de pessoas com transtornos, para profissionais não especializados em saúde mental e para familiares; h) implantação das "Oficinas de crise" nos CAPS; i) estabelecimento de limites para os usuários através de regras de convivência para evitar o uso de álcool e outras drogas no CAPS; e, "como sugerem os parentes, j) na perspectiva dos familiares, não podem faltar carinho, compreensão e fé" (Ibidem, p. 430).

Insistimos na nossa posição de aprendizes, e, mais atrás no texto, falamos da ética e de nossa posição de não saber, do respeito, do amor à verdade do outro. Ante o saber do outro somos ignorantes, mas não por isso nos colocamos no lugar da ignorância absoluta, pretendendo desse modo sermos neutros. Seguindo a nossa linha de raciocínio, entendemos que o conhecimento das premissas do nosso método e do arcabouço teórico que o sustenta tem a ver com não podermos nos vangloriar dessa nossa ignorância. E sabemos que no reino da ignorância, o "tudo vale" prevalece. Neste sentido, é interessante observar a diferença na perspectiva de usuários, familiares e profissionais com relação ao que considerem estratégias de manejo na crise. Poucos, dos dez pontos acima citados, fazem referência ao que o próprio sujeito pode fazer, ao trabalho possível de fazer, antes – e durante! – a crise, com o usuário e com a família; prevalecendo as ações medicamentosas, educativas e de controle. Excetua-se, especialmente, o explícito e primoroso último ponto, "perspectiva dos familiares": carinho, compreensão e fé.

A cura

A gente não tem esperança, porque não tem cura, você entende? (...) eu tava na igreja e o pastor tava falando sobre a esperança. Quando ele terminou, ele veio falar pra mim que gosta muito de mim e dos meus filhos. Eu falei com ele "Pastor, não tem esperança. Porque esperança só tem quem tem saúde." Você entende o que eu tô falando? [se dirigindo ao moderador do grupo] Quem tem saúde... Porque se você tem uma doença que não vai ter cura, que é o nosso caso, não tem como. Tem uns que deixam de tomar remédio, feito o F., lembra do F.? (...) A gente não consegue viver, encarar, o que você consegue... Você

está entendendo? Se você for assaltado, você consegue... A gente não consegue ficar igual a você. Você entende o que eu tô falando? Foi o que eu falei com o pastor. Esperança não... sabe. A gente vai vivendo, sabe? Eu tenho 2 meninos. Tenho minha mãe, marido... Quem cuida de mim é minha mãe, minha amiga. Marido não é tanto, porque pensa que eu não sei... Eu sei que ele tem a vida dele, você entende? As pessoas falam e acham que a gente não entende o que se fala com a gente. A gente tem um problema mental. A gente não é bobo. Você entende o que eu tô falando? [se dirigindo aos participantes do grupo] Ela não é burra, ele não é burro, eu não sou burra. A gente sabe que falam da gente. Tem coisa que a gente não entende muito bem. Mas a gente entende a maioria das coisas que as pessoas falam da gente. As pessoas acham que a gente é doente mental, que a gente é burro. A gente não é burro não, a gente é doente. Fora da crise, nós somos... nós temos... como é que a D. fala... a gente tem... inteligência. Então, a esperança... eu não tenho esperança que eu vou ficar boa. (...) Então... é... não tem esperança. Porque se fala que esperança é achar que a gente vai ficar curado... (Roberta, 4ª GF).

- Moderação *O que é que faz você se sentir melhor Saulo?*
Saulo *A conversa com os médicos, os psicólogos, os assistentes sociais, os terapeutas ocupacionais. A relação com esses técnicos, esses profissionais me faz me sentir melhor. Eu me sinto muito bem.*
- Moderação *Eu queria devolver para o grupo a questão da cura. Tem cura, não tem cura... O quê que pode ser considerado cura pra vocês?*
Sílvia *Pra mim cura é quando a pessoa não tem mais aqueles sintomas que a gente ainda tem. Que antes não tinha. Tem que tomar remédio sempre, pra sempre... Melhorou mas não saiu totalmente. É que nem uma pessoa que tem uma gripe e cura a gripe, pronto. Eu quero saber isso.*
- Moderação *O que seria a cura então?*
Saulo *Então a cura seria o não ouvir dessas vozes?*
Sílvia *É não ter mais vozes nada disso.*
- Moderação *E pra você Saulo?*
Saulo *É continuar com o meu tratamento. Pra mim a cura tá aí.*
- Moderação *Seria o quê? Continuar com o tratamento para...*
Saulo *Eu tô me sentindo bem melhor não tenho mais problema nenhum. Meu único problema agora é estar desocupado.*
- Selma *Comportamento. Pra mim é comportamento. O que você vai tomando você vai melhorando. Pra mim não tem uma cura igual à gripe, não. Pra mim você fica boa, fica bem, mas se você for deixar de ouvir vozes... A televisão tá aí, o rádio, o microfone tá aí. Você vai ficar sem ouvir?*
- (...)
- Sílvia *Agora, cura mesmo eu acho que não tem. Porque se tivesse cura pelo tempo, eu já tava bom... há sete anos que eu venho sofrendo com esse negócio. Agora eu melhorei, aí depois que eu vim pra aqui tomando essa medicações de alto custo, eu tô me sentindo melhor.*

- Moderação *O que você acha que você deve fazer pra chegar a sua cura que você trouxe aí?*
- Saulo *É continuar frequentando o CAPS até o dia da minha alta. Mesmo que contra a vontade, a favor da vontade, continuar vindo, perseverando aqui. Porque aqui é que tá o pico dos acontecimentos positivos.*

Se não tem cura, ou se a cura é continuar com os cuidados, para todos parece ser que, no CAPS, “*está o pico dos acontecimentos positivos*”. O importante é se sentir bem, e os usuários nos dão muitas pistas para pesquisar e ir atrás disso. A aceitação da sua condição, das suas potencialidades e limitações, dos seus ganhos e dos esforços necessários para continuar a lidar com as dificuldades da existência, parece ser um dos pontos a partir dos quais mudanças subjetivas podem advir. Essa aceitação já é, em si, a mudança que possibilitara outras novas, só possíveis de serem cogitadas e construídas a partir dessa anterior.

Em diversos momentos, pareceu-nos que as expectativas dos usuários, mesmo relacionadas diretamente às experiências pessoais, parecem moldar-se pela perspectiva das outras pessoas, principalmente, profissionais e familiares. Indicam que, desde que sigam tomando o remédio, é possível melhorar (Lopes et al., 2012), porém há diferentes opiniões com relação à perspectiva de cura e de voltar a ser como se era antes. Isto, entendemos que pode estar relacionado com a percepção dos psiquiatras anteriormente exposta, que acreditam em desfechos de vida muito menos favoráveis para os usuários, “uma vez que indicavam não só a necessidade de uso de medicação durante toda a vida, como diziam que a vida do sujeito ‘acabou’” (p. 569). O legado kraepeliano ainda produz subjetividade.

Estudiosos do processo chamado *recovery*¹⁸ reconhecem pelo menos duas concepções do mesmo. Uma delas, mais ligada ao paradigma biomédico, concentra-se sobre a remissão dos sintomas e restabelecimento de um funcionamento anterior. A outra, mais vinculada ao modelo psicossocial, é baseada na perspectiva de quem vive com uma doença mental e centra-se na ideia de que é possível uma vida plena dentro do contexto de uma doença persistente (Davidson et al., 2005). Ambas as tradições surgem no cenário

¹⁸ No Brasil traduzido como recuperação, reabilitação.

da saúde mental e, em certa medida, contrapõem-se a uma visão de esquizofrenia tradicionalmente pessimista (Lopes et al., 2012). As narrativas dos nossos usuários parecem coincidir com as da bibliografia, seja na concepção de “melhora” a partir da percepção das intervenções dos profissionais nos relatos, seja no que para eles é “sentir-se bem”.

As diversas respostas que esses posicionamentos dos psiquiatras produzem foram aqui expostas. Esse é o mecanismo, muitas vezes habitual e largamente expandido. Uma resposta ao sofrimento em geral – e à crise em particular – que não interage com um sujeito, mas manipula um objeto; que não reconhece nem diferencia singularidades, senão que tenta apagá-las ao oferecer a mesma e automatizada resposta a todos por igual: sedação farmacológica e internação. Essa compulsão a repetir a resposta, não parece ter traços comuns a alguns dos mecanismos que vimos observando na esquizofrenia? Não são ambas, experiências caracterizadas pelo fechamento em si mesmas, impenetráveis, sem qualquer “diálogo” com o “exterior”? Nessas circunstâncias, as possibilidades de acolher a crise se mostram escassas, na medida em que o objetivo da intervenção parece ser, contrariamente, abafar a crise. O sujeito na crise nada pode decidir, porque não está conectado com o mundo, a única alternativa proveitosa é conter – física e/ou farmacologicamente – e aguardar que a medicação atue para ver como seguir.

Enquanto isso, vidas continuam fugindo.

Capítulo 5

À guisa de conclusão

Políticas e planejamento

No marco da discussão colocada logo no começo do nosso estudo, em torno do modelo de atenção, seu planejamento e organização, achamos necessário retomá-la neste ponto. Mostramos e ressaltamos, entre outras coisas, o grande crescimento dos dispositivos territoriais e comunitários, mas também observamos e fizemos especial ênfase – a partir de documentos oficiais, do estipulado nas portarias regulamentárias, do expressado nas estatísticas ministeriais e da nossa experiência – nos desafios atuais, mas não por isto novos, da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Entendemos com Vasconcelos (2012) que, atualmente, o maior desafio da Reforma Psiquiátrica Brasileira para a provisão de uma rede de atenção integral, com disponibilidade de assistência contínua e intensiva, é constituído pelo acolhimento noturno, no formato de leitos, para dar conta da atenção à crise em saúde mental.

A grande maioria dos textos aqui citados coincide em algo, e vários deles o evidenciam: o modelo de atenção à saúde mental centrado em dispositivos comunitários é amplamente mais eficaz que o modelo centrado no hospital psiquiátrico e que seu fugaz sucessor, o ambulatorial.

Rapidamente, a criação de novos serviços conseguiu diminuir – e muito – a internação nos hospitais, mas sem conseguir taxa zero (Onocko Campos, 2001). Contudo, como observado, mesmo existindo as diferenças entre o CAPS e o hospital e os ganhos apontados pelos usuários a partir de começar o tratamento no CAPS, o fantasma do manicômio está bem presente. Responder à crise sem internar e sem precisar de cuidados e acolhimento por algum período, às 24h/dia, não é impossível, mas não é fácil. Neste sentido, se o único local onde é possível fazer isto é o hospital psiquiátrico, o trabalho todo da rede extra-hospitalar vê-se permanentemente ameaçado e debilitado. O velho modelo carcome e socava o trabalho do outro. Eis aqui onde se radica, ao nosso entender, a

importância e a potencialidade de serviços como os CAPS III, integrados numa rede articulada.

Esse modelo, é necessário implantá-lo de forma a contemplar as diversas realidades e territórios em um país de dimensões continentais como o Brasil. Não estamos querendo dizer que tem que ter CAPS III nos milhares de cidades consideradas “pequenas”. O sistema também poderia se ver complementado com a abertura de leitos para saúde mental em Hospital Geral, partilhando salas de internação geral e não em um ala psiquiátrica, contribuindo para garantir o acesso e melhorar a atenção das intercorrências clínicas e para diminuir o preconceito ainda fortemente arraigado nos profissionais que não são “da mental”. Este recurso é precariamente desenvolvido no SUS. Por outra parte, já existem no país experiências bem sucedidas de articulação e parceria forte entre CAPS e SAMU (Onocko Campos et al., 2009) e CAPS, SAMU e serviços de atenção a urgências (Souza, 2008) que poderiam ser replicadas, não precisando de excessivo gasto financeiro, mas de investimento em funcionamento em rede por meio de capacitação dos trabalhadores. Confluindo, todos estes apontamentos, no que Vasconcelos chamou de *gap* assistencial na área de atenção à crise. A atenção à crise encontra-se nesse vazio, e precisa de espaço: nas políticas, no sistema, na formação, no orçamento.

A excessiva autonomia das administrações estaduais e municipais com relação à adesão aos delineamentos da reforma impulsados pelo Ministério da Saúde, prejudica o avanço neste longo e importante caminho empreendido com tanta ousadia. Seria importante defender mecanismos e critérios de financiamento que reforcem as propostas da Reforma.

Também consideramos importante acompanhar as novas formas de planejamento e organização dos serviços de modelos de atenção e intervenção adequados aos novos dispositivos. Entendendo o planejamento como dispositivo (Onocko Campos, 2003a) e sempre ligado ao modelo clínico e à subjetividade dos grupos que estão em ação (Onocko Campos, 2001), possibilita a exploração do novo, incluindo a subjetividade dos protagonistas, fugindo das receitas administrativas, em prol do projeto institucional. Em sendo necessário mostrar evidências do nosso trabalho, o para quê, o produto do

trabalho, esse projeto não deveria abrir mão da clínica. Isto também abre para a necessidade de mecanismos claros de avaliação do impacto das medidas implementadas. Avaliações que, sem negar nem desestimar as suas modalidades mais tradicionais e quantitativas, têm que dar conta da complexidade do processo que estamos tratando, incorporando novas metodologias, desenhos e atores, como temos visto em pesquisas citadas, já que podemos dizer que é necessário contar quantos leitos estão ocupados, mas precisamos avaliar a qualidade da atenção ao sofrimento psíquico, a eficácia terapêutica de nossas estratégias.

Foi o compromisso com a liberdade e a democracia, com organização sem burocratização nem institucionalização, e a luta engajada na convicção de que um mundo melhor é possível e necessário, que o *movimento*, o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil pressionou, exigiu e obrigou o Estado a produzir a mudança radical no rumo do modelo de atenção. Diante das novas lutas e desafios que nossas vitórias produzem, não vemos por que agora deva ser diferente.

A gestão

Propomos pensar a gestão como função de apoio e suporte e como instância onde se discute e se tomam decisões. Como gerir e gerar (Onocko Campos, 2002).

Nem sempre aparece nitidamente a relação entre clínica, organização e gestão, mas entendemos que conseguimos mostrar as suas múltiplas complementariedades e determinações e, neste sentido, entendemos que a gestão é um dos principais responsáveis em estabelecer as diretrizes clínicas do atendimento em um serviço. Por que é uma questão ética e política, e por que é a sua função.

As falas dos usuários nos indicam que as estratégias que foram com eles utilizadas para lidar com a crise não foram satisfatórias. Apesar das diversas definições de crise levantadas na bibliografia que resgatam dimensões “positivas” ou potentes, as mudanças que a crise produziu nos usuários foram todas para pior. Todavia, indicam que as modalidades de abordagem para intervir nas suas crises passam para eles a mensagem de que a crise é um erro, com consequências irremediáveis. Um erro que também poderia ser

evitado se eles não cometessem outro: parar de tomar os remédios. Resposta pronta que impede o pensamento acerca de outras condições associadas ao desencadeamento da crise.

Temos trabalhado com diversos artigos e pesquisas que entendemos que possuem potencialidades necessárias de ser exploradas em profundidade em mais e mais diversos contextos. Neste sentido, a organização de serviços por meio de arranjos institucionais como: apoio matricial, equipe de referência com construção de vínculo e responsabilizada pela saúde mental territorialmente, e a construção conjunta de projetos terapêuticos singularizados trazem resultados satisfatórios.

Esses projetos terapêuticos precisam ser claros, revisados e mudados cada vez que necessários. Esses projetos também precisam incluir o que Andreoli (1993) chamou de *hipótese de crise* e as estratégias necessárias não para contê-la, mas para atravessá-la com a maior interação que a situação permita. A “hipótese de crise” refere-se ao conjunto de fenômenos que se manifestam durante essa primeira fase de interações. O autor afirma que a “hipótese de crise” não é uma teoria, ela apela para o conjunto de hipóteses clínicas, de interações e de fenômenos de reatualização e de aliança, de identificação e de encontro que se dão no marco do trabalho clínico.

O projeto terapêutico e a organização da equipe deve se estruturar em função de contestar o que oferece (neste caso) a esquizofrenia, incluindo o que ela exclui, integrando o que ela desintegra. Para isto, é necessário conhecer bem os usuários e, principalmente, seus modos de sofrer, para estarmos atentos na gestão da estratégia terapêutica para introduzir mudanças quando for que seja preciso. Um usuário muito desorganizado pode se beneficiar de um vínculo forte com seu profissional de referência, mas, dependendo dos devires do caso, pode se tornar no seu perseguidor, precisando diluir essa transferência entre mais colegas (Onocko Campos, 2012). O projeto terapêutico deve contribuir para que o usuário se aproprie da sua experiência da crise.

A crise necessita ser acolhida e os serviços substitutivos, principalmente os CAPS devem cumprir essa missão. A instituição deve funcionar como tecido acolhedor, todos

devem sustentar uma postura acolhedora. Aqueles CAPS que não são com funcionamento 24 horas precisam afiançar suas redes de articulação principalmente com outros serviços de saúde (mas não só com eles) estabelecendo estratégias de apoio e suporte incluindo o acompanhamento mais próximo nos momentos e lugares da internação.

Nos CAPS III, as equipes inteiras precisam se responsabilizar pelo atendimento integral de todos os usuários, as 24 horas por dia, os sete dias da semana, não deixando o serviço fragilizado à noite nem nos finais de semana. Entendemos que precisam ajustar sua organização e suas intervenções em função de entender a crise como possibilidade de abertura e desvio, como importante momento para o estabelecimento de um vínculo forte, de longo prazo. Os usuários e familiares deveriam ter mais e melhor espaço de participação na gestão das estratégias e projetos terapêuticos, como também na gestão de suas crises, incluindo a *hipótese de crise*. Os gestores podem incentivar e viabilizar isto, sustentamos a ideia de que é preciso um *trabalho* para isto acontecer, mais do que a mera enunciação da possibilidade de participação dos familiares. Melhor do que objetivar fazer uma gestão racional das crises, ansiando ninguém ter alguma – o que além de conservador é irresponsável e impossível – podemos investir em organizar e preparar o serviço, os seus trabalhadores e, principalmente os usuários e familiares para, juntos, estarem preparados quando a crise vier. O risco é não ter crise.

Para isto é necessário debate, da prática e dos casos, mas também da teoria, do fundamento e sentido das nossas práticas, é necessário rediscutir o embasamento teórico dos dispositivos grupais. Aporta a isto que os serviços possam destinar aos seus trabalhadores estes momentos e instâncias, parar e refletir. Também colabora a capacitação permanente, e as supervisões clínico-institucionais do serviço tão valorizadas pelos trabalhadores, sendo espaços de formação e de cuidado. A atenção à crise necessita espaço: físico, psíquico e técnico.

A clínica

Nos últimos anos, no campo da Saúde Coletiva em geral, e da Saúde Mental em

particular, principalmente no que se refere às políticas públicas e ao planejamento em saúde, pouco tem se dito com relação à importância da clínica. Contudo, queiramos ou não, múltiplas decisões tomadas no dia a dia no plano mais operativo influenciam a clínica, como nos diz Onocko Campos (2001):

Estamos chamando, aqui, de clínica as práticas não somente médicas, mas de todas as profissões que lidam no dia-a-dia com diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária. Isto reforça o argumento sobre a especificidade do Planejamento em Saúde: quem quer contribuir para planejar mudanças em serviços de saúde deve dispor de um certo leque de modelos clínicos, e isto é uma questão de eficácia. Se o Planejamento em Saúde quer ser eficaz promovendo mudanças nos serviços, ele precisa, necessariamente, de uma interlocução com a clínica (p. 99-100).

Em certo sentido, o campo da Saúde Coletiva e o da Saúde Mental – se bem com raízes diferentes – partilha o fato de pertencer a uma tradição construída em função de mudar o modo de operar da clínica tradicional: no *setting* individual. A própria área da Saúde Coletiva estruturou-se contrapondo as práticas coletivas às individuais (Ibidem, p.100), e parece-nos que com a Saúde Mental aconteceu algo parecido.

O até aqui muito bem sucedido processo de reforma psiquiátrica no Brasil objetiva a transformação da concepção de loucura na sociedade. Para isto, impulsiona uma forma de prestar cuidados – em liberdade – àqueles em sofrimento mental e a aceitação social dos mesmos. Isto é, uma ação mais estritamente técnica, das práticas de cuidado, e outra mais ampla, no nível cultural. Não se trata de questões separadas e independentes, mas a necessidade de separar os planos responde principalmente aos efeitos da análise dos mesmos e da especificidade das ações a tomar em cada um deles. “Mesmo a ação técnica mais específica está animada pela questão de como agenciar o pertencimento social do louco (no caso da reforma, de como agenciá-lo positivamente). Dessa dimensão ela extrai sua legitimidade e nela encontra seu sentido” (Tenório, 2002).

No campo da saúde mental, é possível assistir com frequência certa tendência a negar, desqualificar e/ou desvalorizar a clínica, colocando-a em forma dicotômica à reabilitação (Figueiredo, 2004). Clínica é dentro do CAPS, reabilitação é na rua. Se se prioriza a atenção à crise, não se pode fazer reabilitação. Se se faz clínica se priorizam

espaços de atendimento individuais; se se faz reabilitação, espaços grupais, se for fora do CAPS, melhor (Diaz, 2009). Os imperativos categóricos: direito à cidadania, à autonomia, construção de laço social, parecem não ter nada a ver com a clínica. Nada mais errado do que entender a clínica como algo ultrapassado, ineficaz, por vezes alienante, pois “a clínica no sentido radical, ao pé da letra, do discurso do sujeito é o único meio de escapar de duas grandes armadilhas insidiosas que são: a ‘pedagogia interpretativa’, vício de uma certa tendência da psicanálise; e a ‘terapêutica da restauração’” (Figueiredo, 2004, p. 81), isto é, voltar ao estado anterior à doença.

Concordamos com Tenório (2002) quando afirma que clínica são “as práticas de cuidado destinadas aos loucos, visando à manutenção do louco na vida social e visando a que ele possa, nos constrangimentos impostos por sua condição psíquica, exercer-se como sujeito” (p. 55). E, por isto, não só a clínica é uma ação social, senão que a clínica é uma das respostas sociais à loucura.

Lembremos que fizemos menção da afirmação basagliana de que a psiquiatria sempre colocou a pessoa entre parênteses e preocupou-se pela doença (Basaglia, 1979). Daí a proposta dele de colocar a doença entre parênteses, deixar de lado o olhar técnico/clínico da psiquiatria para, por um lado, demonstrar que, colocando a doença entre parênteses, o que ficava à vista eram os abusos institucionais e da psiquiatria que nada tinham a ver com a doença; e, por outro lado, para conseguir enxergar o sujeito, a pessoa ali no tratamento e não a doença. Mas, apesar desta ideia, como muitas outras de Franco Basaglia, possuir muita legitimidade e aceitação, muitas vezes não parece tão fácil de colocar em prática. Alguns autores destacam que essa operação ‘colocar entre parênteses’ é muitas vezes mal interpretada, “entendida como a negação da existência da doença, o que em momento algum é cogitado (...)” (Amarante, 1996, p. 84).

A doença foi negada, negligenciada, ocultada por trás dos véus de um discurso que, às vezes, e lamentavelmente, transformou-se em ideológico. Nesta linha, é possível reconhecer no discurso de alguns membros da comunidade antimanicomial certa idealização da loucura, negação das dificuldades concretas e materiais do que significa viver como portador de sofrimento psíquico e minimização do verdadeiro sofrimento que se encarna nesses pacientes, por exemplo, no surto psicótico (Onocko Campos, 2001).

Para que fique claro, não nos filiamos às tradições psiquiátricas tradicionais que acham a doença mental um problema de neurotransmissores; nem nas que entendem que é necessário superar o paradigma da clínica, pois o principal da reforma é o novo sujeito: o sujeito cidadão; tampouco nas da psicanálise ortodoxa, que duvida das potencialidades da mesma com o tratamento da psicose e pretende aguardar na ponta do divã que o paciente psicótico “adira ao tratamento” e “demande”.

Defendemos uma postura clínica desde a psicanálise e, como já dissemos, a entendemos como uma maneira de organizar a escuta e de agir em função dela, possibilitando o desvio do evidente, do óbvio aparente, da literalidade e permitindo a surpresa, perdendo valor o debate em torno do *setting*. Uma clínica que não funciona com regras nem protocolos, mas com o amor à verdade de quem escutamos. Pensando nas nossas narrativas, e sem fazer psicanálise selvagem, que a clínica psicanalítica, começa ali onde Railson, sentindo-se incomodado pelas vozes, acaba percebendo que quando acusa às pessoas de chamá-lo de diferentes formas, na verdade, são acusações que ele mesmo se faz. É no ponto em que é o paciente – com nossa colaboração – quem percebe qual é o seu sintoma, que cai na conta desse padecimento.

As vivências limites que foram narradas nos nossos grupos focais requerem de sustentação clínica para ser contornadas, e entendemos que essa autoridade é reclamada dos trabalhadores por parte dos usuários dos serviços substitutivos. Sem autoridade clínica, entendemos que, por um lado, os riscos de associar crise à periculosidade aumentam, por outro lado, essa autoridade clínica também deveria nos ajudar a não romancear a crise, nos contentando com um leito, com certeza mais confortável, para o encontro amoroso entre crise, perigo e internação.

Nossa intenção é tomar o que cada tradição tem de mais produtivo, em função de poder dar respostas às perguntas que a prática nos coloca. Não se trata de ecletismo, todo o contrário. Trata-se da busca, da necessidade de nos questionar em torno de como é possível, tomando subsídios de diferentes tradições, aportar à construção de um corpo teórico que, por um lado, nos permita trabalhar e mudar a realidade, mas, que ao mesmo tempo, possamos ir descartando aquilo que nele opera como obstáculo. Não é ecletismo,

é a diferença entre rigor e dogmatismo.

Dito em outros termos, o que estamos tentando desconstruir e desmistificar, é a existência da dicotomia, no marco dos tratamentos de saúde mental, colocada a partir das vertentes que consideram o sujeito como cidadão de direitos, e a mais próxima da psicanálise que, de forma alguma questiona a importância dos direitos, mas tem questionamentos a fazer-lhe desde as suas implicações relativas à clínica e ao posicionamento subjetivo. Viver em sociedade é o preço a pagarmos para ser parte da comunidade. A comunidade existe e existe pelos intercâmbios, pela reciprocidade entre os indivíduos. Assim sendo, a comunidade, em certo sentido, é questão de escolha, nem tanto de direitos ou obrigações. São duas dimensões inseparáveis, uma que diz respeito ao acesso aos direitos de cidadania; e outra, aos valores compartilhados, identificações e senso de coesão que são cultivados pelos membros da comunidade. O que queremos dizer com isto é que ser membro de uma comunidade não é de graça, não é simplesmente porque a lei manda. Exige um trabalho, uma ação no marco dessa comunidade. Estar incluído – ou não – na comunidade, não é somente expressão da vigência dos direitos cidadãos, senão a manifestação de alguma identificação com essa comunidade e a participação nela.

Aqueles encarregados de tomar as decisões políticas, planejadores e responsáveis de prover serviços públicos de saúde têm feito e mudado muito na última década a atenção no Brasil. Ainda é possível – e necessário – continuar aportando para melhorar o acolhimento das doenças mentais, as suas consequências e os seus efeitos nas pessoas em sofrimento psíquico e nas comunidades em que habitam. Por exemplo, ações que tendam a reforçar a cidadania poderiam ser: melhorar e aumentar o acesso aos serviços substitutivos, continuar a diminuir os leitos em hospitais psiquiátricos até fechar todos, iniciativas intersetoriais principalmente no que diz respeito à geração de emprego, entre outras. Já ações que tendam a que os usuários dos serviços possam efetivamente “ser parte da comunidade”, poderiam ser: investir na formação dos profissionais, na compreensão das relações entre a cultura e determinados grupos sociais e/ou étnicos e na compreensão da experiência subjetiva daqueles que sofrem psiquicamente. Existe uma

interação permanente entre estas: nenhuma das intervenções dessas dimensões – por si só – acaba por ser totalmente efetiva sem a correlativa mudança da outra. A combinação das duas é o que pode ter como impacto a inclusão social e a redução do estigma.

Neste sentido, é complexo sustentar a organização de uma estratégia terapêutica que consiga a manutenção dos vínculos com o ambiente, a individuação dos nexos entre a crise e sua história, a reconstrução e redefinição das relações com as pessoas significativas e a construção de novas redes de relação (Dell'Acqua, Mezzina, 1991), se não temos um sistema teórico que nos dê pistas para pensar a constituição do funcionamento mental, a construção e a função dos vínculos na produção de subjetividade, para assim poder singularizar nexos entre a crise e essa história e poder implementar as estratégias necessárias no tratamento.

Por isto, insistimos na necessidade de ampliar o debate sobre a clínica possível nos serviços comunitários de saúde mental e, particularmente, nos momentos de crise.

Por uma clínica possível da atenção à crise.

Tentaremos sintetizar algumas ideias até aqui expostas a partir do que pudemos exprimir dos grupos focais e propor algumas outras. Anteriormente, fizemos menção a uma noção de crise que procurava traduzir a complexidade do que acontece nas diversas dimensões que adquire: o estado do paciente que necessita de cuidados precisos; a perda da sua história que desaparece com a urgência; o estado traumático dos parentes; a angústia da equipe diante da loucura. Retomaremos uma ideia (Andreoli, 1993¹⁹) relativa à atenção à crise e a “faremos trabalhar”²⁰:

O objetivo principal do tratamento é o de prevenir as consequências da ausência de “crise” característica do episódio esquizofrênico agudo e que constitui um dos fatores

¹⁹ Resulta necessário aclarar que várias das ideias que aqui debateremos estão expostas no livro “Psicose e mudança”, sendo René Diatkine, Florence Quartier-Frings e Antonio Andreoli os seus autores. Eles relatam uma experiência em um dispositivo de “continuidade do tratamento” criado em 1982, em Genebra, que é exclusivamente para esquizofrênicos. Andreoli foi o autor do capítulo sobre crise.

²⁰ “Fazer trabalhar” é uma expressão de Jean Laplanche. Contra o “escolismo”, Laplanche propôs fazer trabalhar a Freud, Klein, Ferenczi, Lacan. Não se trata de trabalho *sobre*, é também um movimento interior. Fazer trabalhar Freud é deixá-lo ir até o fim das suas hipóteses, de suas especulações, mas também de suas contradições e aporias.

de risco mais graves em relação à evolução do paciente a longo prazo. O objetivo essencial das intervenções consiste em criar condições de confrontos institucionais com a loucura que levem em conta e apoiem o que esta representa como derrapagem da relação do paciente com o seu “limite” (p. 37).

A crise, nessa linha de raciocínio, implica no encontro do sujeito com o seu limite, o momento em que se perde a suposta unidade, um desabamento interno e externo que anula a possibilidade de resposta, que impossibilita continuar o devir básico da vida. E é o ponto mais singular, próprio, desse sujeito e do seu sofrimento.

A primeira preocupação que Andreoli coloca, é a de prevenir a inclusão da estratégia terapêutica na lógica da barreira ao tratamento que, como contamos, trata-se da reorganização patológica da relação entre o paciente e seu grupo natural, “por causa dos efeitos desorganizadores e/ou reorganizadores manifestados pelas reações com a instituição no momento em que o paciente e sua família são confrontados com uma relação insuportável com a descontinuidade” (Ibidem, p. 38).

O autor nos adverte do cuidado necessário por parte da equipe que tem a tarefa de acolher estas situações, pois esse problema interpessoal geralmente observado no primeiro plano na situação de crise é o que emerge (isso é uma emergência, não a gravidade em si) de uma “ferida narcísica” para o sujeito e seus próximos, fato para o qual a equipe tem que se atentar e proceder com a prudência necessária em função de não agravar a situação. É necessário tomar real dimensão do que ali está acontecendo, tentar estar nos sapatos do outro. Aqui entra a combinação entre a nossa ignorância, nossa posição de aprendizes, que não anula, mas complementa o nosso necessário saber técnico. Pois, com certeza, se for o primeiro encontro, nada saberemos dessa história, mas podemos sim saber que ali todos os processos que levam a reconhecer no outro uma pessoa e a reconhecer-se nele como pessoa via identificação, entre outros, estão profundamente afetados. A loucura e a crise parecem ser facilmente contagiosas, a situação toda pode ainda ser mais alienante, se a equipe – com a melhor intenção de acolher, mas sem o saber para fazê-lo – fica também perplexa e traumatizada pela loucura, diminuindo progressivamente o acolhimento, apoio e suporte que deveria estar

proporcionando.

A correria do dia-a-dia, a excessiva demanda, pode fazer com que seja muito difícil sequer contemplar a possibilidade desse registro do sofrimento do usuário, quanto mais levar em conta que o sujeito tem uma história. “A pessoa, mesmo dissociada permanece uma pessoa, com um nome” (Oury, 1991). Muitas medidas, tomadas “pelo bem deles”, muitas delas legítimas, como observado, podem agravar a situação, já que as dificuldades por parte da equipe para encontrar algum ponto de referência no que a pessoa consegue expressar, da forma que seja, contribuem a reforçá-lo no lugar em que não é possível estabelecer contato algum. Como dissemos, nesta situação, se ninguém investe na história do sujeito, ele não é mais ninguém. Ou, melhor dizendo, é mais uma esquizofrenia, é mais um F vinte e alguma coisa e ainda em crise.

A segunda dificuldade a ser levada em conta também tem a ver com esse encontro. Torna-se necessário reduzir ao máximo as possibilidades de maus entendidos entre equipe e usuário. Ante a desorganização que apresenta um usuário, faz-se necessário tomar atitudes harmônicas – polifônicas, mas harmônicas – pela equipe tratante e para isto é preciso fazer um trabalho mental da própria equipe que muitas vezes não é claro, e que as diferentes alianças, afinidades e/ou diferenças na equipe pode prejudicar.

Esses modos de responder à crise, essa resposta institucional à crise, em geral é inadequada e prejudicial. Esse tecido institucional do qual falamos alguns capítulos atrás, esse acolhimento, no dizer de Oury (1991), que é coletivo na sua textura e não se torna eficaz senão pela valorização da pura singularidade daquele que é acolhido, está ausente. Isto é muito importante desde o primeiro contato do usuário e familiar com o serviço, as triagens devem ser acolhedoras, e não pautadas por protocolos e/ou formulários ministeriais; os responsáveis dessas triagens, e dos tratamentos, devem ser profissionais com a devida capacitação e experiência, e não os menos experientes e/ou estagiários/residentes, mais susceptíveis a apresentar reações de desamparo diante da crise. Esse contexto produz múltiplos desdobramentos, a maioria deles pouco tem a ver com problematizar questões institucionais ou da equipe. A resposta quase automática e quase generalizada é a “contenção” farmacológica maciça e a “observação contínua e

continuada” (controle?) institucional via internação.

A partir dessa situação, estabelece-se uma *espoliação dos modos de representação* com o usuário, as interações são reduzidas ao silêncio, os processos de decisão deixam de ser “consultados” e passam a ser ocultados, a equipe se fecha sobre si mesma, as reuniões de equipe se multiplicam e são intermináveis, às vezes por discussões repetitivas e por casos aparentemente mais difíceis, no melhor dos casos, o assunto é discutido uma ou outra vez em supervisão.

Sônia, Roberta, Sílvio e a maioria dos participantes dos grupos focais ainda estão com receio e com desconfiança porque sabem que, se a crise voltar, eles podem ser internados, eles ficam sozinhos. Se a crise vier, já não podem contar com as pessoas do CAPS. Não seria de grande ajuda “fazer trabalhar” esses assinalamentos e pensar alguma mudança na estratégia terapêutica? De que forma podemos acompanhar esse processo tão difícil, doído – e doído, com certeza! – bem de perto, construindo movimentos para que, quando “o pior” tiver que acontecer, estejamos mais bem preparados. *Fazer a crise mais leve.*

Sabemos que não é simples nem fácil. Aliás, é muito comum que, o fato do paciente entrar em crise, tanto para a equipe e/ou profissional de referência, quanto para a família, seja um indicador de que o tratamento não está dando certo e, por conseguinte, o paciente está pior, um misto de frustração, impotência e angústia.

Todos estes problemas, entendemos que prejudicam a instalação de qualquer aliança terapêutica potente. Conseguindo abrir a possibilidade de instalar essa aliança terapêutica, esta se transforma – ainda no curso da crise – em uma “aliança de trabalho”.

A complexidade é grande, e a gravidade da situação também. Com isto não queremos dizer, por exemplo, que aquelas pesquisas que evidenciam falhas no acolhimento, são também evidência de equipes sem nenhuma possibilidade de aliança terapêutica. Não se trata disso. O que queremos ressaltar é a necessidade de fazê-lo desde o primeiro contato, a necessidade de rediscutir o que é entendido por acolhimento (que é mais do que “tratar bem”) e transformar os modos de exercê-lo. Quando não conseguimos garantir um apoio e um suporte “suficientemente bom”, o fenômeno psíquico fica

reduzido a uma singela descompensação ligada ao acaso e a “crise”, reduzida a um *stress* produto dessa vida líquida.

Portanto, e entendemos importante colocar a ênfase nisto, essa proposta de intervenção em crise não constitui em si o tratamento (Andreoli, p. 41), mas trata-se do trabalho necessário para o estabelecimento de um vínculo com a equipe – ou algum integrante dela – que gere as condições de possibilidade de conduzir a um tratamento. Não quer dizer que sem fazer isto tudo, não haverá vínculo nem tratamento, estamos construindo – a partir de nossos achados de pesquisa e de aportes de outros usuários, familiares, pesquisadores e trabalhadores de saúde – um entendimento do que seja a crise e algumas considerações para possibilitar um desvio (Onocko Campos, 2001).

Por isto entendemos que poder ser importante a idéia de hipótese de crise. O acolhimento, a reconstrução da história, os contatos com equipes de outros serviços, o trabalho com a família, as referências estabelecidas com alguém da equipe, etc. Toda crise tem sua história, sendo primordial percorrer a maior parte dela. Trata-se do trabalho de conhecer a história toda do paciente e da família. Por outro lado, várias vezes dissemos que toda crise é uma defesa. Isto é, toda crise tem sentido. É fundamental escutar, se necessário, tentar mergulhar o mais profundo na história, senão, escutar com atenção, na *espera ativa*.

Aqui nos parece necessário fazer um pequeno parênteses, não para esquecer nada, senão para resgatar algo. Entendemos legítimas as tentativas de estabelecer diferenças na hora da crise, por exemplo, se quem está em crise já é conhecido ou não, se bem não justificamos a negativa do atendimento sob qualquer circunstância. Rapidamente, tenderíamos a achar pertinente arriscar que estas considerações em torno da atenção à crise poderiam se mostrar mais potentes nas primeiras crises em que o serviço acompanha, mesmo que a pessoa tenha tido outras. Se, em uma ou sucessivas crises que acompanhamos alguém, nosso principal objetivo foi abafar a crise, como podemos pretender estabelecer um vínculo, uma aliança forte se, no momento mais difícil, não tratamos a pessoa como sujeito? Por outro lado, não adianta confrontar o ponto de vista do outro, temos que acompanhar, nem negar nem confirmar, mas estar aí, ajudar a

atravessar a *primeira crise juntos*. Esse pode ser um objetivo se não conhecemos a pessoa.

Retomando, durante os primeiros momentos que transcorrem, principalmente, na tentativa de ganhar tempo de interação, é importante na medida do possível não tomar decisões importantes antes de qualquer negociação com os principais interessados. Se pensarmos nas histórias de nossos usuários, isto adquire singular importância. É muito importante também a interação com a família, geralmente já cansados e com pouca reserva subjetiva para lidar com a situação, solicitando muitas vezes intervenções com as que não concordamos, sem poder colaborar em contrato ou projeto algum. As intervenções junto a eles são particularmente importantes, pois enquanto as dificuldades continuam e o tratamento se mostra pouco eficaz, as possibilidades de colaboração da família diminuem. Todas estas situações, por sua vez, podem gerar reações por parte da equipe que é preciso saber controlar. Se todo esse trabalho se vê dificultado, a possibilidade de interação cessa na sua dimensão potencialmente positiva (Andreoli, 1993).

A relação com os medicamentos também muda. Já não será o castigo sabe-se lá por quê, agora o medicamento – e o CAPS – aporta estabilidade, é possível trabalhar. Nas situações de crise muitas vezes é difícil estabelecer qualquer interação com o sujeito, nestes casos, é necessário obter, com ajuda da medicação, algumas mudanças sintomáticas que possibilitem e tornem suportáveis as interações entre a equipe, o paciente e sua família. *Sem os medicamentos seria muito difícil.*

A insistência das dificuldades no desenvolvimento destas ações gerará que a relação entre usuário e equipe não cesse de se reinscrever na repetição, daqui a importância das intervenções com a família, como também do material construído na *hipótese de crise* para tentar reverter a situação.

Contrariamente ao que arriscamos opinar há pouco, agora poderíamos dizer que a tarefa de responder à crise com usuários já em tratamento nos encontra com mais e melhores recursos. Nossos usuários mostraram muito bem que a crise percebe-se, é possível anunciá-la, e nós propomos trabalhar sobre isso. Nossos usuários nos aportam pistas que alguns dos primeiros objetivos seriam: conhecer, apropriar-se da crise e tentar

manejá-la. Outro objetivo pode ser garantir que o sujeito que está ali sofrendo saiba e sinta que não está sozinho, que está bem acolhido e acompanhado, que a sua equipe e profissional de referência são aliados irrestritos para enfrentar a crise. Construir a co-gestão da crise entre usuário, equipe e família, preparando o terreno, e acompanhando a travessia, entendemos que é essa nossa tarefa.

A psicanálise foi o nosso grande pivô para todas estas elucubrações. Porém, esse trabalho – a tese –, não foi feito por psicanalistas, nem é a eles dedicado, se bem que todo mundo está convidado a ler. Adotamos uma atitude orientada pela psicanálise, porém, ninguém precisa ser psicanalista para adotá-la. O convite ao debate é a todo aquele interessado nestes assuntos das respostas sociais à loucura, em especial políticos, planejadores, gestores, trabalhadores, usuários e familiares.

Esses desenvolvimentos até aqui expostos possuem múltiplos desdobramentos com relação à clínica, ao manejo e ao suporte requeridos para a continuidade do tratamento. Não é o nosso objetivo continuarmos com eles, mas sabendo que só introduzimos algumas linhas de pensamento e ação, achamos que estamos contribuindo para com os nossos objetivos: pensar a clínica, a gestão e a organização de serviços substitutivos capazes de sustentar estratégias eficazes de atenção à crise.

Referências Bibliográficas

Amarante P. O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1996, p. 117.

Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007, p. 120.

Amarante P; Torre E. A Constituição de Novas Práticas no Campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. Saúde em Debate. Rio de Janeiro; 2001, 25:26-34.

Amarante P (org.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, SDE/ENSP, 1995.

Andreoli A. Responder à crise: um impasse ou uma abertura na psiquiatria. In: Diatkine R; Quartier-Frings F; Andreoli A. Psicose e mudança. São Paulo:Casa do Psicólogo, 1993; p. 25-46.

Andreoli A. Responder à crise: um impasse ou uma abertura a psiquiatria. In: Diatkine R; Quartier-Frings F e Andreoli A. Psicose e mudança. São Paulo:Casa do Psicólogo, 1993; p. 25-46.

Araujo TC; Moreira V; Cavalcante Junior FS. Sofrimento de Sávio: estigma de ser doente mental em Fortaleza. Fractal, Rev Psicol, Rio de Janeiro, 2008, 20(1):119-128.

Barbour R. Grupos Focais. Trad. Marcelo Figueiredo Duarte. Porto Alegre:Artmed; 2009, 216p.

Basaglia F. A psiquiatria alternativa – Contra o pessimismo da razão o otimismo da pratica. São Paulo : Brasil Debates, 1979.

Basaglia F. A Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática.

Conferências no Brasil. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

Basaglia F. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: Amarante, P. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1994. p.11-40.

Basaglia F. La institución negada. Barcelona: Barral Editores, 1976.

Basaglia FO. Tutela, diritti e disuguaglianza dei bisogni. In: Giannichedda MG; Basaglia FO. (A cura di). Psichiatria, tossicodipendenze, perizia. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio. Milano: Franco Angelli, 1987. p. 38-52.

Bezerra Jr. B. Da verdade à solidariedade: a psicose e os psicóticos. In: Bezerra Jr. B e Amarante P (org.). Psiquiatria sem hospício. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p. 31-37.

Birman J; Costa JF. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: Paulo Amarante (Org.). Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1994, p. 41-71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011, 106p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p.

Campinas, Secretaria Municipal de Saúde. Conheça a Secretaria de Saúde de Campinas [online] 2007 [acesso em 26 fev 2008]. Disponível em: www.campinas.sp.gov.br/saude

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública 2007; 23:2399-407.

Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo:Editora Hucitec; 2003, p. 185.

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE e Onocko Campos RT. (orgs.). Agir em saúde. São Paulo: Hucitec, 1997.

Caplan G. Principios de psiquiatria preventiva. Buenos Aires:Paidós, 1980

Cardoso RL. Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: Cardoso RL. (Org.). A Aventura Antropológica: teoria e pesquisa. Editora Paz,Terra, 1986, p.95-105.

Cardoso L e Galera SAF. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. Rev. esc. enferm.; 2011, 45(1):87-94.

Castel R. Medicina mental e serviço público. Revista da ABP, 3, 28-37, 1980.

Castelão TB; Schiavo MR; Jurberg P. Sexualidade da pessoa com síndrome de Down. Revista de Saúde Pública; 2003, 37: 32-39.

Cavalcanti MT; Dahl CM; Carvalho MCAd e Valencia E. Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro, RJ. Revista de Saúde Pública. 2009;43:23-8.

Corrigan PW; Lundin RK. Don't Call Me Nuts!: coping with the stigma of mental illness. Illinois: Tinley Park, 2001.

Costa MS. Construções em torno da crise: saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades. Arquivos Brasileiros de Psicologia; 2007, 59: 94-108.

Creswell JW. Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Trad. Luciana de Oliveira da Rocha. 2da. Ed. Porto Alegre:Artmed, 2007, p. 248.

Dalmolin BM; Vasconcellos MdP. Etnografia de sujeitos em sofrimento psíquico. Revista de

Saúde Pública. 2008;42:49-54.

Davidson L; Lawless MS; Leary F. Concepts of recovery: competing or complementary? Current Opinion in Psychiatry, New Haven, v. 18, n. 6, p. 664-7, nov. 2005.

Dell'Acqua G; Mezzina R. Réponse à la crise. Stratégies et intentions d'intervention dans le Service Psychiatrique Territorial. Dipartimento di Salute Mentale, Trieste, 1991. (Disponível em: <http://www.triestesalutementale.it>).

Dell'acqua G; Mezzina R. Resposta à crise. In: Delgado J. A loucura na sala de jantar. São Paulo: Ed. Autor, 1991. p. 53-79.

Denzin NK; Lincoln YS. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Trad. Sandra Regina Netz. Porto Alegre:Artmed, 2006, 432p.

Diaz AR. Pesquisa avaliativa em Saúde Mental: a regulação da “porta” nos Centros de Atenção Psicossocial. [Mestrado] Universidade Estadual de Campinas, SP. 2009, p.160.

Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. World Psychiatry, Boston, v. 6, n. 2, p. 68-74, jun. 2007.

Ferigato S; Onocko Campos RT; Ballarin ML. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. Revista de Psicologia da UNESP; 2007, 6(1),

Ferrer AL; Onocko Campos RT. O trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial de Campinas, SP: um estudo hermenêutico- narrativo sobre o sofrimento psíquico dos trabalhadores. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental; 2009, 1(2):9-22.

Figueiredo AC. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. Rev Latinoam Psicopatol Fundam 2004; 7:175-86.

Figueiredo MD; Onocko Campos RT. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. Ciênc. Saúde Coletiva; 2009, 14(1): 129-138.

Foucault M. *Theatrum Philosophicum*. Tradução de Jorge Barreto. São Paulo: Editora Princípio; 1987, p. 81.

Foucault M. *Historia de la locura en la época clásica*. México:Fondo de Cultura Económica, 1967.

Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro:Paz e Terra. 1970, 248p.

Freud S. A organização genital infantil (uma interpolação na teoria da sexualidade) [Edição Eletrônica das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud on CD-ROM]. Rio de Janeiro: Imago; 1999 (1923).

Freud S. Análise de uma fobia num menino de cinco anos [Edição Eletrônica das Obras

Freud S. Dois verbetes de enciclopédia [Edição Eletrônica das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud on CD-ROM]. Rio de Janeiro: Imago; 1999 (1922).

Freud S. Fetichismo [Edição Eletrônica das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud on CD-ROM]. Rio de Janeiro: Imago; 1999 (1927).

Freud S. Neurose e Psicose [Edição Eletrônica das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud on CD-ROM]. Rio de Janeiro: Imago; 1999 (1924 [1923]).

Freud S. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides) [Edição Eletrônica das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud on CD-ROM]. Rio de Janeiro: Imago; 1999 (1911a).

Freud S. O mal-estar na civilização. [Edição Eletrônica das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud on CD-ROM]. Rio de Janeiro: Imago; 1999 (1930).

Freud S. O manejo da interpretação dos sonhos na psicanálise [Edição Eletrônica das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud on CD-ROM]. Rio de Janeiro: Imago; 1999 (1911b).

Freud S. Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa [Edição Eletrônica das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud on CD-ROM]. Rio de Janeiro: Imago; 1999 (1896).

Freud S. Psicologia de grupo e análise do ego [Edição Eletrônica das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud on CD-ROM]. Rio de Janeiro: Imago; 1999 (1921).

Freud S. Sobre o narcisismo: uma introdução [Edição Eletrônica das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud on CD-ROM]. Rio de Janeiro: Imago; 1999 (1914).

Freud S. Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos [Edição Eletrônica das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud on CD-ROM]. Rio de Janeiro: Imago; 1999 (1916).

Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2001; 6:165-82.

Furtado JP; Miranda L. O dispositivo "técnicos de referência" nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 2006, 3:508-524.

Gadamer HG. El estado oculto de la salud. Tradução de Nélide Machain. Barcelona: Gedisa Editorial, 1996. 190 pp.

Gadamer HG. Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Tradução de Flávio Meurer. Petrópolis: Editora Vozes, 1997. 731pp.

Galende E. La crisis del modelo médico en Psiquiatría. Cuadernos médicos sociales 1983; 23:53-60.

Galende E. Psicoanálisis y salud mental. Buenos Aires:Paidós, 1994.

Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1989, p.215.

Giannichedda MG. Sul servizio psichiatrico forte. In: Crepet P; De Plato G; De Salvia D; Giannichedda MG. (A cura di). Fra regole e utopie. Milano: Feltrinelli, 1984, p. 231-238.

Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

Gomes FA et al. Agressividade e agitação psicomotora. In: Quevedo J; Schmitt R; Kapczinski F. Emergências psiquiátricas. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 109-124.

Jardim K; Dimenstein M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. Psicologia em Revista; 2007, 13: 169-190.

Joint Commission on Mental Illness and Health. Action for Mental Health: Final Report, 1961. Basic Books:New York, 1961. Acessado 5/10/2012 in: <http://www.questia.com/read/100859113/action-for-mental-health-final-report-1961>

Kantorski LP; Jardim VdR; Wetzel C; Olschowsky A; Schneider JF; Heck RM; et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. Revista de Saúde Pública; 2009, 43:29-35.

Kantorski LP; Coimbra VCC; et al. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. Ciência & Saúde Coletiva; 2011, 16: 2059-2066.

Kidd PS; Parshall MB. Getting the focus and the group: enhancing analytical rigor in focus group research. Qualitative Health Research; 2000, 10(3): 293-308.

Kitzinger J. Qualitative research. Introducing focus groups. BMJ; 1995, 311(7000): 299-302.

Koppelman NF; Bourjolly JN. Conducting focus groups with women with severe psychiatric disabilities: A methodological overview. Psychiatric Rehabilitation Journal; 2001, 25(2): 142-142-151.

Kristeva J. O gênio feminino: a vida, a loucura, as palavras. Hanna Arednt, Tomo I. Rio de Janeiro: Rocco Editora; 2002.

Krueger RA; Casey MA. Focus Groups: a practical guide for applied research. London:Sage Publications; 2007, 220p.

Lima M; Juca VJ; Nunes MDO e Ottoni VE. Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial. Interface (Botucatu); 2012, 16(41):423-434.

Loch AA et al. O estigma atribuído pelos psiquiatras aos indivíduos com esquizofrenia. Rev. psiquiatr. clín.; 2011, 38(5):173-177.

Lopes TS; Dahl CM; Serpa Jr OD; Leal EM; Onocko Campos RT e Giovanello Diaz AR. O processo de restabelecimento na perspectiva de pessoas com diagnóstico de transtornos do espectro esquizofrênico e de psiquiatras na rede pública de atenção psicossocial. Saúde e Sociedade; 2012, 21(3):558-571.

Maia LC; Durante AMG; Ramos LR. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. Rev. Saúde Pública, 2004, 38(5):650-656.

Malinowski B. Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia. São Paulo: Editora Abril, 1984, p. 424.

Mannoni M. O psiquiatra, seu "louco" e a psicanálise. Rio de Janeiro:Zahar, 1971.

Mari JJ; Jorge MR; Khon R. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: Mello MF; Mello ABF; Khon R. (Org.). Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2007. p.119-141.

Minayo MCS. El desafío del conocimiento. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2004, p. 228.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: Editoras Hucitec - Abrasco; 1993, p. 269.

Miranda L, Onocko Campos RT. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. Cadernos de Saúde Pública. 2010;26:1153-62.

Miranda L, Onocko Campos RT. Narrativa de pacientes psicóticos: notas para um suporte metodológico de pesquisa. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. 2010;13:441-56.

Miranda L; Figueiredo MD; Ferrer AL; Onocko Campos RT. Dos grupos focais aos grupos narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: Onocko Campos et al. Pesquisa avaliativa em Saúde Mental. São Paulo:Aderaldo & Rothschild; 2008, p. 249-77.

Miranda L. Transitando entre o coletivo e o individual: reflexões sobre o trabalho de referência junto a pacientes psicóticos. [Tese Doutorado] Campinas/SP. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 2009.

Moeke-Maxwell T; Wells D; Mellsop GW. Tangata whaiora/consumers perspectives on current psychiatric classification systems. International Journal of Mental Health Systems; 2008, 2(1): 7.

Morgan DL. Focus groups as qualitative research. 2nd Ed. London:Sage Publications, 1997, p.81.

Moura AH. A Psicoterapia institucional e o clube dos saberes. São Paulo:Editora Hucitec, 2003.

Muramoto MT; Mângia EF. A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários de serviço de saúde mental no município de Santo André (SP, Brasil). Ciência & Saúde Coletiva; 2011, 16: 2165-2177.

Nascimento AF; Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. Revista de Saúde Pública. 2009;43:8-15.

National Health Service. Modern standards and Service Models. Mental Health: National Service Framework. London, September, 1999. (Disponível em: http://www.dh.gov.uk/dr_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4077209.pdf). Último acesso em 03 março 2011.

Navarini V; Hirdes A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto & Contexto – Enfermagem*; 2008, 17: 680-688.

Nicácio F; Campos GWS. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*; 2004, 15: 71-81.

Norcio B. Emergency and the PDCS: The Experience in Trieste. Presentation in London, Senate House, march 2002. (Disponível em: http://www.triestesalutementale.it/english/doc/spdc_engl.pdf). Último acesso em 03 março 2011.

Nunes M, Torrenté Md. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43:101-8.

Oliveira DL. The use of focus groups to investigate sensitive topics: an example taken from research on adolescent girls' perceptions about sexual risks. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2011, 16: 3093-3102.

Olschowsky A; Glanzner CH; Mielke FB; Kantorski LP; Wetzel C. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. *Rev. esc. enferm. USP*. 2009; 43(4): 781-787.

Onocko Campos RT e Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2006, 22(5):1053-1062.

Onocko Campos RT, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CAPd. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43:16-22.

Onocko Campos RT. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde Debate* 2001; 25:98-111.

Onocko Campos RT. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde. Uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. Rev. Ciência & Saúde Coletiva; 2005, 10(3): 573-83.

Onocko Campos RT. O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica. São Paulo:Editora Hucitec; 2003b, p. 166.

Onocko Campos RT; Furtado JP; Passos E; Ferrer AL; Miranda L; Gama CAP. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Revista de Saúde Pública; 2009, 43: 16-22.

Onocko Campos RT; Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, 2006, 22(5):1053-1062.

Onocko Campos RT et al. Adaptação multicêntrica de um Guia para a Gestão Autônoma da medicação. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, 2012, 16(43):967-980.

Onocko Campos RT. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Campos GWS. (org.). Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

Onocko Campos RT. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. Physis, 2011, 21(4):1269-1286.

Onocko Campos RT. Sejam heterogêneos: contribuições para o exercício da supervisão clínico-institucional em saúde mental. In: Onocko Campos, RT. Psicanálise & Saúde Coletiva. Interfaces. São Paulo:Hucitec, 2012.

Onocko Campos RT. O planejamento no labirinto. Uma viagem hermenêutica. São Paulo:Hucitec, 2003a.

Oury J. Itinerários de formação. Revue Pratique ; 1991, p. 42-50.

Oury J. O coletivo. São Paulo : Aderaldo & Rothschild, 2009.

Oury J. Thérapeutique institutionnelle. *Encycl Méd Chir. Psychiatrie.* 37930 G 10. 1972.
Acesso 23/10/2012 in: <http://cliniquedelaborde.pagesperso-orange.fr/Auteurs/OURY%20jean/Textes/texte0.htm>

Owen S. The practical, methodological and ethical dilemmas of conducting focus groups with vulnerable clients. *Journal of Advanced Nursing*; 2001, 36(5): 652-658.

Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods.* London:Sage Publications; 1990.

Paulin LF; Turato ER. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 2004, 11: 241-258.

Pelisoli, CL; Moreira, AK. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, Dez 2005, vol.27, no.3, p.270-277.

Pellauer D. *Compreender Ricoeur.* Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2007.

Rechtand M e Leal E. Notas sobre a emergência psiquiátrica. *Cadernos do IPUB*, 2007, 17:20-30.

Ribeiro CP; Hardy E; Ebing EM. Preferências de mulheres brasileiras quanto a mudanças na menstruação. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*; 2007, 29:74-79.

Ridgway P. Restorying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives. *Psychiatr Rehabil Journal*, 2001, 24(4):335-343.

Rotelli F et al. Desinstitucionalização uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In: Nicácio F. (org.). *Desinstitucionalização.* São Paulo: HUCITEC, 1990. p. 17-59.

Ruggeri M; Leese M; Thornicroft G; et al. Definition and Prevalence of Severe and Persistent Mental Illness. *Br J Psychiatry*, 2000; 177:149-155.

Santé Canada. Systemes d'intervention en cas de crise et services d'urgences psychiatriques, Section I.. Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale. Examen de la documentation. Publications, Santé Canada, 1997. (Disponível em: http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/pubs/bp_review/pdf/f_revsec1-2.pdf). Último acesso em 03 março 2011.

Schmidt MB, Figueiredo AC. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 2009,12:130-40.

Schmidt M; Figueiredo AC. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., 2009, 12(1):130-40.

Schreber DP. Memórias de un enfermo nervioso. Buenos Aires:Perfil, 1903/1999.

Schulze B; Angermeyer M. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. Social Science & Medicine, 2003, 56:299–312.

Sharan P, Levav I, Olifson S, Francisco A, Saxena S, eds. Research capacity for mental health in low- and middle-income countries: Results of a mapping project. Geneva, World Health Organization & Global Forum for Health Research, 2007.

Silva Jr. AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: ABRASCO/São Paulo: Editora Hucitec; 2004. p. 241-57.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

Soares CB; Reale D; Brites CM. Uso de grupo focal como instrumento de avaliação de programa educacional em saúde. Rev. Esc. Enf. USP; 2000, 34(6):317-22.

Souza PJ. Serviço de urgência psiquiátrica de Belo Horizonte. In: Nilo K; Morais MA; Guimarães MB; Vasconcelos ME; Nogueira TG; Abou-Yd M. Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: O cotidiano de uma Utopia, 2008, p. 111-127.

Surjus LTL; Onocko Campos RT. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental; 2011, 14: 122-133.

Test MA; Stein LI. Community Treatment of Chronic-Patient - Research Overview. Schizophrenia Bulletin, 1978, 4(3): 350-364.

THE SAINSBURY CENTRE FOR MENTAL HEALTH. Keys to Engagement: Review of care for People with Severe Mental Illness who are hard to Engage with Services. The Sainsbury Centre for Mental Health, London, June 2002. (Disponível em:<http://www.scmh.org.uk/pdfs/briefing1.pdf>) último acesso em 04 de Março 2011.

Togni L; Onocko Campos RT. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental; 2011, 14(1): 122-133.

Tranulis, C, Corin, E e Kirmayer, LJ. Insight and Psychosis: comparing the perspectives of patient, entourage and clinician. Int J Soc Psychiatry, 54: 225, 2008.

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Revista de Saúde Pública; 2005, 39: 507-514.

Vasconcelos E. Crise mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país. 3.o Congresso Brasileiro de Saúde Mental. ABRASME, Fortaleza. Jun/2012.

Viganó C. A construção do caso clínico em saúde mental. Psicanálise e Saúde Mental

Revista Curinga, 1999, 13:50-9.

Viganó Carlo. Avaliação e evidência clínica na saúde mental. Rev. Latinoam. Psicopatol. fundam., 2010, 13(3):469-481.

Volpe FM; Silva EM; Carmo LS; Santos TN. Perfil da clientela atendida em um serviço público de urgência psiquiátrica no município de Belo Horizonte, Brasil, no período de 2002 a 2007. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2010; 59: 203-209.

Westphal MF. Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista. São Paulo, 1992. Tese (Livre docência em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

Westphal MF; Bógus CM, Faria MM. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol. Oficina Panam 1996; 120 (6):472-481.

Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. Texto & Contexto - Enfermagem. 2004;13:543-8.

Wetzel C; Kantorski LP; Olschowsky A; Schneider JF; Camatta MW. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. Ciênc. saúde coletiva; 2011, 16(4): 2133-2143.

Whitley R, Crawford M - Qualitative Research in Psychiatry. Can J Psychiatry; 2005, 50(2): 108-114.

Willrich JQ; Kantorski, LP; Chiavagatti FG; Cortes JM; Pinheiro GW. Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. Physis: Revista de Saúde Coletiva; 2011, 21: 47-64.

Winnicott D. Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting psicanalítico. In: Winnicott D. Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1954/1978.

Winnicott D. Variedades clínicas na transferência. In: Winnicott D. Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1955/1978.

Anexos

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – USUÁRIOS

Você foi convidado para participar do projeto *“Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário”*, que será realizado através de uma parceria entre o Instituto de Psiquiatria da UFRJ, a Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e a Faculdade de Medicina da UFBA. Este projeto será realizado com usuários atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Rio de Janeiro, Campinas e Salvador e psiquiatras que trabalhem na rede de CAPS de cada cidade e tem como objetivo avaliar se o conhecimento da experiência vivida do portador de Transtorno Mental pode informar ou modificar o conhecimento técnico do psiquiatra e avaliar se o conhecimento técnico do psiquiatra pode modificar a dimensão da experiência subjetiva.

Você pode aceitar ou não a participar deste estudo. Caso você aceite participar, você irá fazer parte grupos de discussão, que serão realizados em quatro tempos ao longo de 8 meses e têm a duração de aproximadamente 1:30. Nesses grupos serão discutidas as seguintes temáticas com usuários e psiquiatras, respectivamente: **a) antecedentes; b) momento da crise; c) restabelecimento** e o processo de construção do diagnóstico: **a) diagnóstico e b) tratamento**. Esses grupos serão coordenados pela equipe de pesquisa, responsável por fazer anotações e gravação em áudio das discussões.

A sua participação é muito importante. Desta maneira você estará contribuindo para o avanço do conhecimento científico, para a formação dos profissionais de saúde, para a melhoria da assistência psiquiátrica e para maior informação dos usuários dos serviços de saúde mental. A sua participação pode suscitar o aparecimento de algum desconforto. Caso você não queira mais continuar a participar, você poderá sair do estudo e retirar seu consentimento a qualquer momento sem prejuízo ao seu tratamento. Para minimizar o possível risco de uma situação de desconforto, a equipe de pesquisa se colocará disponível e participará das reuniões de equipe do seu local do CAPS onde você está em atendimento. Contaremos também com o suporte da equipe responsável pelo seu tratamento.

Você poderá obter todas as informações que quiser sobre este estudo e pela sua participação você não receberá qualquer valor em dinheiro nem terá qualquer responsabilidade com as despesas necessárias para a realização deste estudo.

Você terá a nossa garantia de que a sua identidade será mantida como informação confidencial e as informações por você fornecidas, registradas através de anotações e gravação em áudio, serão utilizadas somente para fins acadêmicos, ou seja, para uso em estudo e debates em sala de aula, apresentação em palestras, congressos e publicação em livros e revistas dirigidos a profissionais de saúde.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____,

portador do documento de identidade nº _____, expedido pelo órgão _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo no qual estou participando. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o meu atendimento. Sei que as informações que darei e a minha imagem serão divulgadas para estudantes e profissionais de saúde. Sei que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar e confirmo ter recebido cópia desse documento por mim assinado.

Rio de Janeiro, ____/____/____

(Assinatura do voluntário ou seu responsável legal)

Impressão dactiloscópica (p/analfabeto)

(Assinatura do pesquisador responsável)

Coordenador da pesquisa: Prof. Octavio Domont de Serpa Junior

Telefone para contato: 8112-7240

E-mail: domserpa@gmail.com

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do IPUB/UFRJ – Av. Venceslau Brás, 71 – fundos- botafogo, Rio de Janeiro, RJ . Tel: 2295-2549

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da SMSDF/RJ – Rua Afonso Cavalcanti, 455 sl 601, Cidade Nova, Rio de Janeiro. Tel: 2503-2024

Anexo II

Roteiro para grupo focal

Os eixos temáticos a serem abordados nesse tempo do grupo são:

a) Antecedentes:

Diz respeito ao momento anterior ao adoecimento ou à primeira crise. Utilizaremos o início do tratamento como marco temporal para facilitar a localização das primeiras experiências e sinais de adoecimento, como, por exemplo, a vivência de estranhamento do mundo. Caberá ao mediador do grupo o cuidado para estender a explicitação da experiência dos participantes rumo a um passado que em muito costuma anteceder o início do tratamento e mesmo o desencadeamento de uma primeira crise psicótica. Deve-se, aqui, buscar explicitar como era a vida dos participantes antes do início do tratamento através das possíveis perguntas: (As perguntas que se seguem servem como um guia para uma sondagem abrangente da experiência dos participantes que deve ser feita pelo moderador. Não se trata de um roteiro semi-estruturado de questões que devem ser necessariamente formuladas, obedecendo uma sequência pré-determinada. As perguntas recobrem a abrangência do campo de informações que buscamos. Sendo assim, embora cada pergunta não precise ser, como tal, formulada, as respostas devem ser, entretanto, buscadas.)

Você notava algo que o diferenciava do modo de ser e viver das pessoas que o cercavam?

Você percebia que se passava algo de estranho com você e seu corpo? O quê? Como?

Você percebia alguma coisa diferente em seu modo de ver a vida, de se relacionar com as pessoas, de pensar, de sentir?

Como era a sua vida antes do início do tratamento? E depois?

b) Momento da crise:

O momento da crise refere-se a algum episódio de ruptura/mudança no modo como a pessoa experimenta o mundo e a si mesma. O mediador do grupo deve procurar obter narrativas que abordem as circunstâncias de vida e/ou eventos concomitantes ao desencadeamento da(s) primeira(s) crise(s). Deve também observar se o termo “crise” é utilizado pelos participantes. Caso haja outros termos que expressem a mesma idéia recomenda-se que o mediador utilize as expressões empregadas pelos participantes. O mediador deve procurar saber:

O que é crise para você?

Você já passou por alguma crise? O que estava acontecendo na sua vida nessa época? A sua maneira de ser, de sentir e de se relacionar com as pessoas se torna diferente do habitual nos períodos de crise?

Como você vive a experiência da crise? Como você se percebe quando está em crise? Como percebe o mundo?

Você consegue sentir sinais antes da crise se manifestar?

Como é a sua vida quando está em crise? Como você lida com essa situação?

Você procurou ou lhe foi oferecido algum tipo de ajuda neste momento? De que tipo?

Como você recebeu esta oferta de ajuda?

Você procurou ajuda de um psiquiatra? Alguém sugeriu que você o fizesse? Como recebeu esta sugestão? Que tipo de ajuda o psiquiatra ofereceu para você? Esta ajuda contribuiu para você compreender melhor o que estava se passando?

c) Restabelecimento (recovery)

O restabelecimento refere-se ao processo do sujeito de tornar a habitar a própria existência no período posterior à crise e instalação do transtorno mental. O moderador deve, aqui, buscar a explicitação da experiência de se refazer depois do processo de desmoronamento psicótico, os recursos empregados, o que favoreceu a melhora, o que dificultou etc.:

(As perguntas que se seguem servem como um guia para uma sondagem abrangente da experiência dos participantes que deve ser feita pelo moderador. Não se trata de um roteiro semi-estruturado de questões que devem ser necessariamente formuladas, obedecendo um sequência pré-determinada. As perguntas recobrem a abrangência do campo de informações que buscamos. Sendo assim, embora cada pergunta não precise ser, como tal, formulada, as respostas devem ser, entretanto, buscadas)

O que mudou na sua vida após a primeira crise? O que mudou na forma como você se vê? E na sua vida familiar, profissional, escolar, afetiva e, espiritual?

Algo mudou na forma como as pessoas (familiares, amigos, vizinhos etc.) se relacionam com você?

Você se sentiu mais distante das pessoas? Você sentiu q as pessoas se distanciaram de você?

Que tipo de atividade/situação/pessoa faz(ia) você se sentir melhor? Que tipo de atividade/situação/pessoa que faz(ia) você se sentir pior?

Como seus amigos e familiares lidam com o seu problema?

Como é a sua relação com os outros usuários?

E com os profissionais?