



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas “Zeferino Vaz” Departamento de Medicina
Preventiva e Social

ELOÁ ULLIAM

**Intercruzando portarias ministeriais e sujeito: Que atenção
a crise queremos construir?**

Campinas, SP - 2015

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas “Zeferino Vaz” Departamento de Medicina
Preventiva e Social

ELOÁ ULLIAM

Intercruzando portarias ministeriais e sujeito: Que atenção a crise queremos construir?

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental na Saúde Coletiva como condição parcial para o título de especialista em saúde mental, sob orientação de Ellen Ricci e Bruno Emerich e supervisão de Rosana Onocko Campos.

Campinas, SP – 2015

Agradecimentos:

Foram inúmeros bons encontros por essa minha caminhada de dois anos de formação...

Mãe e Papi... sem vocês nada disso teria sido possível!

Clara... você é minha força, traz luz, traz arte, traz amor!

Amigos... as segundas feira, e os encontros extras curriculares, tinham o poder de apaziguar os conflitos e foram essenciais!

As arteiras pirofagícas... fazer arte com vocês foi mais gostoso!

A Marcela... por me esperar para entrar e me acolher com olhares quando era necessário!

As melhores preceptoras da vida... Ana e Elvira, vocês foram mais do que preceptoras, foram sabedoria, foram orientação, foram parceiras, foram amigas, foram AFETO!

A minha preceptora Júlia... que em um ano contribuiu muito para o meu crescimento!

A Marina... que me permitiu experimentar um pouco de uma gestão criativa, que caminha ao lado do usuário. Porque nada está dado!

Ao meus amigos de sotaque especial que me acolheram e me mostraram como é bom estar aberto para a vida... Luiza, Giovana, Renata, Flaviano, Vinicius, George e Gotama. (Entre vários outros, porque se existe povo acolhedor esta no Nordeste!)

As várias equipes por onde passei, que me acrescentaram e me respeitaram... CAPS David, CECCO Tear das Artes e Casa de Cultura Andorinhas e Núcleo de Oficinas e Trabalho.

Agradeço aos meus supervisores... Bruno, Ellen e Rosana... Foi uma honra compartilhar esses dois anos com vocês, e é uma honra levar um pouco de cada um comigo... obrigada pelas acolhidas, pelos toques e pelos puxões de orelha.

E agradeço imensamente a todos os sujeitos que me permitiram estar ao lado e compartilharam comigo, histórias, dificuldades, desejos e medos... não são usuários, são protagonistas de suas vidas e que muito acrescentaram na minha vida!

Resumo:

Esse trabalho, é referente a conclusão de minha caminhada de formação no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, UNICAMP. O que se coloca vai ao encontro de alguns questionamentos que se construíram ao longo de dois anos de atuação na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), principalmente pela vivência do acolhimento e cuidado à crise em um CAPS III do município de Campinas, SP.

Apresenta-se para a discussão, sem a pretensão de esgotá-la, o acolhimento à crise em um serviço estratégico da Rede de Atenção Psicossocial, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Traz-se para a discussão a portaria que rege os Centros de Atenção Psicossocial e principalmente o processo de trabalho em um CAPS III, no qual pude acompanhar a equipe no âmbito da assistência e também da gestão.

A partir da minha experimentação, questiono se não seria o momento de re-pensar e re-inventar a estrutura da rede e o processo de trabalho para o acolhimento a crise.

Para isso retomarei um pouco da história da reforma psiquiátrica brasileira, as leis e portarias que surgiram decorrentes dessa reforma e a partir do conceito de desinstitucionalização estruturarei algumas questões relacionadas ao acolhimento à crise, pensando na dimensão técnico-assistencial e focando no serviço estratégico da Rede de Atenção Psicossocial, o CAPS.

Busco dar luz a discussão se a conformação e estruturação dos nossos serviços territórios e da equipe que o compõe, vão de fato ao encontro das demandas do sujeito, ou se esbarram em barreiras macro e micropolíticas.

Se a reforma psiquiátrica almeja para além da desospitalização, construir um novo lugar social para a loucura e o sujeito em sofrimento psíquico, me parece ilógico continuarmos o processo de desinstitucionalização e construção de uma política de saúde mental sem colocar na discussão o sujeito que experimenta a crise.

Palavras Chaves: acolhimento a crise; serviço substitutivo; reforma psiquiátrica; desinstitucionalização.

Introdução:

O processo da reforma psiquiátrica no Brasil começou a se desencadear no final dos anos 70, a partir de influências da reforma sanitária. Em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) protagonizou a luta pela reforma no modelo assistencial, denunciando condutas desumanas tomadas dentro dos hospitais psiquiátricos. (AMARANTE, 2007)

O MTSM adotou em seu II Congresso Nacional o lema “Por uma sociedade sem manicômios” e a partir daí iniciou-se um processo de intervenção.

No ano de 1989, deu entrada no Congresso Nacional o projeto de lei que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, essa lei foi sancionada em 2001, como Lei Federal 10.216, que redirecionaria a assistência em saúde mental (BRASIL, 2005).

Na década de 90, após a Declaração de Caracas, que se propôs a reestruturar a atenção psiquiátrica, começam a surgir os primeiros serviços territoriais, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia, além de normas para fiscalização dos hospitais psiquiátricos.

O primeiro CAPS brasileiro, surgiu na cidade de São Paulo, em 1987, o “Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira”(BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica consolidou-se como política de governo no ano de 2001 com a “III Conferência Nacional de Saúde Mental”, nesse mesma conferência o CAPS ganha papel estratégico na mudança do modelo assistencial, que antes era em sua maioria hospitalocêntrico e medicalizante (BRASIL, 2005).

A lei 10.216, não dispõe claramente sobre o processo de desinstitucionalização, o que só vem a ocorrer nos dias de hoje com a portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014, que institui os custeios para um programa de desinstitucionalização que irá se integrar as estratégias de desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial. (BRASIL, 2014)

Atualmente, o cenário que se pinta é a construção de uma rede de atenção a saúde mental, a RAPS, Rede de Atenção Psicossocial, definida pela portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011), e a progressiva extinção de leitos em hospital psiquiátrico.

Os Centros de Atenção Psicossocial se colocam na RAPS como serviços substitutivos estratégicos no cuidado de sujeitos em sofrimento psíquico e também de acolhimento aos momentos de crise, e são definidos pela portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que rege legalmente o seu funcionamento e prevê suas atribuições legais. (BRASIL, 2002)

No primeiro artigo da portaria, se estabelece as modalidades de CAPS, que se distinguem por porte, complexidade e abrangência do município.

Visto que a loucura não consegue seguir um horário cronológico, não deveríamos pensar em dispositivos e/ou arranjos na rede que pudessem acolher a crise, levando em consideração o território, o vínculo, cujas portas estariam abertas 24 horas?

Mas, estar aberto 24h a loucura, implica muito mais que uma abertura física, significa uma equipe multiprofissional disposta a acolher o sujeito em crise a qualquer momento.

Defendemos neste novo modelo o acolhimento à crise com atenção interdisciplinar, a não fragmentação do sujeito e várias maneiras de se olhar para o sujeito em intenso sofrimento psíquico.

Esse trabalho, focará na atenção a crise no período noturno, no qual as equipes são reduzidas e muitos serviços optam por uma equipe que trabalha exclusivamente a noite composta por uma única categoria profissional, a enfermagem.

Se pensarmos o momento de crise para além do intenso sofrimento psíquico e considerarmos também como um momento de mudança, de ressignificações, porque uma equipe fixa a noite para acolher a crise?

Nesses momentos de crise o vínculo que já existe pode se ressignificar e se fortalecer, ou o vínculo que ainda não existe pode surgir. Pode ser no período noturno de um serviço 24h, que costuma ter seus dias sempre atravessados por várias intercorrências, que o sujeito em crise consiga de fato se colocar e dizer sobre o que está vivendo.

Então, não faz mais sentido para a clínica, para o cuidado, um profissional que conhece o sujeito fora da crise, também o acolher na crise?

Desenvolvimento:

Desde que a sociedade nomeou a loucura, essa já foi tratada de várias maneiras. Em seus primórdios ser louco era sinônimo de periculosidade, com o advento da cientificidade e da classe médica a loucura deixou de ser cuidada como questão de segurança e passou a ser cuidada pela sabedoria científica, que a nomeou como uma doença, passível de cura. Ambas as concepções ainda são muito presentes na sociedade, contudo, atualmente, a loucura caminha para deixar de ser vista como uma entidade e passa a ser entendida como uma questão do sujeito inscrito em uma sociedade e cultura, onde estabelece relações. (ANDREOLLI, 1993)

Quando Basaglia, traz a tona a questão social envolvida no enclausuramento da loucura, ele busca trazer os sujeitos excluídos para ocupar um outro lugar que não o da repressão, mas o da ação, o da voz que pode modificar.

“O fato é que essas pessoas tentaram a reintegração social, conosco, com a sociedade e a comunidade. [...] a classe operária estava destinada a entrar num manicômio caso adoecesse. Se essa classe tomar para si a responsabilidade da gestão da saúde, poderemos ver claramente como a situação muda.” (BASAGLIA, APUD FERREIRA, 2012, P.20)

A Itália, se posicionou de forma crítica e de enfrentamento ao modelo manicomial, começando a pautar seu cuidado balizados por que Franco Basaglia defendia, que seria a desalienação asilar e a inserção no espaço social, busco desmistificar o imaginário social do louco da época. (FERREIRA, PADILHA E STAROSKY, 2012)

O Brasil alguns anos depois, vai seguir a mesma linha da Psiquiatria Democrática Italiana, buscando o cuidado em liberdade, resgatando a autonomia, o protagonismo do sujeito e um cuidado à crise que respeite ao máximo as relações que constituem a vida das pessoas.

Então, a intenção da Reforma Psiquiátrica brasileira é extinguir os hospitais psiquiátricos aos poucos, sem causar desassistência e também construir um novo lugar social para a loucura e para o sujeito que a experiência.

Considera-se que não se deve enclausurar a loucura, mas conviver com a diferença que ela traz. Busca-se um novo modelo de cuidado, um modelo de cuidado em saúde mental, um modo de Atenção Psicossocial. (COSTA-ROSA, LUZIO E YASUI, 2003)

A Atenção Psicossocial, pode ser entendida como um paradigma transformador da Reforma Psiquiátrica. (YASUI, 2009)

“É no cotidiano que a Atenção Psicossocial inventa permanentemente as suas ações, que se produzem os encontros com o drama do existir, que se constroem estratégias de cuidado, que se organizam modos de habitar o mundo. Esta arte do cuidar, que se concretiza na produção constante, no fazer acontecer, produz relações sociais norteadas pelos valores da solidariedade, coletivização, criando resistência à conformação, à mesmice.” (YASUI, p. 06, 2009)

Paulo Amarante, em seu livro Saúde Mental e Atenção Psicossocial, diz que quando falamos em saúde mental, falamos em algo mais amplo do que a psiquiatria. A psiquiatria tende a se fechar em um saber, na psicopatologia, na dicotomia saúde doença. A saúde mental se abre para vários saberes, inclui outros aspectos que não só a saúde, mas a cultura, a sociedade e busca acabar com uma única verdade, passa a trabalhar com complexidades e transversalidades. (AMARANTE, 2007)

Pensando assim, o cuidado em saúde mental não deve se restringir apenas à uma instituição total ou a outra instituição que limite o sujeito a um único espaço, grupo e conjunto de regras. O cuidado em saúde mental deve se dar no território, onde se perpassam distintos cenários e vários tipos de subjetividade.

A Rede de Atenção Psicossocial, RAPS, segue as diretrizes do SUS, de acesso universal, integralidade no cuidado, equidade, descentralização política-administrativa e o controle social das ações, e é uma aposta para a consolidação da reforma psiquiátrica. É instituída pela Portaria/GM Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, se constitui por diferentes serviços, os Centros de Atenção Psicossocial, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Hospitais Gerais, Serviços de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório e pela Atenção Básica (UBS, USF, Consultório na Rua).

Contudo, quando se propõe um novo modelo de cuidado, entende-se que a atenção ao sujeito em sofrimento psíquico ultrapassa os muros dos serviços de saúde e se articula com outras instituições, com a cultura, com a cidade e seus habitantes, então muito mais que uma rede de serviços, é necessário uma articulação de uma rede social.

Atualmente, foi sancionada uma portaria que visa acelerar o processo de desinstitucionalização no Brasil, se trata da portaria nº2.840, de 29 de dezembro de 2014, que cria e custeia um programa de desinstitucionalização.(BRASIL, 2014)

Esse, integrado a outros componentes já implantados, de desinstitucionalização da RAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta Para Casa, busca garantir as pessoas com histórico de longos períodos de internação, o

acompanhamento no território, garantindo seus direitos, promovendo autonomia e buscando a inclusão social.

O programa de Desinstitucionalização tem como objetivo apoiar e desenvolver estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, para isso cria-se uma equipe que atuará junto aos hospitais psiquiátricos visando ações para dentro do hospital de, promoção de autonomia, direitos, contratualização, articulação com familiares, almejando a desinstitucionalização. Essas equipes também podem atuar em pontos de atenção da RAPS, complementando e contribuindo para reabilitação psicossocial de sujeitos egressos de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2014)

A política de desinstitucionalização, compreende o sujeito em sua integralidade e complexidade. Desinstitucionalizar é para além do fechamento de hospitais psiquiátricos, busca um outro lugar para a loucura e o sujeito, um cuidado que não se restringe a uma doença e a um corpo.

“Trata-se de um exercício cotidiano de reflexão, e crítica sobre os valores estabelecidos como naturais ou verdadeiros, que diminuem a vida e reproduzem a sociedade excludente na qual estamos inseridos. É uma discussão permanente que deve estar presente, alicerçando as diversas propostas de políticas e práticas em saúde.” (ALVERGA E DIMENSTEIN, 2006, p.63)

Então, desinstitucionalizar significa buscar um outro modo de estar na vida e de cuidado do sujeito em sofrimento psíquico, que se relaciona e está inserido em uma sociedade.

Com essa idéia de cuidado, uma instituição que trabalha com a cura se mostra impotente. A proposta de uma rede de cuidados, vai ao encontro dos conceitos de produção e transformação de vidas, um caso complexo em saúde mental não precisa de uma internação que enclausura, mas de uma rede de serviços articulada, que lhe dá apoio, antes, durante e depois de uma crise, que o ajuda em ressignificações, a formar e a manter vínculos, a eliminar estigmas e preconceitos

São vários os desafios da gestão de uma Rede de Atenção Psicossocial, e o seus avanços abrangem vários campos sociais: o campo teórico conceitual no qual está envolvida a desconstrução e reconstrução dos saberes em psiquiatria; o campo técnico-assistencial, ligado a criação de serviços, e a assistência; o jurídico-político

que diz respeito a cidadania; e o sociocultural, que lida com o imaginário social referente à loucura, buscando transformá-lo. (AMARANTE, 2007)

Sabe-se que esses campos se perpassam e estão ligados entre si, e que a Reforma só sustenta sua caminhada através da união dessas bases. Não é irrelevante, a questão da relação subjetiva com a loucura, ou seja, não é apenas nos níveis administrativos, financeiro e organizacional que se encontrará o sucesso da reforma psiquiátrica, existem muitos “manicômios mentais” (PELBART, 1989), que precisam ser trabalhados pelo processo da reforma, ou seja, além de tirar os loucos da corrente, como fez Pinel em 1793, atualmente precisa-se tirar as correntes do olhar para a loucura, ligada ao erro, a periculosidade e a alienação. (ALVERGA E DIMENSTEIN, 2006)

O foco desse trabalho está no campo técnico-assistencial, propondo uma discussão referente aos serviços territoriais, o acolhimento a crise e o processo de trabalho.

Os Centros de Atenção Psicossocial, CAPS, se colocam estrategicamente nessa rede, são instituições emblemáticas no sentido de que são serviços pensados para acolher o sujeito em sofrimento psíquico de acordo *com sua demanda*, inclusive em momentos de crise, e também articular a rede de cuidado e de apoio a esse sujeito.

São serviços portas abertas da rede pública de saúde, devem ser territorializados, buscando sempre a interlocução com a comunidade a sua volta fazendo uma inserção contínua e bilateral da comunidade com a loucura. (BRASIL, 2005)

As atividades pensadas devem possuir finalidade terapêutica. O acolhimento deve ser singular, no sentido de pensar as especificidades de cada caso, para isso, lança-se mão do dispositivo do Projeto Terapêutico Singular, PTS, que é pensado respeitando os desejos, as potencialidades e as limitações de cada pessoa. Este projeto não está restrito ao interior de um CAPS, mesmo porque, é papel do CAPS articular serviços, dispositivos da comunidade e o apoio familiar, de modo que a atenção a esses sujeitos que carregam consigo um histórico de estigmatização, não se pautem em estereótipos, mas na criação, na escuta, na observação e na coragem de apostar.

Os CAPS são estabelecidos em modalidades distintas de acordo com Portaria/GM Nº336 de 19 de fevereiro de 2002. Eles se dividem em CAPS I, II e III, CAPS I (Infanto-Juvenil) e CAPS AD (Ácool e Drogas) que também pode ser III.

Nesse trabalho, o foco está na divisão dos CAPS nas modalidades I, II e III.

O que define a modalidade de CAPS a ser implantada é o número de habitantes.

- CAPS I: população entre 20.000 e 70.000 habitantes;

- CAPS II: População entre 70.000 e 200.000 habitantes;
- CAPS III: população acima de 200.00 habitantes;

O funcionamento no que tange a estrutura, e complexidade dos serviços não se mantêm a mesma, varia de acordo com essas modalidades.

Gostaria de chamar atenção especial para o horário de abertura dos serviços. E a composição de equipe, que a portaria prevê para os períodos de acolhimento noturno a crise.

- CAPS I: Funciona no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana.
- CAPS II: Funciona no período de 08 às 18 horas, em 02(dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno de funcionamento até as 21 horas.
- CAPS III: Funciona 24 horas, diariamente, incluindo feriados e finais de semana. Acolhimento noturno com 03(três) técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, sob supervisão de enfermeiro do serviço e 01(um) profissional de nível médio da área de apoio (técnico/auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão)

(DADOS RETIRADOS DA PORTARIA/GM Nº 336 – DE FEVEREIRO DE 2002)

Contudo, cita-se em portaria que independente de sua modalidade, o CAPS deve estar capacitado para realizar atendimentos a pessoas com transtornos mentais severos, ou seja, psicóticos e neuróticos graves. (BRASIL, 2002)

Além disso, segundo o artigo 5º dessa mesma portaria, os CAPS independente de sua modalidade, tem de estar preparado para atender em regime intensivo, semi intensivo e não intensivo.

Como descrito em paragrafo único desse artigo, entende-se por intensivo, pacientes cujo quadro clínico exigem acompanhamento diário. Porém, quando se divide o funcionamento dos CAPS em modalidade, tira-se o direito de um usuário, que decorrente do seu quadro clínico necessita de acompanhamento diário, semanalmente, inclusive noturno e aos finais de semana, de poder estar no serviço que lhe é de referência.

Em relação à atenção ao sujeito em sofrimento psíquico, e a clínica inserida nesse cuidado, o tamanho da equipe e o horário de atendimento dos serviços são um diferencial, que não deveriam ser pré estabelecidos pelo número populacional de um município.

Quando a política da reforma psiquiátrica propõe serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e pensa em um CAPS como serviço estratégico entende-se que esse serviço deve estar aberto a loucura com todas as suas complexidades, mas isso não é levado em consideração quando se coloca para um CAPS horários reduzidos, busca-se com isso inserir a loucura em um horário cronológico que ela não consegue se inserir, a crise não escolhe e não possui hora. Como pode um encontro que deveria ser continente a crise possuir horários restritos?

Falamos de outro tempo, o tempo da não representação, que não está inscrito no tempo da história, o tempo singular, o “Tempo do Traumático”.

“Traumático, portanto, passa a ter sentido de acontecimento, um acontecimento que transtorna as relações do tempo habitual, mas que por outro lado, afirma o tempo de um modo especial.” (KNOBLOCH, 1998, p.123)

Se o que é colocado em jogo é o tempo cronológico, vamos ao encontro da cronificação e a “manutenção” do sujeito, sem investir em possibilidades criativas de transformação e resignificação. (KNOBLOCH, 1998)

De fato, na teoria, o CAPS não está sozinho no acolhimento a crise, conta-se com serviços de urgência e emergência, e também com a possibilidade de internações em leitos psiquiátricos em hospitais gerais, mas o cuidado em saúde mental se pauta no vínculo, que é construído em um serviço que acompanha o usuário no seu cotidiano, e não só nos seus momentos de sofrimento agudo.

Além disso, é dado, a partir de vivências, que a articulação entre os serviços não se dá de forma coordenada e sem fragmentação, de modo que a rigidez da rede, as idas e vindas do sujeito, acabam por não resolver a questão do sujeito e direcionando o cuidado para a “emergência da crise” que seria, o olhar para a crise pensando em taponar seus sintomas. (DELL’ACQUA E MEZZINA, 1988).

Se almeja-se desvincular a loucura da categoria “doença”, que leva a exclusão, a internação e ao estigma, precisa-se sedimentar o cuidado no território, conviver com a loucura, e para isso é preciso apostar em um CAPS que tenha possibilidades e se organize de modo a ir ao encontro da loucura e acolhe-la quando for necessário.

Quando a modalidade do CAPS se dá por critérios populacionais, ela não promove uma atenção em saúde igualitária e nem equânime, como previsto no SUS, ou seja, não promove um cuidado que considera as diferenças e as demandas distintas de cada

sujeito. A periodicidade, e a intensidade de um acompanhamento em saúde mental, tem de ser pensada clinicamente, tem de ser ditada pela complexidade do caso e não pelo número populacional. Os serviços não tem de ser homogêneos, devem ser heterogêneos na maneira de se acolher o sujeito da crise, mas homogêneos nas suas possibilidades de fazer isso.

Essa minha reflexão está diretamente relacionada a minha experiência enquanto estagiária, em um CAPS I de um município com aproximadamente 39 mil habitantes, nos anos de 2011 e 2012, cuja RAPS ainda não estava estruturada e contava apenas com um CAPS I e a atenção básica não se apropriava dos casos de saúde mental.

“J. com aproximadamente 30 anos, estava inserido nesse serviço, dizia fazer parte do PCC e ser amigo pessoal de Marcola, se colocava de maneira onipotente em quase todas as suas relações, fazia uso de drogas diariamente, e sempre se metia em brigas. Em uma dessas brigas quebrou o vidro de uma loja e acabou sendo internado por ordem judicial. Alguns meses antes de sua alta, a equipe, na época com seis profissionais, articulava o retorno de J. para o convívio social, o investimento foi grande, foram até sua casa, recuperaram móveis, conversaram por vezes com a família, que era pouco continente, se preocuparam em espalhar pelas paredes do CAPS algumas letras de música e desenhos produzidos por ele, para que lhe fosse familiar e o visitavam semanalmente. Na sua alta, se articularam para ir busca-lo, contudo, notava em todas as reuniões de equipe as pessoas inquietas e se questionando, como seria as noites e os finais de semana caso J. precisasse de um suporte. O medo, muitas vezes não nomeado e reconhecido daquela equipe, era que em momentos em que J. não tivesse a quem, ou onde recorrer se envolvesse novamente em uma confusão e retornasse a internação por ordem judicial por mais alguns anos. Por fim, passado alguns poucos meses ele voltou a internação, mas não por ordem judicial, mas por decisão da equipe.”

“C.A, sujeito que tive o prazer de conhecer em 2013, inserido em um CAPS III, começou a ouvir vozes há 23 anos atrás, as vozes ofendiam outras pessoas, usavam palavras de baixo calão. Para C.A essa experiência foi de grande invasão e ele tentou suicídio. Atualmente, ele ainda se sente invadido se mantém mais isolado, sempre com blusas de frio, meias, independente do clima, contudo ele hoje consegue disfarçar as vozes, está sempre acompanhado de um radinho que o ajuda com isso. Quando C.A percebe que está sendo invadido de maneira que não conseguirá suportar sem apoio, procura sua equipe de referência e pede para ficar no CAPS por alguns dias, até se sentir fortalecido. Ele sempre se certifica, se caso precise de alguém, a possibilidade de ligar a qualquer horário no CAPS. C.A confia nesse serviço que o acompanha também em seu cotidiano, e a sua maneira consegue voltar a esse serviço um pedido de continência que a equipe consegue atender por possuir disposição subjetiva e estrutural”

O que gostaria de ilustrar com esses dois casos, é que muitas vezes a equipe está disposta subjetivamente a atender e entender a demanda do sujeito, mas não

consegue acolher essa demanda por limitações que precisam ser discutidas em nível macro.

A questão está em dar subsídios e possibilidades ao CAPS para que ele possa “...assumir a demanda com todo o alcance social conectado ao estado de sofrimento.” (DELL’ACQUA E MEZZINA, 1988, p. 175)

Ao meu ver, o caso de J. e o caso de C.A, dialogam no sentido de que ambos precisavam de continência, de um suporte, que não os privasse de viver em sociedade, contudo não tinham as mesmas possibilidades. E é isso que quero apontar e deixar para reflexão.

Concordo com Lancetti, quando ele diz “*No meu modesto modo de entender, o Ministério da Saúde deveria ter começado pelos CAPS III, ou seja, pelos destinados a substituir os hospícios, com a possibilidade de agir na complexidade do território e oferecer camas para hospitalidade diurna e noturna*” (LANCETTI, 2008, p.47)

Talvez o CAPS não precise oferecer uma cama, no sentido literal da palavra, mas possa oferecer no sentido simbólico um suporte, uma base, um acolhimento, no horário emergente do sujeito.

Acredito que trazendo a tona essa discussão, poderíamos pensar em arranjos possíveis para que equipes e usuários não precisem mais lançar mão de hospitais psiquiátricos como dispositivos de “cuidado”.

Gostaria de percorrer mais sobre essa questão, não pude deixar de trazê-la pois foi uma inquietação que me acompanhou devido ao meu percurso de formação, mas nesse trabalho, quero também poder falar da minha experiência em um CAPS III durante a Residência Multiprofissional, que se coloca diante do processo e organização do trabalho de maneira singular.

Sabemos que estar aberto a crise, exige muito mais do que um serviço que funcione 24 horas e que conte com leitos para a hospitalidade integral. O acolhimento a crise está relacionado com a concepção que temos de crise, e também com a maneira que organizamos o processo de trabalho para dentro de um serviço sem desconsiderar as diferentes subjetividades que lá perpassam.

Partindo dessa idéia, gostaria agora de trazer mais uma reflexão que não deixa de estar vinculada a reflexão anterior.

Mais uma vez pautada por uma experiência, mas dessa vez já com a identidade de psicóloga, mas ainda em formação em um programa de residência multiprofissional,

penso na potência dos serviços territoriais no acolhimento a crise e como o processo de trabalho está diretamente ligado a isso, potencializando, ou não esse acolhimento.

O conceito de crise, surge como um meio de se repensar a “doença mental” para além da “unidade biológica”. (DELL’ACQUA E MEZZINA, 1988)

Então, a crise pode ser entendida para além da doença e do sintoma, deve-se considerar a interação com o meio social, a história e o jeito de estar no mundo de cada sujeito.

“Uma experiência em que há algo de insuportável, no sentido literal de não haver suporte. Experiência que nos habita, como um abismo de perda de sentido, abismo em que se perdem as ligações. A crise é, talvez, a loucura, no sentido de algo que irrompe na organização do sujeito e o faz sentir-se totalmente estranho, fora de si, esquisito. É o efeito dos desligamentos, das dissoluções do formalizado que se faz sentir: Fragilidade, vulnerabilidade, oscilação, desassossego, agitação, flutuação, mutabilidade.” (KNOBLOCH, 1998, p.143)

Um acolhimento continente à crise deve levar em consideração e se relacionar com os seus vários âmbitos. O risco que se corre quando “entrega-se” a crise para serviços de alta complexidade, que lidam com o sujeito apenas nesse momento é fragmentar a crise, e a questão sintomatológica se tornar o foco do “tratamento” e se perder toda a potência transformadora da loucura e do sujeito que um momento de crise pode proporcionar. (KNOBLOCH, 1998)

Não se trata aqui, de desconsiderar a importância da internação em leitos em hospitais gerais, mais de se apontar que o balizador para a decisão de uma equipe por internação no serviço ou fora dele, seja as singularidades do caso, e não a estrutura do serviço prevista pelo número de habitantes.

Caplan, apud Andreoli, (1993), trata a importância de uma abordagem preventiva aos momentos de crise e também da valorização dos fenômenos clínicos que antecedem a crise, levando em consideração os aspectos clínicos e sociais da crise e não apenas a agudização de sintomas.

O acolhimento à crise em um serviço territorial, que acompanha o sujeito longitudinalmente, não só em seus momentos de sofrimento agudo, estaria mais apto a lidar com a complexidade da crise, já que é “...capaz de perceber, conhecer, entrar em contato e elaborar a rede de relações e de conflitos que constituem os limites da crise...” (DELL’ACQUA E MEZZINA, p. 56-57, 1988)

Se o encontro com o sujeito ocorre apenas em seus momentos de crise, a dificuldade de se achar pontos de referência para pensar além do diagnóstico é maior. (ANDREOLLI, 1993)

O serviço e seus trabalhadores estando disponíveis ao sujeito, não só no interior do CAPS, mas também nos lugares de vida do paciente, causam uma relação de reciprocidade, na qual se constroi um ponto de referência real para a pessoa se orientar, buscar apoio e possibilidades para “ir em frente” (DELL’ACQUA E MEZZINA, 1988)

Além disso, não basta acolher apenas o sujeito em crise, também é preciso nesse momento desenvolver um trabalho com sua família e com a rede social que o circunda. Um serviço que já está em contato e conhece a família, tem maior legitimidade para pontuar questões em momentos de maior desorganização.

“O que aparece como “crise” inclui sempre por detrás do problema interpessoal colocado em primeiro plano uma ferida narcísica para o paciente e para seus próximos, que as medidas tomadas pelo grupo terapêutico podem agravar e, em geral, não conseguem compensar. É ilusórios imaginar um efeito “anaclítico” da acolhida nessa situação. É preciso, portanto, observar mais de perto aquilo que está em jogo e conseguir fazer com que cada um dos participantes possa imaginar o desamparo dos outros.” (ANDREOLLI, 1993, p. 38)

O acolhimento à crise em um CAPS, que também é protagonista nas vivências do sujeito e de seus familiares, e que se coloca de forma clara em seus atos institucionais, pode inclusive desmontar prática e simbolicamente, a demanda por internação. (DELL’ACQUA E MEZZINA, 1988)

Importante esclarecer, que a internação não é o único meio de cuidar da crise. Quando chama-se os CAPS de serviços substitutivos, tem se que ter em mente, que não se trata de uma substituição de instituições de internação, se não o termo correto seria des-hospitalização e não desinstitucionalização.

A desinstitucionalização propõe uma mudança na forma de lidar e olhar para o encontro do sujeito com a loucura, dessa maneira o acolhimento à crise em um serviço 24h, está necessariamente ligado ao processo de trabalho. O desafio está em desenvolver e otimizar as potencialidades terapêuticas do serviço, que seriam todos os recursos e subjetividades que o constituem. O projeto terapêutico de cada sujeito se torna concreto a partir da organização do serviço e da demanda do sujeito, para se ter flexibilidade no agir é necessário um trabalho coletivo, no qual trabalhadores tenham

possibilidade de se expressar e de trabalhar com o sujeito em diversos momentos. (DELL'ACQUA E MEZZINA, 1988)

Logo, fixar equipes de trabalho por turno se torna de fato menos burocrático para a gestão organizativa do serviço, mas pode se tornar um ataque a flexibilidade e ao trabalho em equipe. As atividades, bem como as equipes de CAPS costumam se organizar por turnos, manhã, tarde e noite, sendo que o período noturno é exclusivo para os usuários em momentos de crise que necessitam de um cuidado mais intensivo, como já foi visto quando citei as portarias, nesse período a equipe é reduzida, ou seja conta com menos funcionários.

Alguns serviços optam por distribuir seus profissionais em períodos específicos, equipe da manhã, equipe da tarde e equipe da noite, de modo a manter uma escala fixa de profissionais. Outros serviços, rodiziam a maior parte da equipe durante a manhã e a tarde, mas optam por manter uma mesma equipe no período noturno.

Para embasar essa discussão usarei como exemplo a organização de um CAPS III no qual estive imersa no meu primeiro ano de residência e que no ano seguinte pude acompanhar o seu colegiado gestor.

Esse serviço está inserido em uma rede com mais cinco CAPS III, contudo a organização do seu processo de trabalho se dá de maneira singular, especialmente nos períodos noturnos.

Sua equipe conta com cinquenta trabalhadores, incluindo gestão e área meio (Administrativo, Vigias e Higiene) e possuem seis vagas em aberto. Os trabalhadores ligados a assistência direta ao usuário se dividem nos núcleos de Psicologia, Terapia Ocupacional, Enfermagem (Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem), Assistência Social, Cuidador em Saúde, Monitor de CAPS e Médicos.

O que me chamou a atenção e me instigou a escrever esse trabalho, foi justamente como se dá a organização dessa equipe para acolher a crise.

Pode-se dizer que a escala desse serviço é rodiziada, ou seja, todos os trabalhadores que prestam assistência ao usuário, trabalham no período diurno e no período noturno. Trabalhador e usuário convivem em períodos de estabilidade, em que o usuário vai ao CAPS para atividades pontuais, e também em períodos de crise, em que os cuidados se intensificam e se estendem para a hospitalidade integral.

A equipe do período noturno não é sempre a mesma, os núcleos circulam, trocam entre si, se apoiam e se questionam, trazendo potência para o acolhimento a crise. Na segunda-feira o período noturno contará com a psicóloga, na terça-feira com a

Terapeuta Ocupacional, na quarta –feira com a Assistente social, ou seja esses outros saberes sempre compoem com a enfermagem, independente do turno de trabalho, de modo que todos se responsabilizam pela crise.

Campos, (1997), diz que parcelar o trabalho em saúde, e fixar determinado profissional em uma determinada etapa do projeto terapêutico produz alienação, o profissional deixa de participar do processo, perde seu potencial criativo e tende a não se responsabilizar pela recuperação final de um usuário. (CAMPOS, 1997)

Além disso, entendo o acolhimento a crise como uma responsabilidade do Campo da Saúde Mental, de modo que todos os trabalhadores dessa área devãem estar advertidos quanto a isso. Campos, (1997), propõe os conceitos de Campo e Núcleo de Responsabilidades e Saberes justamente para se pensar o processo de trabalho em saúde. O Núcleo seria o conjunto de saberes específico a cada categoria profissional. O Campo seria os saberes e responsabilidades comuns a todas as profissões que atuam em uma área, noções sobre política, organizações de modelo e do processo de trabalho em saúde. (CAMPOS, 1997)

Ou seja, pode se entender que o acolhimento noturno também deve ser de caráter multidisciplinar, principalmente se considerado que oferecer suporte a crise, é lhe proporcionar um ambiente que acolha e compreenda seu caráter inovador, buscando destinos criativos. Cabe ao profissional que acolhe a crise, recriar, e transformar, com o sujeito, as representações que se perderam.

Contudo, os municípios, balizados pela portaria e por normas de conselhos de classe, optam por manter o acolhimento noturno exclusivo a categoria de enfermagem e parecem se esquecer da multiplicidade que é a saúde mental.

“... saúde mental é um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas. Qualquer espécie de categorização é acompanhada do risco de um reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana e social.” (AMARANTE, 2007, p. 19)

Essa discussão não se coloca para iniciar uma disputa entre categorias profissionais dentro do campo da saúde mental, e nem como meio de desvalorizar a importância de se ter enfermeiros 24h no serviço, mas essa discussão se faz importante para a problematização do processo de trabalho nesse campo e o modelo de cuidado que se

defende, já que os conselhos de classes e suas normativas, não condizem com a realidade do cuidado em um CAPS III.

Seria mais um desafio para o cuidado da crise no território, um desafio para os trabalhadores e seus conselhos, pensar um modo de fazer normativas que condizem com o acolhimento a crise no território e não buscar um fazer quadrado que se enquadra aos Conselhos, mas não a realidade do sujeito, da equipe e da família que vivência a crise.

Quando se “entrega a crise” a uma única categoria profissional, cavam-se possibilidades para protocolos e normativas de conselhos, que não são ajustados a realidade de um serviço territorial de saúde mental.

O sujeito em crise, se encontra em um momento de grandes rupturas, se encontra desamparado, com dificuldades de se relacionar e de se indentificar com o mundo ao seu redor, nesse momento, é incoerente pensarmos em escalas de trabalho fixas, em que trabalhadores só estariam em contato com o usuário em um período do dia. Uma equipe que acompanha o sujeito, antes, durante e depois do momento de crise, consegue lançar mão de mais elementos para auxiliar o usuário em ressignificações necessárias, e das transformações decorrentes desse momento.

A proposta é que os CAPS trabalhem a partir do dispositivo de Profissionais

Referência , para que determinado trabalhador possa estar mais em contato com determinado usuário, conhecendo sua história, sua família, suas dificuldades, suas potencialidades e buscando o vínculo. Organizando o processo de trabalho com uma equipe noturna fixa unidisciplinar, o acolhimento a crise deixa de ser perpassado por aquilo que o novo modelo de cuidado de saúde mental preconiza, o cuidado pelo vínculo, o cuidado para além da agudização e conseqüente redução dos sintomas. Além de prejudicar a proposta da organização do trabalho em referências, já que um profissional que apenas trabalha a noite não poderá estar na lida diária com o paciente e sua família, não podendo também assumir o “papel” de referência.

A vinculação diz de uma capacidade de relacionamento, buscamos o vínculo desde recém nascidos com a figura que nos alimenta, que nos protege e que nos traz segurança, e isso passa a ser transgeracional, contudo um vínculo nunca é dado, ele é construído através das relações e permeado por afetos e sentimentos. (BRASIL, 2013)

A construção do vínculo está relacionada ao modo como acontecem as responsabilizações pela saúde do sujeito.

Então pode se dizer que é incoerente com o processo de vinculação, que no momento em que a noite chega, os corredores do CAPS se esvaziam, o silêncio prepondera, que o sujeito, já mobilizado pela crise, não possa contar com a figura que lhe é cara. Em um momento de maior fragilidade qualquer sujeito recorreria a pessoas com as quais já tem estabelecido relações de confiança e cumplicidade, relações essas que são determinantes a vinculação do sujeito ao serviço e por si só conseguem ter um efeito terapêutico (DELL'ACQUA E MEZZINA, 1988), mas um serviço de saúde mental quando fixa equipes noturnas, deixa de valorizar a potencialidade dessas relações.

“J.B começou seu tratamento no CAPS em 2012, primeiro surto psicótico, a mãe conta que sempre foi mais isolado, ficava em seu quarto ouvindo música e tocando violão, em seu primeiro surto falava que seria roqueiro e era modelo, chegando a ficar por alguns minutos parado, como se posasse para as fotos. Em 2013 J.B vinha mais desorganizado, com insônia, alucinações auditivas, e um tanto agressivo, chegando a agredir seu pai. Em uma visita de sua referência aceita vir ao CAPS e permanecer em hospitalidade integral. Enquanto estava em hospitalidade integral, relutava com a equipe, andava cantando rockn'roll aos berros pelo espaço do CAPS, se jogava no chão, chegou a agredir uma funcionária com murros na barriga e seus relatos eram desconexos, contudo, mesmo diante desse quadro de desorganização, as pactuações eram mais possíveis na presença de sua referência. Coincidentemente, no período de sua hospitalidade integral, sua referência ficou por alguns dias ausente do serviço, me lembro de J.B chama-la pelo nome, como quem pede pela presença de alguém mais familiar e quando o abordávamos para lhe explicar, mais uma vez, a ausência, ele conseguia se organizar minimamente para lembrar o dia em que ela voltaria”

Esse caso, ilustra como o trabalho em saúde mental se dá pelas relações, é a vida em ato, que pede por um Trabalho Vivo, como coloca Merhy. O Trabalho Vivo deve ser hegemônico ao Trabalho Morto, ou seja, o trabalho relacional, em ato, o trabalho no momento em que está se produzindo, deveria se sobrepor a práticas prescritivas e técnicas.(MERHY E FRANCO, 2003). Quando se define uma escala fixa, com uma única categoria profissional, vamos contra a proposta de um cuidado integral do sujeito, que consiga vê-lo como um sujeito e não como partes de um corpo e também corre-se o risco de enrijecermos as relações e o processo de trabalho, sobrepondo técnicas ao vínculo, a escuta, e a relação.

Campos (2010) considera o trabalho em saúde uma práxis, na qual saber tecnológico se adapta a singularidade do caso.

“...a práxis seria aquela atividade humana em que o saber prévio, trabalho morto acumulado (diria Marx) não isenta o agente da necessidade de uma reflexão prudente (diria Aristóteles) durante a

execução da atividade ou do trabalho em questão.” (CAMPOS, 2010, p. 2340)

O trabalho em saúde, demanda por uma relação trabalho/trabalhor diferente do que se coloca o gerencialismo hegemônico predominante que visa evitar imprevistos. Nesse espaço evitar a imprevisibilidade é não dar espaço a clínica, ao sujeito que advêm de uma crise. Agir com imprevistos cobra do trabalhador imaginação, criatividade, que só encontram espaço diante de um fazer autônomo. Isso equivaleria a ter de inventar toda a clínica a cada caso, e para isso, os trabalhadores devem contar com seus saberes prévios, que os deixam advertidos, mas não determinam a atuação como se fossem protocolos.

Ao se cristalizar o acolhimento a crise noturno a uma única equipe fixa e uniprofissional, aumenta-se o risco de que esse acolhimento se torne algo instituído, retomando as antigas práticas manicomiais e respondendo contraditoriamente ao objetivo da reforma psiquiátrica, um modelo de atenção a saúde mental que preze pelo cuidado compartilhado, no qual o sujeito possui voz.

O desenho de um CAPS deve permitir uma clínica ampliada, espera-se um cuidado criativo, flexível, capaz de se adequar ao caso a caso. E é esse o grande desafio da Reforma Psiquiátrica e de todo trabalhador da saúde mental, independente da formação, conseguir cuidar sem burocratizar, sem endurecer.

“Este movimento requer rupturas, uma radicalização, e não uma superação que acaba por promover pactos entre o aparentemente novo e as articulações de manutenção de séculos de dominação. Mas, não guardamos em nosso íntimo a veleidade de que essa tarefa seja fácil e que este trabalho represente uma tentativa bem-sucedida disso, uma vez que somos constantemente capturados por nossos desejos de controle, fixidez, identidade, normatização, subjugação, ou, em outras palavras, nossos desejos de manicômio.”(ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006, p.314).

Posto isso e levando em consideração o cenário de um CAPS III atualmente, em que existem três turnos de trabalho e leitos para acolhimento a crise, coloco a questão...

O que se espera de um acolhimento noturno a crise no CAPS?

Pela minha experiência relatada, acredito e vi que de fato um acolhimento noturno a crise, não precisa se limitar a medicação e a proporcionar ao sujeito uma noite tranquila de sono, vi que é possível também ampliar a clínica nesse turno de trabalho,

e a construção dessa clínica só é possível considerando o protagonismo do sujeito e a contribuição dos vários saberes.

Com a organização do trabalho em escala rodiziada, as histórias dos usuários chegam aos trabalhadores, em primeira pessoa. Uma equipe que lida diariamente com a crise no período noturno, tem contato com a história do usuário a partir das narrativas de outros companheiros de equipe, ou seja não tem acesso a história do sujeito por ele, mas por mediações interpretativas, a vivência da história, do cotidiano, da família, do usuário, para se entender o sujeito em sua totalidade, bem como o protagonismo do usuário, pode ser prejudicada.

O período noturno, sem as intercorrências do dia a dia, pode ser mais um momento de encontro com a crise, de modo a aproveitar seu caráter de oportunidade para novas significações. Seria o período de atenção integral ao sujeito em crise. Um sujeito que se encontra frágil, e que provavelmente se sentirá melhor ao se colocar com alguém que ele possui um laço estabelecido, uma aliança terapêutica. A aliança terapêutica pode nos dar a chave para uma saída clínica da crise. (Andreoli, 1993)

Pensando um pouco a partir de outra dimensão do cuidado, fixar equipes noturnas também pode trazer sofrimento ao trabalhador.

O trabalhador que lida com o usuário somente em momentos de maior desorganização, deixa de vivenciar as conquistas da reabilitação psicossocial e de compartilhar das delicadezas e dos ganhos diários que se tem quando se trabalha com pessoas. O trabalhador não deixa sua subjetividade ao ir trabalhar, lidar com o não representável causa inquietação e estranheza, o que pode trazer sofrimento.

Além do que, a equipe noturna geralmente é reduzida, acarretando maior demanda para os funcionários, e um trabalho mais solitário, o que pode trazer prejuízos ao trabalhador, que vivência todo dia essa dinâmica de trabalho, e para o usuário, visto que segundo Andreoli (1993), a sobrecarga do serviço pode fazer com que se esqueça de considerar que o sujeito tem uma história.

Realizar um acompanhamento longitudinal do usuário, em seus vários momentos, antes, durante e depois da crise, traz ganhos clínicos para o usuário e ganhos de manejo para o trabalhador. Vivenciar a crise, e concluí-la como um acontecimento é permitir que emergja representações para o sujeito. (KNOBLOCH, 1998)

Se a crise é decorrente do desencarrilhar de vários fatores, é certo que ela não se estabelece de uma hora para a outra, o sujeito demonstra em suas atitudes que algo

não está indo bem, uma equipe que conhece o usuário, que o observa, o escuta, consegue notar que algo não vai como se espera e o ajudar antes que ele entre em um processo de sofrimento agudo ou até mesmo pensar com esse usuário um “Cartão de Crise” (FREITAS, 2010), para que ele possa dizer como gostaria de ser tratado, e o que poderia o ajudar no momento da crise, tirando do tratamento o caráter impositivo e aproveitando esse momento para promover mudanças.

“Não seria nesse tempo, da perda da consistência, lugar de novas marcas que poderia abrir-se a possibilidade pra que um território existencial venha a se constituir?” (KNOBLOCH,1988, p.142)

Considerações Finais:

Nota-se pelos anos de publicação das portarias e leis sancionadas em relação ao novo modelo de cuidado em saúde mental, que a política de saúde mental e o processo de desinstitucionalização no Brasil, são recentes e ainda estão caminhando em sua construção. Também é notável que as portarias são pensadas de acordo com um determinado contexto histórico, devendo, teoricamente, se modificar em conformidade com os novos contextos que vão se colocando.

Nessa caminhada, de construção cabe ao usuário, familiar, trabalhador e sociedade, apontar as dificuldades, e as potencialidades desse novo modelo de cuidado que está surgindo.

A importância da mobilização social é histórica, visto que a construção do SUS e a assunção da reforma psiquiátrica enquanto política, advém de mobilizações sociais, o papel do controle social é justamente participar, apontar e questionar, ele não deve se encaixar a normativas como algo dado. A política de saúde mental não deve ser encarada como pronta, Fuganti, (2008), diz que perde-se a capacidade de experimentar e de produzir, quando se acredita em uma realidade já pronta.

O modelo em construção atualmente no Brasil, possui alguns conceitos que balizam a clínica, e o cuidado, como o cuidado humanizado, o respeito, a autonomia, a contratualidade, a territorialização, mas também é necessário, refletir em como pode-se ofertar pragmaticamente um cuidado pautado nesses conceitos, para que teoria e prática se encontrem qualificando a assistência, e a gestão dos serviços.

Defendo o acolhimento a crise em serviços territoriais, justamente para que conceitos como os de cima não se percam na emergência da crise, buscando para além de uma resposta a crise um cuidado segmentado.

O objetivo desse trabalho foi contribuir com reflexões sobre qual o modelo de saúde mental que a sociedade quer construir, e trazer questionamentos para que esse processo seja criativo, e esteja sempre se re-inventando.

Nada em saúde mental é facilmente previsível, por isso a construção desse novo modelo de cuidado e do processo de desinstitucionalização, continuarão a fomentar dúvidas e desejos por mudar o que está mudando.

Se o Brasil, quer de fato ser visto como um país sem manicômios, a desinstitucionalização tem de sair do papel, tem de deixar de ser procedimento e ser feita em detalhes. Os detalhes estão nas relações, no processo de trabalho, na escuta atenta.

Se o “plano” é que a RAPS, substitua as instituições manicomiais, ela precisa ser investida, pelos gestores públicos, pelos gestores locais, pelos trabalhadores, pelos usuários, pelas famílias e por toda a sociedade. Os CAPS precisam conseguir fazer frente a crise, respaldar o sujeito e a família também nesse momento.

Da mesma maneira, que o CAPS deve estar aberto ao sujeito, a sua família e a crise, o processo de trabalho para dentro desses serviços devem ser pensados para também ir ao encontro desses personagens, de modo a respeitar a interdisciplinariedade que mostra que é possível que saberes diferentes se conversem, e garante a convivência criativa com as diferenças (FURTADO, 2007)

As pessoas que trabalham com saúde mental tem a incomenda da desconstrução do imaginário social da loucura, de lhe abrir um novo espaço na sociedade e para isso devem sempre estar atentos para não cair em condutas morais, normativas, pedagógicas e tutelares. Essa não é tarefa fácil, e a organização do trabalho pode potencializar durezas ou fazer frente a elas, por isso essa discussão se faz necessária. Os trabalhadores e suas escalas não devem se enrijecer, para não perder a potência criadora e criativa que o trabalho com o sujeito, no caso a caso pede.

Quem vivência o trabalho em rede, o trabalho pela relação, no território, sabe que ele não está livre de erros, imprevistos e dificuldades, mas é isso que revive a cada dia o repensar, o reelaborar das intervenções. (DELL’ACQUA E MEZZINA, 1988)

“Para alguns, o limite é o momento de parada, para outros é o momento de confrontos, aberturas.” (KNOBLOCH, 1998, p.134)

Que esse trabalho mostre aos usuários, aos familiares e as equipes, que os desafios no acolhimento a crise, são vários, inclusive políticos, mas se o objetivo comum é a construção de uma rede de cuidado em saúde mental territorial, humanizada, sem hospitais psiquiátricos, não se deve ter medo de apontar as dificuldades, e de re-inventar o que foi inventado.

“Não sabemos como reconquistar o poder de criar e gerir nossa existência. Mas é somente com o aumento da capacidade de afetar e ser afetado do corpo e do pensamento que nos tornamos capazes de ultrapassar os limites estreitos impostos pelos valores de época e nos tornamos criadores de novos ambientes de intensificação do desejo e aumento da liberdade.” (FUGANTI, 2008, p. 01)

Referências Bibliográficas:

- MERHY, E. **Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial: alegria e alívio como dispositivos analisadores.** In: Merhy EE, Amaral H, org. *A reforma psiquiátrica no cotidiano II.* São Paulo: Hucitec; 2007. p. 55-66.
- MERHY, E. FRANCO, T. **Por uma Composição Técnica Centrada no campo Relacional e nas Tecnologias Leves.** In: *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro v.27, n.65, p. 316-323 Set/Dez de 2003.
- ALVERGA, AR. DIMENSTEIN, M. **A Reforma Psiquiátrica e os Desafios na Desinstitucionalização da Loucura.** In: *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Paraíba, RN. vol.10, n.20, p.299-316, jul/dez 2006
- CAMPOS, G.W.S. **Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinado com responsabilidade e autonomia.** In: *Ciência&SaúdeColetiva*, Rio de Janeiro, RJ. Vol.15, n.5, p.2337-2344, 2010.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 120 páginas
- FUGANTI, L. **Saúde, Desejo e Pensamento (Parte I).** Editora Hucitec, 2008.
- ANDREOLI, A. **Psicose e Mudança.** 1º edição. Editora Casa do Psicólogo, 1993. 222 páginas
- BEZERRA, BJ. **Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** In: *Physys: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(2): 243-250, 2007.
- FERIGATO, SH. ONOCKO, RC. BALLARIN, ML. **O Atendimento a Crise em Saúde Mental: ampliando conceitos.** In: *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1):31-44, 2007.
- ALVERGA, AR. DIMENSTEIN, M. **A Loucura Interrompida nas Malhas da Subjetividade.** In: *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*, Rio de Janeiro, v.2, p. 45-66, 2005.
- DELL'ACQUA, G. MEZZINA, R. **Resposta à Crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial.** In: *Per la Salute Mentale – Pratiche Ricerche, Culture dell'innovazione*, v. L, nº1, 1988, Trieste. Tradução de Jaques Delgado.
- KNOBLOCH, F. **O Tempo do Traumático.** São Paulo: Editora EDUC, 1998. 151 páginas.
- FERREIRA, AA. PADILHA, KL. STAROSKY, M. **A Questão da Liberdade nos Processos de Reforma Psiquiátrica Italiana: Entre a**

- Resistência e os Modos de Governo Liberal.** In: *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v.4, n.10, p.12-29, 2012.
- YASUI, S. **A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo possível.** In: *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v.1, n.01, p. 01-09, 2009.
 - COSTA-ROSA, A. LUZIO, C. YASUI, S. **Atenção Psicossocial: rumo a um paradigma na Saúde Mental Coletiva.** In: *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU editora, p13-44, 2003.
 - FREITAS, C. **A participação e preparação prévia do usuário para situações de crise mental: a experiência holandesa do plano/cartão de crise e desafios para sua apropriação no contexto brasileiro.** Mimeo. 2010.
 - CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde.** In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, p.229-266, 1997.
 - FURTADO, J.P. **Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões.** In: *Interface – Comunicação, saúde, Educação*, v.11, n.22, p.239 – 255, 2007.
 - BRASIL, Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Cartilha: Direito à Saúde Mental.**
 - BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990.**
 - BRASIL, Ministério da Saúde. **Decreto nº7.508, de 28 de junho de 2011.**
 - BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº2840, de dezembro de 2014.**
 - BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº10.216, de 6 de abril de 2011.**
 - BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2011.**
 - BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretária Nacional de Assistência Social. Departamento de Proteção Social Básica. **Concepção de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.** Brasil, 2013.
 - BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria/GM Nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002.**
 - BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria/GM Nº 3.088, De 23 De Dezembro de 2011.**
 - BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de

Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS.
Brasília, novembro de 2005.