



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Daiane Márcia de Lima

“Perturbado” e “perturbador”: o paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica segundo o imaginário coletivo de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial

UBERLÂNDIA

2019



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Daiane Márcia de Lima

“Perturbado” e “perturbador”: o paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica segundo o imaginário coletivo de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres

**UBERLÂNDIA
2019**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Daiane Márcia de Lima

**“Perturbado” e “perturbador”: o paciente com transtorno mental
em crise psiquiátrica segundo o imaginário coletivo de
profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres

Banca Examinadora

Uberlândia, 08 de maio de 2019

Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Profa. Dra. Miriam Tachibana

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Profa. Dra. Silvia Nogueira Cordeiro

Universidade Estadual de Londrina – Londrina, PR

UBERLÂNDIA

2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

ATA DE DEFESA

Programa de Pós-Graduação em:	Psicologia				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Acadêmico, nº 322/2019/PGPSI				
Data:	oito de maio de dois mil e dezenove	Hora de início:	14:00	Hora de encerramento:	16:30
Matrícula do Discente:	11712PSI007				
Nome do Discente:	Daiane Márcia de Lima				
Título do Trabalho:	"Perturbado" e "perturbador": o paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica segundo o imaginário coletivo de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial.				
Área de concentração:	Psicologia				
Linha de pesquisa:	Processos Psicossociais em Saúde e Educação				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Assistência multidisciplinar no contexto da saúde: fundamentos e resultados				

Reuniu-se na sala 46, bloco 2C, Campus Umuarama, da Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Psicologia, assim composta: Professores Doutores: Prof.^a Dr.^a Miriam Tachibana - IP/UFU; Prof.^a Dr.^a Silvia Nogueira Cordeiro - UEL; Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres orientador da candidata.

Iniciando os trabalhos, o presidente da mesa, Dr. Rodrigo Sanches Peres, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu à discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Rodrigo Sanches Peres, Professor(a) do Magistério Superior**, em 23/05/2019, às 13:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1269372** e o código CRC **CAAD5D9F**.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

L732p
2019

Lima, Daiane Márcia de, 1984
“Perturbado” e “perturbador” [recurso eletrônico] : o paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica segundo o imaginário coletivo de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial / Daiane Márcia de Lima. - 2019.

Orientador: Rodrigo Sanches Peres.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2019.1373>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Psicologia. 2. Saúde mental. 3. Psiquiatria social. 4. Transtornos do controle de impulsos. I. Peres, Rodrigo Sanches, 1979, (Orient.) II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9

Angela Aparecida Vicentini Tzi Tziboy – CRB-6/947

AGRADECIMENTOS

A Deus, ao Universo, ao Cosmo... pois, apesar do meu ceticismo, ainda não consigo acreditar que tudo o que me rodeia é obra do acaso.

Às minhas duas mães: Sandra, mãe biológica e em constante reconstrução, e Dona Maria Aparecida, avó querida, figura de cuidado, afeto e responsável pelas minhas melhores lembranças.

Aos meus queridos filhos: Daniel e Dante. O primeiro veio quando eu ainda era uma criança e tivemos que aprender juntos a arte da filiação. O segundo foi um projeto por muito tempo aguardado e que enche nossa família de alegria.

Ao Caster, meu companheiro de jornada e parceiro nessa aventura que é dividir a vida e os sonhos, educar filhos, pagar as contas, e entre risos e lágrimas, escolher continuar juntos.

Aos meus irmãos, cunhados e cunhadas, sogros, afilhadas, tios, sobrinhas. Afinal, família é família.

Aos meus amigos, pelas conversas, saídas, risadas e “encontros etílicos”, sem vocês minha vida não teria o mesmo brilho.

À Débora, afinal esse mestrado foi um projeto conjunto, desde o primeiro momento dividimos angústias, planilhas, apresentações, viagens e planos.

Ao meu orientador Rodrigo, que, com sua sensibilidade e paciência, soube conduzir o projeto e aplacar minhas preocupações, e aos demais professores do Instituto de Psicologia, que contribuíram não somente para minha formação profissional, mas também para minha formação humana. Vocês fazem a diferença na Educação Brasileira.

Aos meus colegas de trabalho que, apesar de minha árdua rotina, fazem com que cada dia seja uma experiência inesquecível. Andar sozinhas é bom, mas andar com vocês é melhor ainda.

Aos participantes desta pesquisa, pela disponibilidade e colaboração.

E por último, mas não menos importante, aos meus pacientes e usuários. Vocês me tocam a cada atendimento, cada visita, cada encontro. Me fazem ter a certeza que ser psicóloga é o que quero para minha vida. Muito obrigada.

Resumo: Conforme o paradigma do cuidado psicossocial, a crise psiquiátrica não deve ser resumida a um acontecimento psicopatológico. Sendo assim, compete preferencialmente aos serviços substitutivos – dos quais o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é emblemático – acolher o paciente com transtorno mental que vivencia tal fenômeno. Na prática, porém, muitas vezes não é isso o que ocorre, em parte devido à dificuldade dos profissionais lotados nestes serviços quanto à operacionalização dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A noção de imaginário coletivo, em sua acepção psicanalítica, pode proporcionar esclarecimentos a este respeito, uma vez que se refere ao complexo constituído pelos fatores afetivo-emocionais não-conscientes que influenciam as práticas de um determinado público em relação a um certo fenômeno. O presente estudo, portanto, possui como objetivo geral compreender o imaginário coletivo de profissionais de um CAPS acerca do paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com método psicanalítico, da qual participaram 10 profissionais lotados em um CAPS de um município do interior do Estado de Minas Gerais. Cada participante, intencionalmente, ocupava um dos cargos existentes no serviço de saúde mental em questão, a saber: (a) médico psiquiatra, (b) psicólogo, (c) farmacêutico, (d) assistente social, (e) enfermeiro, (f) técnico de Enfermagem, (g) auxiliar de serviços gerais, (h) assistente administrativo, (i) enfermeiro responsável técnico e (j) coordenador da instituição. O Procedimento de Desenho-Estória com Tema (DE-T) foi o instrumento utilizado, sendo que a seguinte consigna foi apresentada aos participantes: “Desenhe um paciente com transtorno mental que esteja vivenciando uma situação de crise psiquiátrica”. Posteriormente, solicitou-se a cada um deles a elaboração, por escrito, de uma estória sobre o desenho e a criação de um título para a estória, bem como foram realizadas perguntas acerca do desenho ou da estória conforme considerado necessário. A coleta de dados foi executada individualmente e gravada em áudio. O *corpus* do presente estudo, constituído pelo conjunto do material obtido a partir da utilização do DE-T, foi submetido à interpretação psicanalítica. Foram captados dois campos de sentido: *O paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica como alguém perturbado* e *O paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica como alguém perturbador*. O primeiro campo de sentido indica que, de acordo com o imaginário coletivo da maioria dos participantes, a crise psiquiátrica encerra apenas uma dimensão negativa, pois se caracteriza pela presença de importantes alterações dos pensamentos, dos sentimentos e dos comportamentos. Já o segundo campo de sentido é representativo de crenças em função das quais o paciente com transtorno mental, ao vivenciar uma crise psiquiátrica, incomoda e exaure tanto a família quanto os profissionais que trabalham em serviços substitutivos. Contudo, há muito a ser elucidado no que diz respeito às crenças, emoções e imagens acerca da crise psiquiátrica, de modo que novos estudos sobre o assunto são necessários.

Palavras-chave: Imaginário coletivo; saúde mental; crise psiquiátrica.

Abstract: According to the psychosocial care paradigm, the psychiatric crisis should not be summed up as a psychopathological event. Therefore, it is the role preferably of substitutive services – of which the Psychosocial Care Center (CAPS) is an example – to receive patients with mental disorders who are experiencing this phenomenon. In practice, however, that is not what happens, partially due to difficulties from the professionals at these services to put in practice the principles of the Brazilian Psychiatric Reform. In its psychoanalytic sense, the notion of collective imaginary can provide clarifications in this respect, as it refers to the complex of unconscious affective-emotional factors that influence the practices of a certain audience with regard to a given phenomenon. Thus, the general objective of this study is to understand the collective imaginary of professionals at a CAPS about the mental disorder patient in a psychiatric crisis. In this qualitative research using the psychoanalytic method, the participants were 10 professionals from a CAPS of a city in the interior of Minas Gerais. Each participant intentionally held a position at the mental health service in question, namely: (a) psychiatrist, (b) psychologist, (c) pharmacist, (d) social worker, (e) nurse, (f) nursing technician, (g) general service assistant, (h) administrative assistant, (i) responsible technical nurses and (j) institutional coordinator. The Thematic Drawing-and-Story Procedure (DE-T) was used. The following instruction was presented to the participants: “Draw a mental disorder patient who is experiencing a psychiatric crisis situation”. Then, each participant was asked to elaborate, in writing, a story on the drawing and to create a title for the story. In addition, questions were asked on the drawing or the story as necessary. The data collection took place individually with sound recording. The research *corpus*, which consists of the material obtained by using DE-T, was submitted to psychoanalytic interpretation. Two fields of meaning were identified: *The mental disorder patient in psychiatric crisis as a disturbed person* and *The mental disorder patient in psychiatric crisis as a disturbing person*. The first field of meaning indicates that, according to most participants’ collective imaginary, the psychiatric crisis only encloses a negative dimension, being characterized by the presence of important changes in the thoughts, feelings and behaviors. The second field of meaning, then, represents beliefs in function of which the mental disorder patient, when experiencing a psychiatric crisis, disturbs and exhausts both the family and the professionals working in substitutive services. Nevertheless, much remains to be clarified in terms of the beliefs, emotions and images concerning the psychiatric crisis, so that further research on the subject is necessary.

Keywords: Collective imaginary; mental health; psychiatric crisis.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
1. INTRODUÇÃO	12
1.1 História da “loucura”: apontamentos preliminares.....	12
1.2 Origens e atualidades da Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	17
1.3 Rede de Atenção Psicossocial: qual o “lugar” da crise psiquiátrica?.....	25
1.4 Produção científica sobre crise psiquiátrica no Brasil.....	30
1.5 A noção de imaginário coletivo em sua acepção psicanalítica.....	39
2. OBJETIVOS	42
2.1 Objetivo geral.....	42
2.2 Objetivo específico.....	42
3. MÉTODO	43
3.1 Participantes.....	43
3.2 Instrumento.....	46
3.3 Coleta de dados.....	47
3.4 Análise de dados.....	48
3.5 Cuidados éticos.....	49
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
4.1 O paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica como alguém perturbado.....	50
4.2 O paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica como alguém perturbador.....	61

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....72

REFERÊNCIAS.....74

APRESENTAÇÃO

A Psicologia foi minha segunda graduação. Antes eu havia cursado licenciatura em Letras. Durante a prática de ensino desse primeiro curso, que ocorreu no quarto ano, tive certeza que não exerceria aquela profissão no futuro. Essa experiência fez com que a Psicologia fosse vivenciada com mais maturidade e com um grande desejo de acertar na nova escolha. Foram anos de muito aprendizado, nos quais tudo o que se apresentava a mim foi aproveitado e vivenciado intensamente. Uma das minhas experiências mais marcantes da minha graduação em Psicologia foi um projeto de extensão de que participei, por meio do qual eram desenvolvidas oficinas terapêuticas junto aos pacientes da Enfermaria de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Este projeto, intitulado *Oficineiros do HC*, foi promovido pela Diretoria Clínica do hospital em questão no âmbito do seu Programa de Humanização e se realizou de 10/09/2011 a 10/11/2011, sob a coordenação da psicóloga Maria José de Castro Nascimento. Realizamos estudos teóricos, dedicados a textos acadêmicos sobre oficinas terapêuticas, e também atividades práticas, em grupos de quatro alunos, na referida Enfermaria. Lembro-me que a primeira oficina terapêutica despertou em mim um misto de curiosidade e medo. Apesar de ter cursado diversas disciplinas abordando a “loucura” e suas manifestações, acredito que nada pode nos preparar totalmente para o primeiro contato com um indivíduo em crise psiquiátrica. Assim, as oficinas terapêuticas seguintes foram vivenciadas por mim com muitas dificuldades e angústias.

O projeto terminou, sendo que todas as oficinas terapêuticas propostas foram realizadas, mesmo que com algumas intercorrências e certo nível de sofrimento. Três anos então se passaram. Me formei e passei a trabalhar com famílias em situação de violação de direitos em um Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS). Um

trabalho cujo público era bastante heterogêneo e demandava uma constante construção de ações intersetoriais. Por essa razão, todos os dias eu me deparava com a precariedade dos serviços públicos.

Após um ano atuando no CREAS em questão, fui chamada para assumir o cargo de Psicóloga Clínica junto à Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia. Diante da minha vontade de acumular os dois empregos, se apresentou para mim a opção de desempenhar tal cargo em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do tipo III, que funcionava 24 horas por dia, sete dias por semana. Trabalhando neste serviço de saúde mental no período noturno, eu poderia conciliar minha dupla jornada de trabalho.

Após três anos da mencionada experiência na Enfermaria de Psiquiatria, estava eu outra vez diante de pacientes em crise psiquiátrica, e todos os questionamentos e medos que surgiram em minha experiência como oficinaira vieram à tona novamente, mas com novos contornos. Os primeiros meses neste CAPS foram de solidão e aprendizado: sentia-me muito distante da equipe, e isso fez com que eu me aproximasse mais dos pacientes. A hospitalidade era destinada aos pacientes para os quais o processo de agudização dos sintomas impedia a permanência junto à família e exigia cuidado especializado 24 horas por dia. Foi de tais pacientes, especificamente, que eu me tornei mais próxima. E assim realizei muitos atendimentos na varanda do CAPS, presenciando silêncios ensurdecedores e gritos silenciosos.

Após alguns meses no serviço, fui inserida em um dos núcleos da instituição, e assim pude me integrar mais à equipe. Minha paixão pelo campo da saúde mental já havia surgido. A crise psiquiátrica, que antes me causava medo, agora suscitava outros sentimentos. E também se tornou claro para mim que cada profissional possuía uma visão muito particular daquele fenômeno. Isso porque estávamos em um período no qual os episódios de

heteroagressividade dos pacientes eram diários e causavam um grande desgaste na equipe. As opiniões sobre o tema eram diversificadas, muitas vezes divergentes.

Observei que o manejo da crise psiquiátrica é perpassado por várias questões relativas à equipe, pois seus membros possuem diferentes formações acadêmicas, bem como diferentes formações culturais. E o modo como cada profissional concebe a “loucura” e o lugar do “louco” na sociedade seguramente influenciará o desenvolvimento de suas atividades, quer ele se dê conta disso ou não. Essa conclusão parece se aplicar especialmente aos profissionais que trabalham em CAPSs, considerando-se a função estratégica dos mesmos para a organização da rede de atenção à saúde mental. Comecei, então, a refletir sobre as “lentes” a partir das quais o paciente com transtorno mental é visto pelos profissionais que trabalham em CAPSs.

O presente estudo deriva dessas reflexões. Seu objetivo geral, como será detalhado mais adiante, é compreender o imaginário coletivo acerca do paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica por parte de profissionais que trabalham em CAPSs. Sendo assim, na seção de “Introdução” contemplarei, em cinco tópicos, os temas necessários à contextualização deste objetivo. No primeiro e no segundo, apresentarei, respectivamente, uma breve discussão sobre a história da “loucura” e sobre as origens e atualidades da Reforma Psiquiátrica Brasileira. No terceiro tópico, procurarei caracterizar a Rede de Atenção Psicossocial e o “lugar” que nela tem sido reservado para a crise psiquiátrica. A produção científica sobre crise psiquiátrica no Brasil será o foco do quarto tópico. Encerrando a seção de “Introdução”, será contemplada a noção de imaginário coletivo em sua acepção psicanalítica.

Na sequência do texto, serão apresentados o objetivo geral e o objetivo específico do presente estudo, bem como todas as informações relativas ao método, aos participantes, ao instrumento, aos procedimentos observados quanto à coleta e análise de dados e aos cuidados

éticos. Na seção de “Resultados e Discussão” se encontrarão, apresentados e debatidos, os dois campos de sentido captados. O primeiro deles, intitulado “O paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica como alguém perturbado”, tem como base a presença marcante de uma imagem negativa acerca da crise psiquiátrica no imaginário coletivo dos participantes. No segundo campo, intitulado “O paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica como alguém perturbador”, a crise é caracterizada como um fenômeno que incomoda e desorganiza tanto a família quanto os serviços de saúde.

Na seção de “Considerações finais”, será destacada a importância de novas pesquisas acerca a crise psiquiátrica, em especial devido às ameaças que recentemente têm surgido quanto às conquistas já proporcionadas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

1. INTRODUÇÃO

1.1 História da “loucura”: apontamentos preliminares

Segundo Pessotti (1994), a história da “loucura” – ou seja, o percurso do conjunto diversificado de condições de sofrimento que se manifestam predominantemente no plano psicológico – se inicia com a história da humanidade. Embora cada época tenha se caracterizado por certa visão a respeito da “loucura”, não ocorreu, necessariamente, uma evolução quanto a isso ao longo do tempo, já que avanços e retrocessos se intercalaram. Portanto, ao resgatar, ainda que sucintamente, o modo como diferentes sociedades encararam os “loucos” no passado, pode-se encontrar elementos capazes de auxiliar na compreensão dos posicionamentos contemporâneos a esse respeito.

Holmes (1997) aponta que a crença de que comportamentos “anormais” comumente associados à “loucura” seriam causados por forças sobrenaturais capazes de assumir o controle da mente e do corpo remonta à pré-história. E o surgimento da escrita pode ter auxiliado a difundir essa crença, já que inúmeros papiros revelam que os povos gregos, egípcios, mesopotâmios e hebreus entendiam que a possessão por deuses irados, demônios ou maus espíritos era responsável por tais comportamentos, sendo que encantamentos, preces ou poções eram considerados os principais “tratamentos”.

Na Grécia antiga, porém, a “loucura” chegou a ser considerada um privilégio. Filósofos como Sócrates (469-399 a.C.) e Platão (428-347 a.C.) defendiam a existência de uma forma de “loucura divina”. A palavra *manikê*, que pode ser traduzida tanto por divinatório quanto por delirante, era utilizada para aludir a essa forma de “loucura”. O delírio, a propósito, seria um meio a partir do qual alguns indivíduos, supostamente extraordinários, teriam acesso às verdades divinas. Tais pessoas seriam portadores de uma espécie de desrazão que as ligava ao sagrado e que não poderia ser apreendida, de maneira que elas deveriam manter distância dos assuntos “terrenos” (Silveira & Braga, 2005).

Nesse mesmo contexto histórico, a “loucura” era enquadrada por alguns como um capricho celestial. Assim, os deuses poderiam retirar a razão dos homens de acordo com seus desejos, levando-os, conseqüentemente, a comportamentos “anormais” (Pessotti, 1994; Silveira & Braga, 2005). Em uma época posterior, as manifestações de “loucura” passaram a ser tidas, mais especificamente, como castigos decorrentes de atos humanos que teriam irritado ou desafiado alguma divindade (Silva & Zanello, 2010).

Ésquilo (525-456 a.C.), o dramaturgo grego reconhecido como o pai da tragédia, julgava a “loucura” algo aceitável, dado que seria fruto de conflitos que ultrapassariam o livre arbítrio. Sua concepção sobre este fenômeno remete ao religioso/mitológico, mas não presume a submissão do homem aos deuses. Já Eurípedes (480-406 a.C.), outro expoente da tragédia grega clássica, retratou a “loucura” como um produto de conflitos psicológicos que causavam furor, ódio e vergonha e se cronificavam, levando ao predomínio do desejo sobre a razão. Tal concepção demonstra o início de uma psicologização da “loucura”, com a descrição de seus sintomas e a identificação de sua suposta origem (Pessotti, 1994).

Além de chancelar a existência da já referida *manikê*, Platão teorizou que o ser humano seria composto por três almas: uma racional, uma afetivo-espiritual e uma apetitiva. As três juntas formariam a *psychê* humana e, quando desequilibradas, levariam à “loucura” (Ceccarelli, 2005). Mas Platão teria sido influenciado por Hipócrates (460-377 a.C), considerado o pai da Medicina ocidental, que apontou o cérebro como o órgão responsável pela “loucura” e postulou que o comportamento humano seria regido pelos níveis relativos de quatro humores (líquidos) presentes no corpo: bile negra, bile amarela, sangue e fleuma.

Hipócrates, portanto, possivelmente foi o primeiro a associar a “loucura” a um desarranjo orgânico e, conseqüentemente, a tratar os “loucos” buscando restaurar o equilíbrio entre seus humores. Porém, em sua época continuou predominante a associação entre a “loucura” e intervenções divinas ou possessões demoníacas (Holmes, 1997). Este cenário

apenas começou a se transformar mais concretamente no século II, com o médico romano Cláudio Galeno (127-199 d.C.).

Retomando a teoria das três almas de Platão e a teoria dos quatro humores de Hipócrates, Galeno postulou que um princípio vital que seria incorporado pelo ser humano a partir do exterior pela respiração – o qual foi chamado de pneuma – seria distribuído pelas vias nervosas para todo o corpo. A “loucura” emergiria devido a problemas neste processo, os quais afetariam o encéfalo. Logo, a natureza da loucura teria uma característica híbrida: por um lado, seria de origem somática, e, por outro lado, seria psicológica quanto à sua manifestação, pois seus sintomas seriam a disfunção da imaginação, da razão ou da memória (Rebollo, 2006).

Em suma: ao longo da Antiguidade Clássica, isto é, no grande período compreendido entre os séculos VIII a.C e V d.C., gradativamente ocorreu um afastamento entre o místico e o racional, pois compreendeu-se que o sagrado precisaria ser separado das questões terrenas. Esse afastamento se faz presente em várias esferas da experiência humana. De qualquer forma, a “loucura” continuou sendo representada na arte a partir de suas supostas conexões com os vícios, as tentações, os pecados e os prazeres, o que sinaliza a persistência de um viés religioso. As obras *As tentações de Santo Antão* e *O jardim das delícias terrenas*, do pintor holandês Hieronymus Bosch (1450-1516), são emblemáticas nesse sentido.

Ocorre que, conforme Holmes (1997), na Idade Média – ou seja, entre os séculos V e XV – a religião ocupava um lugar de grande destaque na sociedade e a vida era considerada uma eterna luta entre o bem e o mal. Os comportamentos “anormais” típicos da “loucura” passaram a ser novamente atribuídos ao demônio. Nesse período, “sintomas clássicos da histeria, da melancolia, da mania, da depressão ou da ansiedade em suas várias formas e, talvez, da epilepsia, passam a indicar a possessão demoníaca” (Pessotti, 1994, p. 92). Exorcismo, espancamento, apedrejamento, tortura e até a mesmo a morte na fogueira eram

consideradas as principais estratégias para fazer frente à “loucura”.

As explicações místico-religiosas acerca da “loucura” começam a perder força nos séculos XV e XVI, com a evolução do conhecimento médico (Ceccarelli, 2005). E, como resultado desse processo, surge a noção de “alienado”, que passa a ser utilizada para aludir a um indivíduo que se caracteriza pela incapacidade de julgamento e, justamente por esse motivo, não pode ser responsabilizado por seus atos. Tal noção conduziu ao enquadramento da loucura como “doença mental”, como observaram Tavares e Hashimoto (2008).

De qualquer maneira, um resquício da Idade Média se fazia presente. Ocorre que as estruturas de exclusão social antes dedicadas aos leprosos foram, com o desaparecimento da lepra, redirecionadas para os “loucos”. Tais estruturas eram constituídas sobretudo por instituições localizadas fora dos limites das cidades, nas quais os internos – todos aqueles considerados indesejáveis pela sociedade – viviam acorrentados e, eventualmente, eram exibidos para o divertimento do público (Foucault, 1961/2010). A “loucura”, nesse contexto, era associada à animalidade. Não obstante, as referidas instituições, convertendo-se gradativamente em algo mais próximo dos hospitais psiquiátricos modernos, consolidaram o “louco” como objeto do saber médico.

Entre os séculos XVII e XVIII, portanto, os “loucos”, a exemplo dos pobres, vagabundos e criminosos, eram apartados da vida em sociedade e, por serem vistos como perigosos, inconvenientes e incapazes de gerir a própria vida, eram submetidos à tutela de especialistas. Isso porque o pensamento científico era supervalorizado, o que fez do hospital psiquiátrico um local de vigilância constante, em que havia uma preocupação com o registro contínuo das ações e com a institucionalização das relações. Tratava-se de um mundo à parte, que afastava cada vez mais os indivíduos de suas relações exteriores, até mesmo porque o isolamento era considerado terapêutico (Foucault, 1961/2010).

O médico francês Phillipe Pinel (1745-1826) foi um dos primeiros a empreender

esforços para que o “louco” pudesse receber outro tipo de assistência. Para tanto, se dedicou à classificação dos internos dos hospitais de Bicêtre e Salpêtrière. Os “loucos” foram então separados dos demais personagens considerados indesejáveis pela sociedade e liberados dos grilhões a que eram submetidos. Contudo, permaneceram isolados nos hospitais, em pavilhões organizados em função dos sintomas que apresentavam. Pinel objetivava observar o comportamento do “louco” em seu estado natural (Amarante, 2007).

Em 1801, Pinel publicou seu *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental*, obra na qual definiu a “loucura” como o desarranjo das faculdades mentais. A amoralidade em excesso foi apontada como a principal causa da “loucura”. Por esse motivo, o tratamento moral seria o mais indicado, já que seu objetivo era a reeducação e a mudança de hábitos supostamente amorais, de forma a adaptar o comportamento tido como desviante em relação aos padrões éticos vigentes (Pessotti, 1994). Ou seja, com Pinel, “a jurisprudência da alienação se torna condição indispensável para todo o internamento” (Foucault, 1961/2010, p. 132). E, sendo considerado extravagante e incapaz, o “louco” tem sua existência limitada por aqueles tidos como “normais”.

Sucedendo Pinel, o também médico francês Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840) deu continuidade às observações das alterações comportamentais e psíquicas dos “loucos” e difundiu a crença na existência de um conjunto de causas da “loucura”, todas elas, porém, ligadas às disfunções racionais. O foco da Psiquiatria estava direcionado para a “doença mental” e seus sintomas, com o intuito de conhecê-los para classificar os “loucos”, que seguiam mantidos em espaços fechados. E os sintomas eram confrontados com as referências “normais” da época (Ceccarelli, 2005).

Diferentes “doenças mentais” foram descritas minuciosamente nos tratados de Psiquiatria da época. Porém, a subjetividade do “louco” era desconsiderada (Ceccarelli, 2005). Sua erradicação do ambiente social era um desdobramento direto da concepção das

“doenças mentais” como condições abstratas, simbólicas e ideológicas (Basaglia, 2005). Logo, os hospitais psiquiátricos se tornaram cada vez mais superlotados, o que dificultava a delimitação entre a “loucura” e a “sanidade”, e, muitas vezes fomentava práticas violentas contra os internos. Assim, os hospitais psiquiátricos no século XIX e na primeira metade do século XX continuavam cumprindo a função de segregação de segmentos marginalizados da sociedade.

A credibilidade da Psiquiatria começou a ser colocada em xeque. Como desdobramentos desse processo surgiram em alguns países, dentre os quais o Brasil, as chamadas “colônias de alienados”, instituições construídas em grandes áreas agrícolas, onde os internos eram submetidos ao “trabalho terapêutico” e ao monitoramento de familiares contratados para esse fim. Contudo, as referidas instituições rapidamente passaram a funcionar, em seus aspectos básicos, como os hospitais psiquiátricos (Amarante, 2007). A eficácia dos métodos empregados no tratamento moral dos “loucos” passou, então, a ser questionada de modo mais enfático (Resende, 2000).

1.2 Origens e atualidades da Reforma Psiquiátrica Brasileira

As duas grandes Guerras Mundiais fizeram com que a sociedade refletisse sobre a natureza humana, o que criou um ambiente favorável às vindouras Reformas Psiquiátricas, ou seja, movimentos de problematização da assistência oferecida aos “loucos” e do lugar social reservados aos mesmos. Com o término da Segunda Guerra, mais especificamente, constatou-se que as situações vivenciadas pelos internos nos hospitais psiquiátricos eram semelhantes àquelas que caracterizavam os campos de concentração. E tal constatação promoveu iniciativas inovadoras em diversos países da Europa, as quais, inclusive, estabeleceram certos princípios ainda influentes na atualidade. As principais iniciativas nesse sentido foram a Comunidade Terapêutica, a Psicoterapia Institucional, a Psiquiatria de Setor, a Psiquiatria

Preventiva e a Psiquiatria Democrática (Amarante, 2007).

Para os adeptos da Comunidade Terapêutica, na Inglaterra, e da Psicoterapia Institucional, na França, o fracasso dos tratamentos oferecidos aos “loucos” decorria, essencialmente, ao modelo de gestão dos hospitais psiquiátricos, que deveria ser mais participativo e democrático. Além disso, o convívio entre os internos e o vínculo com os profissionais de saúde deveria ser valorizado. Já a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, movimentos difundidos na França e nos Estados Unidos da América, respectivamente, defendiam a substituição gradativa dos hospitais psiquiátricos por serviços de natureza comunitária, capazes de estimular a readaptação do “louco” à vida social. De acordo com as premissas da Psiquiatria Democrática, por fim, o paradigma psiquiátrico tradicional deveria ser abandonado, já que levava à exclusão social do “louco” (Amarante, 2007).

A Psiquiatria Democrática surgiu na Itália e teve como seu maior expoente o médico Franco Basaglia, responsável pela formulação de uma abordagem voltada à superação do aparato manicomial, não somente em termos da estrutura física dos hospitais psiquiátricos, mas também em termos do conjunto de saberes e práticas que propiciavam a existência de um lugar de isolamento, patologização e segregação da experiência humana (Amarante, 2007). Basaglia aplicou sua abordagem nas cidades de Gorizia e Trieste, onde criou uma rede de serviços de saúde que funcionavam em regime aberto e tornaram possível a extinção de hospitais psiquiátricos. Isso porque defendia que, ao adentrar em um hospital psiquiátrico, o sujeito se tornava vítima da eliminação de sua individualidade como pessoa.

Nas palavras de Basaglia:

Se a doença mental, em sua própria origem, é a perda da individualidade e da liberdade, no manicômio o doente não encontra outra coisa senão o espaço onde se verá definitivamente perdido, transformado em objeto pela doença e pelo ritmo do internamento. A ausência de qualquer projeto, a perda de um futuro, a condição permanente de estar à mercê dos outros, sem a mínima iniciativa pessoal, com seus dias fracionados e ordenados segundo horários ditados unicamente por exigências

organizacionais que – justamente enquanto tais – não podem levar em conta o indivíduo singular e as circunstâncias particulares de cada um: este é o esquema institucionalizante sobre o qual se articula a vida do asilo (2005, p. 25).

Basaglia (2005) ainda alertava que, mesmo em serviços abertos, há o risco de “muros transparentes” serem levantados se a visão da sociedade sobre o “louco” não for transformada. E, para tanto, mudanças nas estruturas sociais seriam necessárias, visando a diminuição da distância entre os “normais” e os “anormais” e a superação das barreiras que os separam com base em preconceitos. Logo, a Psiquiatria Democrática buscou promover a desinstitucionalização do “louco”, processo mais amplo do que a desospitalização na medida em que passa pela valorização de seu protagonismo e de sua autonomia e pela garantia de seus direitos. Esse conjunto de ideias foi a principal inspiração da Reforma Psiquiátrica que seria deflagrada anos depois no Brasil (Amarante, 2007).

O campo da saúde mental no Brasil possui uma história marcada pela hegemonia da perspectiva asilar, que, sendo centrada no transtorno mental, e não no paciente, incorria em um cuidado fragmentando (Cesarino, 1989; Vecchia & Martins, 2009). O início da mudança deste panorama foi concomitante com a eclosão da Reforma Sanitária Brasileira, que resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. Mas o marco inaugural da Reforma Psiquiátrica Brasileira pode ser identificado no final dos anos 1970, quando, sob a inspiração de Basaglia, surgiu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Opondo-se ao paradigma psiquiátrico tradicional, o MTSM difundiu um pensamento crítico por meio do qual defendia o tratamento da “loucura” fora do espaço do manicômio, a partir da desinstitucionalização (Lüchmann & Rodrigues, 2007).

Em 1987, foi realizado o II Congresso Nacional do MTSM, que contou com a participação de outros atores sociais, em especial usuários¹ e familiares, que se incorporaram à luta pela transformação das políticas e práticas psiquiátricas no Brasil. Assim, o MTSM

¹ Apesar das diferenças semânticas e políticas entre os termos “usuário” e “paciente”, no presente estudos os mesmos serão utilizados como sinônimos.

deixou de ser uma iniciativa técnico-científica e se constituiu enquanto movimento social articulado para reivindicar transformações no campo da saúde mental. O lema “Por uma sociedade sem manicômios” foi criado e uma nova orientação foi dada ao MTSM. A questão da loucura passou a ser discutida para além do limite assistencial, problematizando a situação do “louco” na sociedade. O chamado “Manifesto de Bauru” é fruto desse processo e oficializa a fundação do Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), que veio a substituir o MTSM.

Outro marco da Reforma Psiquiátrica foi a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do país, também em 1987. O chamado CAPS “Luís da Rocha Cerqueira”, na cidade de São Paulo, juntamente com os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPSs), inaugurados a partir de 1989, em Santos, se tornaram referências obrigatórias para a implantação de serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos no Brasil. Segundo Lüchmann e Rodrigues (2007), nesse período o MLA cresceu e se consolidou, viabilizando a realização, em 1993, do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial.

Neste evento foi elaborada a “Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental”, que constituiu um texto crucial para as políticas públicas de saúde e para a luta individual e coletiva dos usuários em prol do cuidado psicossocial. Lê-se o seguinte no referido documento:

Utilizamos a expressão “usuário”, assim como se utiliza a expressão “técnicos”, para designar situações específicas. Na verdade nós, usuários entre aspas, somos pessoas, seres humanos totais integrais, acima das condições circunstanciais dos serviços de saúde mental. Entretanto, as pessoas neste movimento não se chamam uns aos outros de usuários, mas companheiros, participantes e amigos.

A assistência à saúde mental é um direito de todo cidadão, independentemente de sua situação social, familiar e racial, e essa assistência não poderá em hipótese alguma justificar a violação de quaisquer direitos de cidadania.

[...]

A atenção em saúde mental não deve ser realizada em manicômios (instituições fechadas), mas em serviços abertos e menos restrito possível, tais como: Hospital Geral, Centro e Núcleos de Atenção Psicossocial, Centros de Convivência, Cooperativas, Grupos de Trabalho, Microempresas, Hospitais Dia e Noite, Lares e Pensões Abrigados, Associações Comunitárias, Grupos de Auto-Ajuda, Oficinas Abrigadas, etc.

[...]

Os serviços da saúde mental devem ser o mais próximo possível do local de moradia dos usuários, de forma descentralizada, garantindo-se o direito de escolha do usuário pelos serviços e profissionais de sua preferência.

Todo serviço de saúde mental deverá garantir o bem-estar físico, mental e emocional de seus usuários e também as exigências mínimas de higiene, segurança, condições ecológicas e ambientais, conforto, privacidade e alimentação de qualidade com supervisão profissional.

[...]

Todo serviço de triagem em saúde mental deve incluir uma avaliação psiquiátrica, psicológica, médico-clínica e social que garanta uma visão ampla e integrada do usuário e respeite a sua fragilidade e dignidade de ser humano (1993).

A implementação do SUS, efetivada por meio da Lei nº 8.080 (1990), também reforçou a Reforma Psiquiátrica Brasileira, em especial por meio de seu Artigo 2º, a qual define que:

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (1990).

A Portaria nº 224 (1992), por sua vez, veio a regulamentar todos os serviços de saúde mental no âmbito do SUS, definindo diretrizes para os atendimentos realizados em ambulatórios, NAPSs, CAPSs, hospitais-dia, serviços de urgência psiquiátrica ou unidades psiquiátricas em hospitais-gerais e também hospitais psiquiátricos. Tal documento tornou co-responsáveis os níveis estaduais e municipais no tocante ao sistema de saúde, designando aos mesmos o controle e a avaliação dos serviços prestados, bem como preconizou a diversidade de métodos e técnicas terapêuticas, a multiprofissionalidade, a continuidade dos atendimentos nos diversos níveis de atenção em saúde e a participação social. Além disso, proibiu práticas antes recorrentes, como se observa no excerto a seguir:

Tendo em vista a necessidade de humanização da assistência, bem como a preservação dos direitos de cidadania dos pacientes internados, os hospitais que prestam atendimento em psiquiatria deverão seguir as seguintes orientações:

– está proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes);

[...]

– deve haver registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados nos pacientes (1992).

Porém, antes da Portaria nº 224 (1992), o Projeto de Lei nº 3.657-A (1989), apresentado pelo então deputado Paulo Delgado, já propunha a extinção dos hospitais psiquiátricos. Ocorre que tal Projeto de Lei permaneceu por doze anos tramitando na Câmara Federal, sendo que, nesse processo, foi significativamente alterado até que se chegasse a uma redação final. Assim foi sancionada a Lei nº 10.216 (2001). De qualquer forma, a Lei em questão instituiu os princípios básicos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois definiu o seguinte, em seu Artigo 2º:

Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (2001).

A Lei nº 10.216 (2001) igualmente normatizou as internações psiquiátricas, que antes representavam a primeira opção de tratamento, tendo definido que:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

[...]

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

[...]

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários (2001).

A Portaria nº 336 (2002) representou um complemento à Lei nº 10.216 (2001) e à Portaria nº 224 (1992), tendo acrescentado novos parâmetros para os atendimentos ambulatoriais em saúde mental aos criar serviços específicos para a infância e a adolescência (CAPSi) e para pessoas com problemas relacionados à dependência química (CAPSad). Vale destacar também que, com a referida Portaria, os CAPSs tiveram sua abrangência ampliada e funcionamento diferenciado a partir de critérios populacionais, considerando-se ou município ou a região. Passaram a ser distinguidos, conseqüentemente, três tipos básicos de CAPSs, conforme a Tabela 1.

Tabela 1. *Tipos básicos de CAPSs, conforme a Portaria nº 336 (2002)*

Tipo de CAPS	População	Funcionamento
CAPS I	Entre 20.000 e 70.000 habitantes	Das 08:00 às 18:00, em dois turnos, durante os dias úteis da semana
CAPS II	Entre 70.000 e 200.000 habitantes	Das 8:00 às 18:00 horas, em dois turnos, durante os dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno, até às 21:00 horas
CAPS III	Mais de 200.000 habitantes	24 horas por dia, inclusive finais de semana e feriados

Ainda conforme a Portaria nº 336 (2002), os CAPSs devem estar capacitados para atender pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em três regimes de atendimento: intensivo (acompanhamento diário), semi-intensivo (acompanhamento duas ou três vezes por semana) e não-intensivo (atendimento semanal). E os atendimentos podem ser realizados individualmente ou em grupos realizados no próprio CAPS, inclusive por meio de oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio, bem como mediante visitas domiciliares e atividades comunitárias voltadas à reinserção familiar e social dos usuários.

Avanços decorrentes desse conjunto de documentos têm sido colocados em relevo na publicação “Saúde mental em dados”, organizada desde 2006 pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde. O levantamento realizado em 2015, por exemplo, apontou, por um lado, o constante crescimento do número de CAPSs no Brasil (2.209 em 2014), e, por outro lado, a progressiva diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos (25.988 no mesmo ano). Tais dados demonstram a consolidação dos CAPSs como serviços centrais para a efetivação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, por viabilizarem a oferta de cuidado psicossocial, de base comunitária, a pessoas com transtornos mentais, sempre procurando valorizar suas iniciativas de autonomia (Ministério da Saúde, 2015).

1.3 Rede de Atenção Psicossocial: qual o “lugar” da crise psiquiátrica?

A efetivação da Reforma Psiquiátrica Brasileira demanda a existência de diversos pontos de atenção à saúde, a fim de viabilizar a abordagem dos usuários em seus respectivos territórios, com a parceria da família e da comunidade. Para tanto, serviços complementares, integrados e resolutivos devem ser organizados em rede (Alverga & Dimenstein, 2006). Com base nestes princípios, a Portaria nº 3.088 (2011), instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), objetivando “a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde” para a assistência de pacientes com transtornos mentais ou problemas relacionados ao consumo abusivo de álcool e outras drogas.

O referido documento determinou que a RAPS deve ser constituída por um conjunto de elementos diferenciados por nível de atenção, na medida em que especificou o seguinte:

Art. 5º [...]

I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade Básica de Saúde;
- b) equipe de atenção básica para populações específicas:
 1. Equipe de Consultório na Rua;
 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- c) Centros de Convivência;

II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;
- III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:
- a) SAMU 192;
 - b) Sala de Estabilização;
 - c) UPA 24 horas;
 - d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
 - e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade de Recolhimento;
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) enfermaria especializada em Hospital Geral;
- b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII - reabilitação psicossocial (Portaria 3088, 2011)

Consequentemente, evidencia-se que uma gama de dispositivos é necessária para a prática do cuidado psicossocial, de modo a abranger tanto as fases de agudização dos sintomas quanto os momentos de estabilização do quadro clínico dos usuários. E tais dispositivos devem manter um diálogo constante entre si, bem como com a família e com a comunidade. Além disso, é importante salientar que a RAPS, embora seja concernente a uma política pública de saúde, depende da intersetorialidade como lógica de gestão, pois exige a interlocução entre vários setores, operacionalizada a partir de interfaces com políticas públicas de educação, habitação e segurança, dentre outras. Mas ressalte-se que, antes da criação da RAPS, o Ministério da Saúde (2004) já salientava que a rede de atenção à saúde mental deveria abranger todos os recursos comunitários governamentais e até mesmo não-governamentais e ser organizada em torno dos CAPSs.

O advento da RAPS não alterou a função estratégica dos CAPSs, cujo papel é ofertar assistência direta aos portadores de transtornos mentais – inclusive nas situações de crise psiquiátrica – e também regular a porta de entrada da rede em sua área de abrangência (Brasil, 2004). Por esse motivo, cabe aos profissionais lotados em CAPSs construir e gerenciar um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para cada usuário. Por meio do PTS, será materializado o conjunto de ações e estratégias desenvolvidas dentro e fora do espaço do CAPS em prol da reinserção social do paciente e do resgate de sua cidadania (Mângia & Barros, 2009). Contudo, tais objetivos somente serão atingidos se o mesmo puder transitar em seu território e se beneficiar dos diferentes pontos de atenção da RAPS, em consonância com suas necessidades em diferentes momentos.

Mas, na prática, qual tem sido o “lugar” da crise psiquiátrica na RAPS? Essa pergunta procede na medida em que o fenômeno em questão constitui um importante desafio ao cuidado psicossocial, pois geralmente emerge de modo súbito e, assim, implica em demandas que podem suscitar a retomada de práticas fundamentadas na perspectiva asilar, como

observaram Nicácio e Campos (2004). Um fator que, seguramente, influenciará tal processo diz respeito à forma como a crise psiquiátrica é concebida pelos profissionais lotados nos diferentes pontos de atenção. Ocorre que a palavra “crise” se reveste de certa ambivalência, até mesmo porque deriva do termo grego *krisis*, utilizado para designar um “momento decisivo”, capaz de gerar transformações positivas ou negativas, conforme Ferigato, Campos e Ballarin (2007).

Originalmente, a Medicina empregou a palavra “crise” para aludir a certa etapa no curso de uma doença a partir da qual poderia haver uma evolução para a cura ou para a morte, como observou Lancetti (2015). Porém, o nascimento da Psiquiatria promoveu uma conexão entre as noções de perigo e crise. A instabilidade e a imprevisibilidade passaram, então, a ser consideradas características centrais do paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica (Fialho, 2015). Tal fenômeno, portanto, acentuaria a inadequação social que já caracterizaria o “louco”. E é interessante notar que, atualmente, a palavra “crise” tende a ser aplicada, sobretudo, a situações de conflito ou escassez nos mais variados campos, como a política e a economia, por exemplo². Ou seja, o senso comum se apropriou da conotação predominantemente negativa que a Psiquiatria conferiu a tal palavra.

A suposta periculosidade da crise psiquiátrica foi relativizada apenas com o desenvolvimento de uma vertente contemporânea da Psiquiatria, a já mencionada Psiquiatria Preventiva. Um de seus principais expoentes, Caplan (1980) defendeu que um indivíduo em crise – portador ou não de transtorno mental – experimenta desorganização e descontinuidade, pois vivencia o rompimento de um determinado padrão de funcionamento. Como consequência, estaria vulnerável à eclosão ou à acentuação de um transtorno mental. Ao mesmo tempo, contudo, a crise representaria uma oportunidade de crescimento, desde que recursos psíquicos pudessem ser mobilizados em prol do reestabelecimento da homeostase.

² Justamente por essa razão optou-se por utilizar o adjetivo “psiquiátrica” para especificar qual tipo de crise é abordada no presente estudo.

Porém, tais proposições embasaram a criação de serviços de saúde cuja finalidade central era o mero controle momentâneo da crise, como observou Fialho (2015).

Já à luz do paradigma do cuidado psicossocial, a crise psiquiátrica pode ser compreendida como um momento delicado, de agudização dos sintomas do paciente com transtorno mental, o qual, porém, não deve ser resumido a um acontecimento psicopatológico, conforme Martins (2012). Em contrapartida, não se deve deixar de considerar que a crise psiquiátrica tipicamente implica em sofrimento, pois retira de um estado habitual o paciente, sua família, os profissionais responsáveis por seu atendimento e até mesmo a comunidade na qual o mesmo se encontra inserido. Trata-se, assim, de um fenômeno multifacetado e desafiador, o qual, para Amarante (1995), exige ações longitudinais e processuais, e não respostas automáticas e burocráticas.

Somando-se a isso, o atendimento à crise psiquiátrica, de acordo com Ferigato, Campos e Ballarin (2007), deve respeitar a condição humana de todos os envolvidos. As autoras, entretanto, salientam que a crise psiquiátrica determina uma “urgência de ação” e, por essa razão, pode ensejar intervenções de natureza tutelar ou coercitiva, as quais cristalizariam o usuário em uma impossibilidade de emancipação. A propósito, Fialho (2015) esclarece que, uma crise e uma urgência possuem dois pontos de convergência básicos: a presença de sofrimento grave e o caráter súbito. Mas não é possível reduzir uma situação à outra, pois a crise psiquiátrica, eventualmente, pode exigir assistência imediata, o que a aproximaria, em termos médicos, de uma emergência³.

Jardim e Dimenstein (2007) discutem outra faceta acerca deste tópico ao salientarem que, geralmente, são os familiares do paciente quem define a ocorrência de uma crise psiquiátrica ao identificarem sintomas-chave, como delírios e agitação, em função dos quais

³ De acordo com a Resolução nº 1.451 (1995), o Conselho Federal de Medicina define que uma “urgência em saúde” se caracteriza como um acontecimento que necessita de assistência médica rápida, na medida em que envolve prejuízo à saúde com a presença ou não de risco potencial à vida do sujeito acometido. Já uma “emergência em saúde” implica em um risco iminente à vida ou sofrimento intenso, de modo que exige assistência médica imediata.

algum serviço de saúde possivelmente a ser acionado. E também são eles os principais responsáveis pelo enquadramento da crise psiquiátrica como uma urgência, o que tende a ser feito quando a rotina familiar é afetada diretamente. Mas as autoras advertem que a associação existente entre as noções de urgência e risco enseja a “captura” da crise psiquiátrica mediante o recurso a intervenções que resgatam a lógica manicomial. Afinal, privilegiam a “estabilização” do paciente à custa da medicação e da contenção em detrimento da continência e do acolhimento.

Logo, conclui-se que equiparar uma crise psiquiátrica a uma urgência ou a uma emergência pode justificar as respostas que, tradicionalmente, têm sido oferecidas pela Psiquiatria para o manejo deste fenômeno, dentre as quais se destaca o emprego da medicação e da internação como recurso prioritário. Porém, a autora defende que, conforme o paradigma do cuidado psicossocial, a crise psiquiátrica deve ser compreendida como um “momento individual específico, no qual efervesce questões, afetos, gestos e comportamentos variáveis e singulares, que afetam em graus variáveis a vida cotidiana da própria pessoa e daqueles de seu convívio” (p. 96). Segundo essa mesma linha de raciocínio, Luzio concebe a crise psiquiátrica como um “momento complexo de radicalização do sofrimento ou da singularidade do modo de existência” (2010, p. 90). Portanto, a ênfase na negatividade da crise psiquiátrica a reduziria a apenas uma de suas dimensões.

O reconhecimento da crise psiquiátrica como momento de produção de mudanças, em contrapartida, se alinha aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois é compatível com a proposta de desinstitucionalização da “loucura” (Costa, 2007). E disso se pode depreender que os serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos, ao menos em tese, deveriam constituir o “lugar” preferencial da crise psiquiátrica na RAPS. Mais especificamente, Lobosque (2007) defende que compete aos CAPSs funcionar como espaço aberto para as crises psiquiátricas, já que uma de suas finalidades é acolher o sofrimento

mental, inclusive em seus momentos mais críticos. Tal entendimento, a propósito, foi oficializado por meio da Portaria nº 854 (2012), a qual, complementando a Portaria nº 3.088 (2011), explicita que um dos procedimentos a serem desenvolvidos nos CAPSs é o manejo da crise psiquiátrica (Brasil, 2012).

Logo, a atenção hospitalar deveria oferecer retaguarda aos CAPS e ser acionada somente nos casos em que a crise psiquiátrica, por seu agravamento clínico, demandasse a utilização da tecnologia hospitalar (Campos, 2015). Mas, como bem observou Fialho (2015), muitas vezes não é isso o que ocorre, por diversas razões. Conforme o autor, uma delas seria a fragilidade da rede de atenção à saúde mental. Outra razão seria a dificuldade dos profissionais lotados nos diferentes pontos de atenção – até mesmo nos CAPSs – quanto à operacionalização dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Como desdobramento dessa incapacidade, o manejo da crise psiquiátrica tende a ser pautado em posicionamentos individuais, por meio dos quais cada profissional age à sua maneira, comumente sem qualquer articulação comunitária ou intersetorial (Costa, 2007).

1.4 Produção científica sobre crise psiquiátrica no Brasil

Aparentemente, a crise psiquiátrica tem recebido menos atenção por parte dos pesquisadores brasileiros em comparação com outros temas relativos ao campo da saúde mental. Sendo assim, buscou-se traçar um breve panorama da produção científica nacional veiculada no formato de artigos que versam sobre o assunto. Para tanto, foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados Scientific Electronic Library Online – Brasil (SciELO–Brasil) e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PEPsic). As buscas foram conduzidas a partir da utilização do termo “crise psiquiátrica” sem qualquer cruzamento ou restrição quanto ao campo de busca, de modo a viabilizar a obtenção de resultados mais abrangentes. Foram localizados 44 artigos, mas verificou-se que somente 15 deles

contemplavam diretamente o tema em questão a partir de pesquisas de natureza empírica ou relatos de experiência. A seguir será apresentada uma síntese de cada um desses 15 artigos⁴, em ordem cronológica decrescente.

Os registros de atendimentos referentes a situações enquadradas como “urgências” ou “emergências psiquiátricas” realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no município de Teresina em 2014 foram analisados quantitativamente por Veloso, Monteiro, Veloso, Moreira e Monteiro (2018). Verificou-se que, de um total de 38.317 atendimentos, 1.088 ocorreram em virtude de “questões psiquiátricas”, sendo que 65,7% das chamadas foram motivadas por agitação e/ou agressividade, 8,5% por surtos psicóticos e 7,6% por tentativa e/ou ideação suicida. Os autores destacaram a importância do SAMU no âmbito da RAPS, por proporcionar atendimento rápido e resolutivo às “urgências” e “emergências psiquiátricas”. Por outro lado, problematizaram os encaminhamentos para hospitais psiquiátricos, verificados em 91,6% dos casos, salientando que tal desfecho para os atendimentos contraria a lógica da atenção psicossocial e evidencia a necessidade de uma maior articulação entre o SAMU e os serviços de saúde mental de base territorial.

Araújo, Godoy e Botti (2017) desenvolveram um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, visando a identificar as “situações emocionais” presentes no acolhimento de pacientes psicóticos em um CAPS de uma cidade do interior de Minas Gerais. Para tanto, analisaram os prontuários de 375 pacientes. Os resultados obtidos apontaram que episódios de crise psiquiátrica foram mais frequentes em homens jovens e solteiros, com diagnóstico de esquizofrenia, e que as “situações emocionais” presentes estavam relacionadas sobretudo a mudanças de comportamento que, conforme os autores, configurariam uma emergência psiquiátrica, tais como agitação e agressividade. Dessa forma, o empreendimento de

⁴ Os artigos de autoria de Lobosque (2007), Costa (2007) e Jardim e Dimenstein (2007) foram localizados mediante o levantamento bibliográfico aqui descrito, mas foram contemplados na seção anterior do texto por possuírem enfoque predominantemente teórico.

intervenções precoces, com enfoque preventivo, foi apontado como um caminho para o aprimoramento da atenção às psicoses nos CAPSs.

Martins (2017), por sua vez, problematizou a noção de crise psiquiátrica que sustenta a atuação em saúde mental, sendo que, para tanto, realizou observações da rotina em um CAPS – também de uma cidade do interior de Minas Gerais – e entrevistou profissionais que nele trabalhavam. Os dados obtidos foram analisados qualitativamente por meio da análise de conteúdo. Em linhas gerais, observou-se uma supervalorização do saber médico e, como consequência, da medicação e dos protocolos na atenção à crise psiquiátrica. Além disso, a maioria dos participantes vinculou a crise à agudez da sintomatologia psiquiátrica e a comportamentos desviantes da “normalidade”. Em contrapartida, alguns participantes deram a entender que compreendem a crise como um acontecimento subjetivo e multifacetado, para além de sua vertente comportamental-sintomática.

Igualmente recorrendo à análise de conteúdo para o tratamento qualitativo de dados oriundos de entrevistas e observações, Brito, Bonfada e Guimarães (2015) discutiram o atendimento prestado às crises psiquiátricas pelos profissionais do SAMU da cidade de Natal. As autoras constataram que os participantes – médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem – compreendem que o acionamento da Polícia Militar (PM) se revela necessário quando o paciente em crise psiquiátrica demonstra agressividade. Ademais, a contenção mecânica e o transporte para o hospital psiquiátrico da região foram mencionados como as principais ações do SAMU, sinalizando sua desarticulação em relação aos serviços substitutivos. Relatos que sugerem desresponsabilização no tocante à atenção à crise psiquiátrica, portanto, se mostraram recorrentes, sendo que a suposta falta de capacitação foi apontada como justificativa. Diante desse contexto, o estudo reforça que as intervenções desenvolvidas junto ao paciente em crise psiquiátrica por profissionais de qualquer ponto de atenção de urgência e

emergência – inclusive de unidades móveis – devem seguir os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Já Santos, Rodriguez e Fay (2014) relataram a experiência derivada da utilização da psicoterapia grupal junto a pacientes psicóticos internados em um hospital psiquiátrico de Porto Alegre. A intervenção em questão foi desenvolvida ao longo de quatro encontros semanais de uma hora, voltados especificamente a mulheres. Para as autoras, a psicoterapia grupal se mostrou uma ferramenta importante para a redução dos sintomas relacionados à crise psiquiátrica, estimulando a criação de laços sociais entre as pacientes e possibilitando a expressão e a ressignificação de sentimentos. Contudo, foi enfatizada a necessidade de preparo técnico e pessoal dos profissionais de saúde que se propõem a colocar em prática tal ferramenta.

Willrich, Kantorski, Antonacci, Cortes e Chiavagatti (2014) desenvolveram uma pesquisa qualitativa que visou a conhecer os sentidos quanto às formas de se lidar pacientes em crise psiquiátrica. A coleta de dados envolveu a realização de entrevistas junto a profissionais de um CAPS do município de Alegrete. Os participantes, de modo geral, afirmaram que a contenção – física ou química – muitas vezes se afigura como um recurso comum na atenção às crises, mas elencaram dificuldades quanto à sua utilização. Consequentemente se justificaria o acionamento da PM. Apesar disso, os profissionais de Enfermagem foram apontados como os principais responsáveis pelo atendimento aos pacientes em crise psiquiátrica, como se uma abordagem multiprofissional não fosse necessária.

Silva e Dimenstein (2014) se diferenciaram por terem realizado uma pesquisa-intervenção, cujo intuito foi problematizar as estratégias utilizadas na atenção à crise psiquiátrica em um CAPS de uma capital do Nordeste. A coleta de dados foi executada por meio de entrevistas semiestruturadas e rodas de conversa, das quais participaram os

profissionais do serviço em questão. Os resultados obtidos indicaram que, para os participantes, a falta de leitos em hospitais gerais e a indisponibilidade do regime de hospitalidade em serviços substitutivos dificultam o manejo da crise psiquiátrica, em particular nos casos mais graves. Intervenção medicamentosa, contenção física e assistência domiciliar foram outras estratégias citadas pelos participantes como passíveis de adoção em situações de crise psiquiátrica. As autoras concluíram que a identificação de risco de periculosidade se destacou como o fator mais decisivo para a construção de uma resposta à crise psiquiátrica entre o conjunto de profissionais de saúde em questão.

O estudo de Bonfada, Guimarães, Miranda e Brito (2013), por outro lado, distinguiu-se por seu objetivo: mapear, qualitativamente, os conhecimentos de profissionais de saúde do SAMU de Natal sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira. A coleta de dados envolveu a realização de entrevistas semiestruturadas. Verificou-se, a partir da execução de uma análise temática, que a maioria dos participantes acreditava que a internação de um paciente em crise psiquiátrica se justificaria quando o mesmo gera “incômodo” à sua família ou à sua comunidade. Logo, o modelo hospitalocêntrico ainda parece ser utilizado pelos mesmos como norte para a assistência às “urgências psiquiátricas”. Além disso, um suposto “abandono” do paciente após a internação foi recorrentemente mencionado como um dos desdobramentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o que revela a predominância de conhecimentos deturpados sobre seus princípios.

Machado e Santos (2013) investigaram qualitativamente as experiências vividas em serviços substitutivos de saúde mental de uma cidade do interior de São Paulo por pacientes com transtornos mentais que haviam sido internados mais de uma vez em hospitais psiquiátricos. Os participantes foram entrevistados mediante o emprego de um roteiro semiestruturado e, em linhas gerais, relataram que o atendimento médico era direcionado apenas para o controle da medicação e que, frequentemente, os demais profissionais de saúde

não lhes proporcionaram um espaço de escuta. Alguns participantes, inclusive, sinalizaram que foram encaminhados para internação porque os serviços substitutivos nos quais vinham sendo atendidos não dispunham dos recursos necessários para o atendimento à crise psiquiátrica. Os autores, assim, realçam que, na prática, a reinternação psiquiátrica pode derivar da insuficiência dos serviços substitutivos.

Willrich, Kantorski, Chiavagatti, Cortes e Antonacci (2013) exploraram qualitativamente, junto aos mesmos participantes – profissionais de um CAPS do município de Alegrete – da pesquisa das autoras citada previamente, os sentidos da atenção à crise psiquiátrica no território. Os resultados obtidos dão conta de que muitos participantes demonstram responsabilização quanto ao acolhimento de pacientes em crise, inclusive no contexto domiciliar. O encaminhamento para um serviço hospitalar, porém, se revelou uma estratégia frequente. Nesses casos, de qualquer forma, alguns participantes afirmaram que acompanham a evolução até o momento da alta. Ademais, a realização de constantes ajustes no Projeto Terapêutico Singular (PTS) foi apontada como um cuidado importante para a prevenção de novas crises e evitar prescrições verticais.

A pesquisa quantitativa de caráter descritivo de Cardoso e Galera (2011) teve como participantes egressos de internação psiquiátrica no município de Ribeirão Preto, sendo que o objetivo básico foi identificar as características sócio-demográficas e clínicas dos mesmos. Um questionário foi utilizado na coleta de dados. Verificou-se que os participantes, em sua maioria, eram mulheres de baixa escolaridade, baixa renda e que não exerciam nenhum trabalho. Os diagnósticos de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes foram os mais frequentes. Adicionalmente, observou-se que, de acordo com registros em prontuários, as principais justificativas para a internação foram: hostilidade (agressividade, irritabilidade, agitação), ideação ou tentativa de suicídio e sintomas psicóticos. As autoras sublinharam que a internação, quando realizada de forma criteriosa, pode ser a terapêutica

mais adequada à crise psiquiátrica, mas salientaram que os serviços de atendimento comunitários são extremamente relevantes na prevenção de uma possível reinternação.

Os sentidos acerca da atenção à crise psiquiátrica, em particular no tocante a sujeitos que demonstram comportamento agressivo, foram investigados qualitativamente por Willrich, Kantorski, Chiavagatti, Cortes e Pinheiro (2011). Novamente os participantes foram os profissionais de um CAPS do município de Alegrete entrevistados para os fins dos dois estudos posteriores já citados que foram desenvolvidos por tais autoras. Basicamente, percebeu-se que os sentidos de periculosidade e medo associados socialmente à “loucura” tendem a ser atualizados para os momentos de crise, o que, muitas vezes, conduz a práticas de exclusão e segregação. Mas os participantes parecem tanto demonstrar disponibilidade para o cuidado quanto experimentar receio quando se deparam com usuários que se mostram agressivos, sendo tal sentimento mais comum em face daqueles desconhecidos no serviço.

Ferrari (2010), por sua vez, analisou a criação de um centro de acolhimento da crise psiquiátrica em um hospital de Belo Horizonte. O referido serviço substituiu um anterior, que funcionava como centro de triagem pautado na lógica do encaminhamento. A autora, com base na análise qualitativa de prontuários e em entrevistas realizadas com profissionais de saúde, concluiu que o novo serviço tem sido buscado essencialmente em situações nas quais o paciente representa risco para si e para outros, em especial na percepção de sua própria família. Alguns participantes, inclusive, referiram que certas famílias procuram “livrar-se” do paciente pelo maior tempo possível, mas outras parecem ansiar pelo alívio do sofrimento que o mesmo apresenta em função da crise psiquiátrica. Quanto aos possíveis indicadores de crise psiquiátrica considerados no serviço em questão, os participantes elencaram, principalmente, alterações do comportamento, como agitação, agressividade e isolamento, os quais não dependeriam da escuta do paciente. Paradoxalmente, a escuta foi apontada como condição para o acolhimento da crise psiquiátrica.

No centro de acolhimento da crise psiquiátrica de Belo Horizonte que constituiu o cenário do estudo de Ferrari (2010) também foi realizada a pesquisa de Volpe, Silva, Carmo e Santos (2010). O intuito foi descrever a evolução temporal dos atendimentos e identificar eventuais mudanças, inclusive em relação ao perfil dos pacientes. Dados do serviço de informação da instituição foram resgatados e analisados quantitativamente. Observou-se que, de 2002 a 2007, o número de atendimentos se manteve sem grandes alterações, apesar da ampliação da rede de saúde mental, e que houve aumento do número de pacientes que retornam ao serviço no mesmo ano, o que pode indicar falhas no encaminhamento para outros serviços. Igualmente foi constatada redução de diagnósticos associados a álcool e drogas de abuso, sendo que os transtornos psicóticos foram prevalentes.

Fiorati e Saeki (2008) realizaram um estudo de caso qualitativo em uma unidade de internação psiquiátrica a fim de demarcar contribuições do acompanhamento terapêutico como prática clínica em situações de crise psiquiátrica na cidade de Ribeirão Preto. As autoras recorreram à observação participante para a coleta de dados. Constatou-se que o acompanhamento terapêutico fomentou um cuidado mais humanizado e singularizado, bem como favoreceu a reinserção social dos pacientes e intensificou a adesão dos mesmos aos tratamentos, prevenindo, conseqüentemente, o processo de cronificação. Além disso, se mostrou relevante no sentido de facilitar a comunicação com os demais serviços da rede de saúde mental do município e da região e de acolher o sofrimento dos familiares, pois, muitas vezes, demandou a exploração do ambiente domiciliar.

Em suma, os artigos contemplados evidenciam que as estratégias passíveis de utilização na atenção à crise psiquiátrica são diversas, mas, no país, a internação permanece se sobressaindo como a mais esperada ou praticada. Em parte, isso parece acontecer devido à insuficiência dos recursos disponíveis nos serviços substitutivos, em especial nos CAPSs. Contudo, tal cenário contraria as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, já que implica

no distanciamento do paciente em relação à sua família e à sua comunidade. Ademais, o levantamento bibliográfico aqui apresentado sugere que tende a ser visado, sobretudo, o silenciamento e a reversão da crise psiquiátrica, que é indiscriminadamente equiparada a um mero estado de perturbação. Esse conjunto de resultados esclarece importantes pontos a respeito do assunto, mas seguramente não o esgota. O presente estudo foi concebido levando-se em conta este fato, e procurou acrescentar à literatura especializada mediante a definição de um objetivo diferenciado, referente à noção de imaginário coletivo, em sua acepção psicanalítica, como será detalhado adiante.

Cabe mencionar também que os artigos ora revisados derivam de pesquisas desenvolvidas em um conjunto relativamente reduzido de cidades brasileiras por um pequeno grupo de autores(as). Seria interessante, assim, explorar a temática da crise psiquiátrica em outras localidades, a partir de novos olhares, pois, ao menos em tese, a diversificação no tocante a estes aspectos poderia favorecer o avanço do conhecimento científico atualmente disponível. Tal avanço, inclusive, se faz necessário, considerando-se que o alinhamento da atenção à crise psiquiátrica em relação aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira – devido à história recente deste processo – ainda parece demandar a superação de variados obstáculos e, a rigor, envolve o recurso a práticas em plena construção. Logo, uma série de questões em torno do assunto permanece em aberto.

Em estudos futuros, igualmente seria recomendável o emprego de outros procedimentos para a coleta e a análise de dados, já que foi verificada certa repetição neste sentido entre os artigos. Mais especificamente, a sondagem de fatores afetivo-emocionais não-conscientes acerca da crise psiquiátrica – quer seja por parte de pacientes, familiares ou profissionais de saúde mental – talvez possa subsidiar a delimitação das bases simbólicas sobre as quais se assenta a redução de tal fenômeno à sua face negativa⁵. E, quando ocorre esse tipo de redução, tendem a emergir práticas que desvalorizam o protagonismo e a autonomia daquele que tem sua existência atravessada por uma crise psiquiátrica. A retomada

⁵ Tal observação também foi considerada no presente estudo.

sistemática de práticas dessa natureza no país, a propósito, constitui uma ameaça real, já que o modelo hospitalocêntrico ainda se encontrava enraizado em nosso meio e, como alertam Amarante e Nunes (2018), pode vir a ser equivocadamente retomado como desdobramento da reorientação conservadora vigente.

1.5 A noção de imaginário coletivo em sua acepção psicanalítica

Não é difícil constatar que o manejo da crise psiquiátrica por parte dos profissionais lotados em CAPSs será influenciado pela forma como tal fenômeno é concebido pelos mesmos. E parece razoável propor que a noção de imaginário coletivo, em sua acepção psicanalítica, pode proporcionar esclarecimentos neste sentido. Ocorre que, nesta vertente teórica, tal noção foi gradativamente construída a partir do trabalho pioneiro desenvolvido pela psicanalista brasileira Tânia Maria José Aiello-Vaisberg⁶ com o intuito de identificar manifestações de preconceito e discriminação contra diferentes grupos sociais. Sendo assim, o imaginário coletivo alude, basicamente, ao complexo constituído pelos fatores afetivo-emocionais não-conscientes que influenciam as práticas de um determinado público em relação a certo fenômeno (Aiello-Vaisberg & Ambrosio, 2013).

Em outras palavras, o imaginário coletivo engloba as crenças, emoções e imagens que sustentam ações humanas (Pontes, Barcelos, Tachibana, & Aiello-Vaisberg, 2010). Logo, quando se investiga psicanaliticamente o imaginário coletivo de um grupo social, torna-se possível compreender como um assunto em particular é pensado, sentido e abordado pelo mesmo. A noção em questão, portanto, diz respeito a um “sistema de interpretações” que se afigura como um “referente necessário a ponto de se confundir com a própria realidade” (Giust-Desprairies, 2005, p.187). Consequentemente, o imaginário coletivo não se reduz a uma produção imaginativa meramente abstrata, mas, sim, constitui algo capaz de se expressar concretamente em variados contextos sociais.

Tendo em vista o que precede, Aiello-Vaisberg e Machado (2008) esclarecem que a noção de imaginário coletivo se articula diretamente com a definição de conduta proposta

⁶ Docente da Universidade de São Paulo e, posteriormente, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

pelo psiquiatra e psicanalista argentino José Bleger. Esta definição se caracteriza pela abrangência, pois estabelece que qualquer manifestação humana pode ser enquadrada como uma conduta. Ademais, o autor diferenciou três áreas de expressão das condutas: a mente, o corpo e o mundo externo. Mais precisamente, a noção de imaginário coletivo, em sua acepção psicanalítica, abrange fenômenos que podem se expressar no plano mental como produções imaginativas ou no mundo externo como práticas. E entre tais fenômenos eventualmente há integração ou dissociação de uma área de expressão para outra.

Diversas pesquisas nacionais recentes têm sido organizadas a partir da noção de imaginário coletivo em sua acepção psicanalítica. Rosa, Lima, Peres e Santos (no prelo) destacam que, em algumas delas, os participantes foram sujeitos que vivenciam pessoalmente o fenômeno abordado. Ribeiro, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2008), por exemplo, investigaram o imaginário coletivo do estudante de Psicologia sobre sua própria formação profissional. Em contrapartida, outras pesquisas tiveram como participantes sujeitos que, de uma forma ou de outra, assistem pessoas que vivenciam pessoalmente o fenômeno abordado. Ávila, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2008) procederam este tipo de recorte ao trabalharem com professores do ensino superior, sendo que o objetivo foi a compreensão do imaginário coletivo sobre a inclusão escolar.

Outras pesquisas, com propostas equivalentes, contaram com a participação de profissionais de saúde e elegeram como objeto fenômenos com os quais os mesmos lidavam em seu cotidiano de trabalho. Em uma delas, Tachibana, Ambrosio, Beaune e Aiello-Vaisberg (2014) buscaram compreender o imaginário coletivo de enfermeiras sobre a mulher cuja gravidez foi interrompida. Junto a este mesmo público, Granato, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2011) exploraram o imaginário coletivo sobre o cuidado materno. Já Miranda, Serafini e Baracat (2012) se debruçaram sobre o imaginário coletivo de médicos no exercício da reprodução assistida sobre situações de difícil manejo. E as pesquisas de Silva e Peres (2016) e Simões, Ferreira-Teixeira e Aiello-Vaisberg (2014), de diferentes maneiras, se situam mais

especificamente no campo da saúde mental, pois contemplaram o imaginário coletivo de agentes comunitárias de saúde sobre pacientes psiquiátricos e de profissionais de saúde mental sobre o envelhecimento, respectivamente.

Rosa, Lima, Peres e Santos (no prelo) concluíram que as pesquisas realizadas até o momento fornecem evidências suficientes de que a exploração psicanalítica do imaginário coletivo é capaz de trazer à tona elementos constituintes da subjetividade grupal de distintos públicos a respeito de uma ampla gama de fenômenos. Além disso, revelam que o imaginário coletivo é composto por crenças, emoções e imagens que ultrapassam o plano da consciência e se configuram à custa de experiências compartilhadas em determinados grupos sociais. Por essa razão, possuem um caráter intersubjetivo, e não intraindividual. Porém, o levantamento bibliográfico realizado para os fins do presente estudo indica que nenhuma dessas pesquisas tratou diretamente do fenômeno em foco nesta oportunidade: a crise psiquiátrica.

-

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

O presente estudo possui como objetivo geral compreender o imaginário coletivo de profissionais de um CAPS acerca do paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica.

2.2 Objetivo específico

O presente estudo possui como objetivo específico identificar possíveis relações entre crenças, emoções e imagens sugestivas de aproximações ou distanciamentos quanto aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e o imaginário coletivo de profissionais de um CAPS acerca do paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica.

3. MÉTODO

No universo das pesquisas que, devido ao enfoque compreensivo, são designadas como qualitativas, diversas abordagens metodológicas vêm sendo adotadas. Em consonância com Aiello-Fernandes, Ambrosio e Aiello-Vaisberg (2012), a Psicanálise se afigura como uma valiosa – porém ainda subutilizada – opção neste sentido, considerando-se que Freud foi claro ao postular que sua criação intelectual não deveria ser reduzida a uma modalidade terapêutica, mas, sim, compreendida em três dimensões, sendo uma delas metodológica. A citação a seguir constitui uma evidência quanto a isso:

Psicanálise é o nome de (1) um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo, (2) um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos e (3) uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas, e que gradualmente se acumula numa nova disciplina científica (Freud, 1996/1923[1922], p.284).

Partindo deste princípio, Herrmann (1988) delineou diferentes tipos de pesquisa nos quais a Psicanálise pode ser empregada. Um deles se define pela utilização do método psicanalítico, dentro ou fora de *settings* de atendimento, em prol da exploração interpretativa de experiências humanas. E as pesquisas sobre o imaginário coletivo em sua acepção psicanalítica correspondem a tal tipo de pesquisa, conforme Aiello-Fernandes, Ambrosio e Aiello-Vaisberg (2012). O mesmo se aplicaria, portanto, ao presente estudo, de forma que o mesmo poderia ser designado como uma “pesquisa qualitativa com método psicanalítico”, acompanhando a terminologia proposta pelas referidas autoras.

3.1 Participantes

Participaram do presente estudo 10 profissionais lotados em um CAPS de um município do interior do Estado de Minas Gerais. Cada participante, intencionalmente, ocupava um dos cargos existentes no serviço de saúde mental em questão, a saber: (a) médico

psiquiatra, (b) psicólogo, (c) farmacêutico, (d) assistente social, (e) enfermeiro, (f) técnico de Enfermagem, (g) auxiliar de serviços gerais, (h) assistente administrativo, (i) enfermeiro responsável técnico e (j) coordenador da instituição. Portanto, a variedade de tipos (Turato, 2011) foi o principal critério de inclusão dos participantes. Como se vê na Tabela 2, a maioria dos participantes era do sexo feminino. A faixa etária dos mesmos variou dos 27 aos 55 anos e o tempo de experiência em CAPSs oscilou de 15 anos a 1 ano e nove meses. Já o tempo no cargo atual variou de 9 anos a 1 ano e 9 meses. Adicionalmente, é válido esclarecer que o participante que ocupava o cargo de coordenador da instituição era graduado em Psicologia.

Tabela 2. Caracterização dos participantes, em termos de sexo, cargo, idade, tempo de experiência em CAPSs e tempo no cargo atual

Participantes	Sexo	Cargo	Idade	Tempo de experiência em CAPSs	Tempo no cargo atual
Participante 1	Feminino	Assistente social	41 anos	15 anos	9 anos
Participante 2	Masculino	Assistente administrativo	44 anos	1 ano e 9 meses	1 ano e 9 meses
Participante 3	Feminino	Psicólogo	27 anos	2 anos e 1 mês	1 ano e 7 meses
Participante 4	Feminino	Farmacêutico	38 anos	2 anos	2 anos
Participante 5	Masculino	Enfermeiro responsável técnico	34 anos	3 anos	3 anos
Participante 6	Feminino	Psiquiatra	46 anos	8 anos	8 anos
Participante 7	Feminino	Auxiliar de serviços gerais	55 anos	11 anos	11 anos
Participante 8	Feminino	Técnico de Enfermagem	37 anos	3 anos e 2 meses	3 anos e 2 meses
Participante 9	Feminino	Coordenador da instituição	41 anos	11 anos	4 anos e 8 meses
Participante 10	Feminino	Enfermeiro	43 anos	12 anos	2 anos e 4 meses

3.2 Instrumento

O Procedimento de Desenho-Estória com Tema (DE-T) foi o instrumento utilizado no presente estudo. Trata-se de um recurso mediador de natureza lúdica concebido para facilitar a comunicação intersubjetiva de indivíduos e coletivos, conforme a definição de Aiello-Vaisberg e Ambrosio (2013). As autoras esclarecem que o DE-T deriva do Procedimento de Desenhos-Estória (D-E), o qual visa à formalização de um conhecimento compreensivo sobre o sujeito, ou seja, almeja a obtenção de elementos capazes de subsidiar a apreensão empática de sua experiência emocional, em especial – mas não apenas – no âmbito de um processo psicodiagnóstico. O DE-T, mais especificamente, se orienta para a captação dos determinantes afetivo-emocionais não-conscientes das condutas. Por essa razão, se consolidou como o instrumento de “primeira escolha” para a investigação do imaginário coletivo em sua acepção psicanalítica, conforme Santos e Peres (no prelo).

Quando da utilização do DE-T, o sujeito é solicitado a executar um desenho com um tema pré-determinado, a elaborar uma estória sobre o desenho e a criar um título para a mesma. Por fim, são procedidas algumas perguntas no sentido de esclarecer determinados aspectos do desenho ou da estória, ou estimular novas associações. Portanto, é possível adaptar facilmente a consigna para viabilizar, em diferentes enquadres, a investigação do imaginário coletivo de variados públicos em relação a uma ampla gama de fenômenos, como sublinham Russo, Couto e Aiello-Vaisberg (2009). É importante ainda destacar que o DE-T não se afigura como um teste psicológico, mas, sim, deve ser entendido como um dispositivo para a promoção de um encontro inter-humano capaz de fomentar o contato do sujeito com questões a respeito das quais ele não possuía clareza até então (Aiello-Vaisberg & Ambrosio, 2013; Ribeiro, Tachibana, & Aiello-Vaisberg, 2008).

3.3 Coleta de dados

Tendo sido obtidas as autorizações institucionais que se faziam necessárias, foi solicitada à coordenação do CAPS em questão o número de telefone de todos os profissionais lotados no serviço. Tal CAPS foi privilegiado devido a contatos pessoais da pesquisadora. Exceto no que diz respeito aos cargos de enfermeiro responsável técnico e coordenador da instituição, que contavam com apenas um contratado⁷, os profissionais foram previamente divididos em subgrupos. O cargo ocupado pelos mesmos, assim, foi o parâmetro utilizado para tanto. Após tal divisão, procedeu-se a seleção aleatória de um integrante de cada subgrupo. Os profissionais sorteados foram contatados por telefone e convidados a participar do presente estudo. Não houve nenhuma recusa. Desse modo, foi agendado, com cada um dos profissionais contatados, um local, dia e horário de comum acordo para a coleta de dados.

No primeiro momento da coleta de dados, os participantes foram solicitados a informar idade, tempo de experiência em CAPSs e tempo no cargo atual. Na sequência, utilizou-se o DE-T, com a seguinte consigna: “Desenhe um paciente com transtorno mental que esteja vivenciando uma situação de crise psiquiátrica”. Para tanto, os participantes receberam lápis e papel, além de que foram esclarecidos que não seria necessária qualquer habilidade artística para a realização da tarefa. Depois solicitou-se a elaboração, por escrito, de uma estória sobre o desenho, a criação de um título para a estória e foram realizadas perguntas acerca do desenho ou da estória conforme considerado necessário. Logo, as perguntas sofreram certa variação de um participante para outro, como tipicamente ocorre quando do emprego do DE-T.

Ressalte-se que o DE-T pode ser utilizado coletivamente ou individualmente em prol da investigação do imaginário coletivo, como observaram Rosa, Lima, Peres e Santos (no prelo). Acompanhando a estratégia adotada nas pesquisas de Pontes, Cabrera, Ferreira e

⁷ À época da coleta de dados, trabalhavam no CAPS em questão 4 médicos psiquiatras, 11 psicólogos, 2 farmacêuticos, 2 assistentes sociais, 3 enfermeiros, 10 técnicos de Enfermagem, 6 auxiliares de serviços gerais, 2 assistentes administrativos, 1 enfermeiro responsável técnico e 1 coordenador da instituição.

Aiello-Vaisberg (2008), Granato, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2011), Miranda, Serafini e Baracat (2012), Simões, Ferreira-Teixeira e Aiello-Vaisberg (2014) e Tachibana, Ambrosio, Beaune e Aiello-Vaisberg (2014), no presente estudo a opção foi pelo emprego individual, devido à sua maior viabilidade e praticidade. Por fim, faz-se necessário informar que a coleta de dados foi gravada em áudio, a fim de garantir o registro das verbalizações apresentadas espontaneamente pelos participantes durante a produção de seus respectivos desenhos e histórias, bem como das respostas fornecidas às perguntas que lhes foram colocadas.

3.4 Análise de dados

O *corpus* do presente estudo foi constituído pelo conjunto do material obtido a partir da utilização do DE-T, incluindo aquele decorrente da transcrição das gravações em áudio. Tal *corpus* foi submetido à interpretação psicanalítica, estratégia metodológica imprescindível em pesquisas sobre o imaginário coletivo (Rosa, Lima, Peres, & Santos, no prelo). Neste processo, foram seguidas as diretrizes propostas por Herrmann (1979), as quais estabelecem, basicamente, que se deve, recorrendo à atenção flutuante, examinar o material sem qualquer pré-julgamento e então associar livremente sobre o mesmo para, assim, viabilizar a identificação de suas bases simbólicas não-conscientes.

Mais especificamente, a análise de dados foi orientada para a delimitação dos campos de sentido que sustentam o imaginário coletivo dos participantes acerca do paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica, de acordo com o objetivo do presente estudo. E cada campo de sentido se afigura como uma espécie de “mundo emocional” habitado – ou, em outros termos, de uma posição existencial ocupada – pelo sujeito de modo não-consciente (Aiello-Vaisberg & Machado, 2008). Ressalte-se que a delimitação dos campos de sentido foi empreendida, em um primeiro momento, em conjunto pela pesquisadora e pelo orientador responsável, sendo que, em um segundo momento, em consonância com uma estratégia

recorrentemente utilizada em pesquisas sobre o imaginário coletivo, as interpretações formuladas foram debatidas em uma reunião do respectivo grupo de pesquisa, a fim de se determinar a validade externa dos resultados.

3.5 Cuidados éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (Parecer 2.793.706) e levou em consideração os cuidados estabelecidos pela legislação vigente no país a propósito de pesquisas com seres humanos. Todos os participantes foram informados de que teriam suas identidades preservadas, sendo que, para minimizar eventuais riscos de identificação, não seria mencionado, em qualquer publicação derivada do presente estudo, o CAPS em que os mesmos trabalhavam e sequer a cidade em que o serviço se situava. Além disso, enfatizou-se que a participação seria voluntária e a anuência prévia – formalizada mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – poderia ser retirada a qualquer momento, inclusive após a coleta de dados, sem nenhuma espécie de coação, se qualquer participante assim desejasse. Contudo, não houve nenhuma desistência.

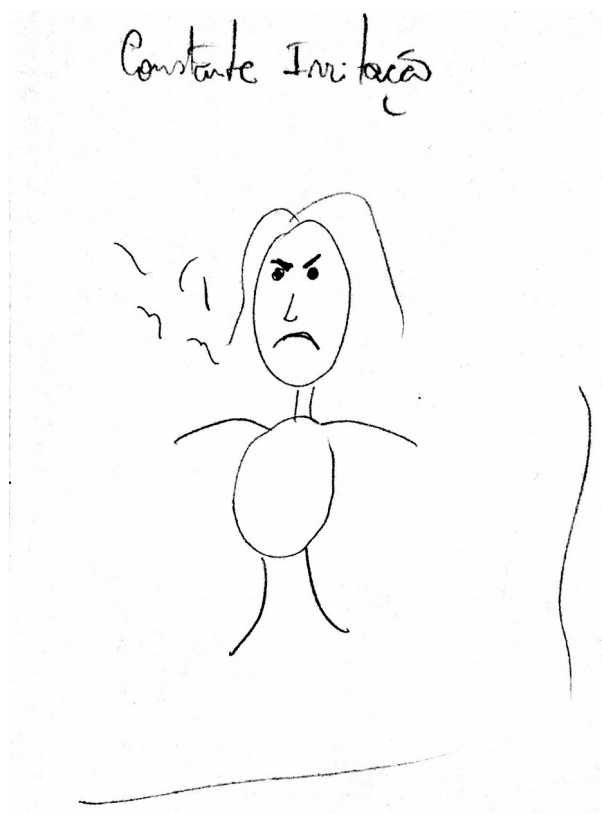
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise de dados, mediante o recurso à interpretação psicanalítica, levou à configuração de dois campos de sentido, assim intitulados: *O paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica como alguém perturbado* e *O paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica como alguém perturbador*⁸.

4.1 O paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica como alguém perturbado

O primeiro campo de sentido captado tem como base a presença marcante de uma imagem negativa acerca do paciente em crise psiquiátrica no imaginário coletivo dos participantes. Ocorre que os mesmos, sem exceção, conceberam a crise psiquiátrica como um acontecimento psicopatológico por excelência. Vejamos caso a caso como isso se deu. A estória elaborada pelo Participante 1 diz respeito a uma paciente que, devido a conflitos familiares, se encontrava “agitada”, “ansiosa”, “agressiva” e “delirante”. De forma semelhante, o Participante 2 criou uma estória – verídica, como enfatizado por ele – sobre um paciente “agitado”, nervoso”, “irritado”, que demonstrava “ansiedade ao extremo”, “falava sem parar” e ameaçou matar a própria mãe. E vale destacar que a feição do paciente no desenho claramente sugere contrariedade.

⁸ No decorrer da apresentação dos campos de sentido, serão utilizadas aspas para sinalizar palavras utilizadas pelos próprios participantes.



Desenho elaborado pelo Participante 2

Vivenciando sua primeira crise psiquiátrica, o protagonista da estória do Participante 3 apresentava “ideias confusas” e “sensações estranhas”, bem como havia perdido o “controle dos seus sentidos”. Tal estória foi “baseada em fatos reais”, como explicitado por tal participante. Já o Participante 4 versou em sua estória sobre um paciente delirante, o qual, acreditando ser um “MC famoso”, “não conseguia pensar em mais nada: higiene pessoal, alimentação, estudos, etc”. O desenho do participante em questão, inclusive, é constituído por diferentes objetos dispostos próximos uns dos outros, sem ordem ou sentido aparente. E o personagem principal da estória criada pelo Participante 5 é uma mulher que se caracterizava por “descontrole emocional” e cujo “fluxo de pensamentos confuso e desorganizado” somente era expresso “de forma violenta”.



Desenho elaborado pelo Participante 4

O Participante 6 criou uma estória sobre uma paciente que demonstrava “confusão mental”, “delírios bizarros” e “alucinações”, a qual “parou de cuidar da higiene e alimentar-se adequadamente” e se sentia “perseguida”. A estória do Participante 7 se distingue parcialmente das demais na medida em que se refere a um paciente que, em função do tratamento medicamentoso, costumava ser “calmo”, mas agiu de maneira “violenta” durante uma crise psiquiátrica. O Participante 8 abordou em sua estória uma paciente que, ao dar entrada em um CAPS devido a uma crise psiquiátrica, “quebra algumas coisas e se autoagride puxando seus cabelos”, ou seja, demonstrava tanto heteroagressividade quanto autoagressividade. Ademais, a paciente em questão estava “chorosa”, como se vê no respectivo desenho, que também contém objetos dispostos desorganizadamente.



Desenho elaborado pelo Participante 8

Já no desenho do Participante 9 igualmente há uma série de objetos – roupas e frutas, em especial – aparentemente ordenados. Contudo, a paciente representada se mostrava “hostil”, “arrogante”, “confusa”, “compulsiva” e “desorganizada com relação à comida e vestuário”. Por fim, o Participante 10 criou uma estória sobre mais um paciente “choroso”, que falava “muito alto” e sentia “raiva. Nota-se, portanto, que os participantes como um todo conferiram ênfase à negatividade da crise psiquiátrica em suas produções. Por essa razão, o paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica foi compreendido pelos mesmos, basicamente, como alguém perturbado, ou mais precisamente, como uma pessoa que atravessa um estado de perturbação no qual há agudização dos sintomas e, como consequência, intensificação do sofrimento por ele experimentado.

A CRISE



Desenho elaborado pelo Participante 9

Sendo assim, em parte das estórias os pacientes representados se sentem “assustados”, “amedrontados”, “desconfortáveis” e “inseguros”. Em contraste, é interessante salientar que, em outras estórias, depreende-se culpabilização do paciente com transtorno mental pela ocorrência da crise psiquiátrica. Afinal, o personagem principal da estória do Participante 6 “não faz uso da medicação adequadamente”, embora tenha passado anteriormente por “diversas hospitalizações”. E a paciente em torno da qual gira a estória de autoria do Participante 9 “resolveu suspender o uso da medicação que a ajudava na estabilização psíquica”. Ou seja, a crise psiquiátrica teria como origem resistências quanto ao tratamento medicamentoso. Ademais, o Participante 5, em sua estória, também culpabilizou a paciente, mas de modo distinto. Isso porque a protagonista foi descrita como alguém que, de acordo com a perspectiva dos familiares citados, “não dá conta de lidar com as emoções”.

A propósito, observou-se que, no imaginário coletivo de alguns participantes, a crise psiquiátrica do paciente com transtorno mental seria concebida por seus próprios familiares

como um evento destituído de maior complexidade e, conseqüentemente, tenderia a ser banalizado. Tal observação encontra respaldo no fato de que, na estória criada pelo Participante 3, a mãe do paciente considerava que a crise psiquiátrica vivenciada pelo mesmo se afigurava como “uma reação de estresse pelas questões da escola”, à qual, por isso, “não deu muita importância”. E os familiares do paciente representado na estória do Participante 4 “não acreditavam na crise”, de maneira que alguns “achavam que era, tipo assim, manha, coisa de adolescente”, ao passo que outros “achavam que se tratava de um espírito maligno”.

É preciso mencionar que um único participante deu a entender que concebe a crise psiquiátrica como um fenômeno multifacetado e que, assim, pode comportar também uma dimensão potencialmente positiva ao funcionar como um “momento decisivo” na vida do paciente. Trata-se do Participante 9, o qual, ao finalizar sua estória, afirmou que a “crise é de fato uma descoberta de outra Maria [protagonista da estória] que não se suporta única, mas também que não se consegue ver como múltipla”. Ao ser solicitado a falar mais a esse respeito, tal participante acrescentou que “é nesses momentos de crise que ela [a personagem] retoma questionamentos sobre seu papel de mãe, mulher, esposa, professora, avó”. E tais questionamentos ficariam “adormecidos” nos períodos de estabilidade do transtorno mental da paciente representada na estória.

Diante do exposto, conclui-se, a partir do primeiro campo de sentido captado, que, de acordo com o imaginário coletivo da maioria dos participantes, a crise psiquiátrica encerra apenas uma dimensão negativa, pois se caracteriza pela presença de importantes alterações dos pensamentos, dos sentimentos e dos comportamentos. A maior parte deles, de maneira mais ou menos direta, sinalizou compreender que, nesse cenário, o paciente experimenta um sofrimento marcante. Além disso, alguns participantes aparentemente creem que a crise psiquiátrica poderia ser prevenida se o paciente seguisse à risca seu tratamento medicamentoso, ou se dispusesse de melhores “recursos” para lidar com os próprios

sentimentos. Por fim, observou-se que a crise psiquiátrica eventualmente seria banalizada pela família do paciente, conforme outros participantes.

Adicionalmente, ainda a propósito do primeiro campo de sentido, é preciso realçar que o enquadramento do paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica como alguém perturbado foi relativizado por dois participantes, os quais explicitaram maior empatia. O termo “empatia”, cumpre esclarecer, está sendo empregado aqui em um sentido amplo, para fazer referência a uma identificação afetiva com outra pessoa. Afinal, na estória do Participante 5 os profissionais de um CAPS se sentem “mal” ao receber um paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica, uma vez que pensam que um dia eles poderão “estar no lugar dessa pessoa”. O Participante 7, de maneira semelhante, afirmou o seguinte, após um questionamento da pesquisadora: “isso aí [a crise psiquiátrica] não está sujeito só a eles [pacientes com transtorno mental], qualquer um de nós pode estar no lugar deles”.

O fato de ter sido constatado que o imaginário coletivo dos participantes acerca da crise psiquiátrica é atravessado por uma imagem negativa decorrente da qualificação de tal fenômeno como um acontecimento psicopatológico por excelência pode ser considerado contrastante quanto aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ocorre que, segundo Martins (2012), quando a crise psiquiátrica é concebida de tal forma tende a haver uma redução da tolerância social em relação ao paciente com transtorno mental, a despeito do sofrimento experimentado pelo mesmo e por seus familiares. Contudo, a autora verificou que, entre profissionais de um CAPS do interior de Minas Gerais, comumente a presença de comportamentos “anormais” é levada em conta como o critério básico para a demarcação de uma crise psiquiátrica. E, em linhas gerais, resultados semelhantes foram obtidos no presente estudo.

A caracterização de pacientes psicóticos assistidos em um CAPS a partir de seus comportamentos “anormais” igualmente foi verificada no estudo de Araújo, Godoy e Botti

(2017). Tal estudo revelou que “psicopatologia preexistente”, “conflitos não-resolvidos” e “mudanças comportamentais”, como agitação e agressividade, se afiguraram como as “situações emocionais” típicas das crises psiquiátricas conforme descritas em prontuários e, assim, foram apontadas como as razões que teriam levado ao acionamento do serviço em questão. Também consultando prontuários e realizando entrevistas com profissionais de saúde, Ferrari (2010) reportou resultados semelhantes, pois verificou que, muitas vezes, se estabelece uma equivalência entre a crise psiquiátrica e sérias alterações do comportamento. Ademais, por serem essas alterações supostamente perceptíveis ao primeiro contato com o paciente, a escuta se mostraria desnecessária nesses casos, segundo alguns dos participantes do referido estudo.

Já entre os participantes do presente estudo, vale reforçar que apenas o Participante 9 assumiu um posicionamento distinto, pois concebeu a crise psiquiátrica como uma oportunidade de “descoberta”, em que se pode retomar “questionamentos”. E, como mencionado, Costa (2007) defende que a proposta de desinstitucionalização da “loucura” passa pela valorização da crise psiquiátrica como momento de produção de mudanças. Logo, o fato de tal premissa não ter se revelado subjacente às histórias de um maior número de participantes pode ser considerado preocupante, uma vez que pode ser indicativo de dificuldades quanto à aplicação dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira no cotidiano da assistência em saúde mental.

Também é oportuno recapitular que alguns participantes sinalizaram crer que o tratamento medicamentoso é capaz de prevenir crises psiquiátricas. Em uma pesquisa que não tematiza especificamente a crise psiquiátrica, mas, sim, os sentidos e os efeitos do diagnóstico psiquiátrico em usuários de um ambulatório de saúde mental, Severo e Dimenstein (2009) chegaram a resultados análogos. Isso porque as autoras notaram que muitos pacientes com transtorno mental consideram os psicotrópicos recursos absolutamente essenciais para o

reestabelecimento da própria “normalidade”. Para as autoras, esse tipo de posicionamento se afigura como um dos diversos ditames do saber médico no campo da saúde mental. Parece razoável propor que o mesmo se aplicaria ao papel atribuído ao tratamento medicamentoso por alguns participantes do presente estudo.

Grigolo, Garcia Júnior, Peres e Rodrigues (2015), em um estudo qualitativo desenvolvido junto a profissionais de saúde vinculados a CAPSs, igualmente verificaram que a importância do tratamento medicamentoso tende a ser superdimensionada. Ocorre que uma psiquiatra que participou de tal estudo enfatizou, no âmbito de um grupo de discussão, que a medicação seria uma espécie de pré-requisito para o desenvolvimento de outras intervenções. E esta visão não foi contestada pelos demais participantes, mas, sim, apenas relativizada mediante a valorização de um conjunto mais amplo de “ferramentas terapêuticas”. Para as autoras, o achado em questão evidencia como procedimentos oriundos da clínica psiquiátrica tradicional ainda subjagam aqueles relativos ao cuidado psicossocial.

Já Pasquale e Pereira (2000) defendem que a medicação pode se mostrar relevante no sentido de evitar que os rumos da crise psiquiátrica sejam destrutivos, mas é preciso questionar sua suposta inevitabilidade. Para os autores, o tratamento medicamentoso se afigura como um mediador da relação interpessoal, pois, muitas vezes, a crise psiquiátrica sinaliza o rompimento do equilíbrio antes existente entre o paciente e o ambiente. Ainda sobre o tema da medicação, é interessante citar o estudo de Silva e Peres (2016), voltado ao imaginário coletivo de agentes comunitárias de saúde em relação a usuários de saúde mental. Os resultados obtidos demonstraram que, para alguns participantes, os psicofármacos constituem o eixo central do tratamento, ao passo que, para outros, são uma mera forma de “apagamento” dos usuários. E ressalte-se que um posicionamento análogo a este último, de caráter mais crítico, não foi observado entre os participantes do presente estudo.

Justamente por essa razão não é difícil compreender porque algumas histórias aqui apresentadas – como aquelas produzidas pelo Participante 6 e pelo Participante 9 – denotam uma culpabilização do próprio paciente pela crise psiquiátrica por ele vivenciada. Ou seja, de acordo com certas crenças que configuram o imaginário coletivo desses participantes, caberia ao usuário apenas seguir as orientações que lhes são apresentadas pelos profissionais de saúde, em especial pelos médicos. Logo, ao mesmo não competiria participar ativamente do processo de construção de seu PTS. Porém, ao dificultar decisões compartilhadas, negam-se a cidadania e o protagonismo dos pacientes, o que contraria princípios basilares da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Cumpre assinalar que Onocko-Campos et al (2013) encontraram um cenário semelhante em uma pesquisa-intervenção realizada em CAPSs, pois verificaram uma tendência ao gerenciamento da vida dos usuários por parte dos profissionais de saúde mediante a imposição da medicação.

Parece razoável propor que, quando resiste ao tratamento medicamentoso, o usuário problematiza a supremacia do saber médico, a qual, mesmo após a Reforma Psiquiátrica Brasileira, se mantém viva por meio de práticas pautadas na lógica manicomial que visam, basicamente, ao silenciamento dos pacientes. E, a rigor, enquadrar o paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica como alguém perturbado, a exemplo do que fizeram os participantes do presente estudo, talvez incorra, ainda que indiretamente, em perpetuar a lógica manicomial, pois justifica o emprego da medicação na atenção à crise psiquiátrica a fim de encerrar a experiência de suposta perturbação que a caracterizaria. E um raciocínio semelhante poderia ser aplicado à valorização, entre os participantes do presente estudo, dos serviços hospitalares como o “lugar” da crise psiquiátrica, achado este que será reportado mais adiante.

Por outro lado, a protagonista da história elaborada pelo Participante 8 se sentiu “agredida” ao ser transferida para um serviço hospitalar, uma vez que, lá, devido à sua

“agressividade”, foi contida à custa de psicofármacos, como também será detalhado mais adiante. Mas é preciso esclarecer que a contenção – física ou química – ainda é comumente utilizada na rotina de muitos CAPSs na atenção à crise psiquiátrica, como revela o estudo de Willrich et al. (2014). Para as autoras, tratar-se-ia de uma estratégia válida mesmo à luz do paradigma do cuidado psicossocial, desde que empregada criteriosamente para impedir que usuários se comportem de maneira destrutiva durante uma crise psiquiátrica e quando outras medidas não-coercitivas se mostram insuficientes. Logo, a contenção, dependendo do contexto em que é aplicada, não necessariamente consistiria em uma prática alinhada à lógica manicomial, ainda de acordo com o estudo em questão.

Cabe aqui salientar que, talvez por terem qualificado o paciente em crise psiquiátrica como perturbado, os participantes do presente estudo não apresentaram em suas histórias nenhuma menção ao PTS. Como já mencionado, o PTS organiza as estratégias a serem colocadas em prática com o objetivo de favorecer a reinserção social do paciente e o resgate de sua cidadania. Para além disso, deve ser elaborado por meio do estabelecimento de uma parceria entre os profissionais de saúde, o usuário e seus familiares, pois assim posturas autoritárias e excludentes são evitadas (Mângia & Barros, 2009). Portanto, o achado em questão pode ser considerado um indício da presença do paradigma psiquiátrico tradicional no imaginário coletivo dos participantes do presente estudo.

Não obstante, é preciso levar em conta que a valorização do protagonismo do usuário exige dos profissionais de saúde que trabalham em CAPSs a criação, em suas rotinas, de espaços de circulação e compartilhamento capazes de viabilizar a construção de novos caminhos para a efetivação do cuidado psicossocial. E parece razoável propor que isso exige o estabelecimento de um contato sensível com o sofrimento alheio. A propósito, Cambuí e Neme (2014) concluíram, em um estudo sobre o imaginário coletivo de estudantes de Psicologia em formação clínica, que somente é possível lidar com o sofrimento alheio de

forma humana quando há uma disponibilidade interna para tanto. A atenção às crises psiquiátricas parece se afigurar como uma das situações para as quais é possível generalizar essa assertiva, bem como aquela estabelecida por Tachibana, Ambrosio, Beaune e Aiello-Vaisberg (2014) ao investigarem o imaginário coletivo de enfermeiras acerca da mulher cuja gravidez foi interrompida. Afinal, as autoras sublinharam que a valorização do vínculo no contexto de uma relação empática é essencial para uma assistência em saúde mais humanizada e inclusiva.

4.2 O paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica como alguém perturbador

O segundo campo de sentido captado se organiza a partir da constatação de que, no imaginário coletivo da maioria dos participantes, predomina a crença de que o paciente com transtorno mental que vivencia uma crise psiquiátrica causa perturbação, tanto à sua própria família e à vizinhança quanto aos profissionais de saúde. Igualmente aqui serão explicitados, caso a caso, os achados que conferem respaldo à tal constatação. Na estória elaborada pelo Participante 1, a família da paciente “estava muito estressada com ela, porque ela estava sem dormir à noite, agitada, agredindo verbalmente as pessoas”. E, no decorrer da trama, a psicóloga e a assistente social que a acolheram em um CAPS também ficaram “cansadas”, porque a mesma “falava muito”, mas elas já estariam “habitadas” a isso, o que teria “tranquilizado” a paciente.

O personagem principal da estória do Participante 2, por sua vez, fez com que os profissionais do CAPS em que foi atendido ficassem “preocupados”, visto que os agrediu verbalmente. O Participante 4 contemplou em sua estória um paciente cujos familiares “não tinham paciência com ele” e, assim, compreendiam que o hospital psiquiátrico seria o serviço de saúde mais adequado quando da ocorrência de uma crise psiquiátrica, ao menos para proporcionar-lhes “uma sensação de alívio”. Isso porque, no primeiro momento da estória, o

paciente teria sido recebido em um CAPS, onde “não melhorou, mesmo tendo ficado no intensivo”. Todavia, muitos profissionais do hospital psiquiátrico pensavam que o paciente estava “fazendo manha”, ainda conforme a estória, bem como os profissionais do CAPS se sentiam “incomodados” com ele.

A paciente representada na estória de autoria do Participante 5 é levada a um CAPS pelos vizinhos, por “pena”, porque “fica na vizinhança”, “sem ter um trabalho”, e sua própria família não lhe proporciona qualquer “suporte”. Já o Participante 6 criou uma estória protagonizada por uma paciente que “já dá trabalho há um tempo” e, por isso, ao vivenciar uma crise psiquiátrica, é levada a um Pronto-Socorro por sua filha, que se encontrava “cansada”. E o médico que a atendeu de início ficou “um pouco com medo”, porque não era “especialista” em saúde mental. O mesmo sentimento foi despertado pelo paciente representado na estória do Participante 7 em alguns profissionais do CAPS que, segundo a trama, o acolheram, especificamente em regime de hospitalidade, pois a família “não ajudava”.

Na estória elaborada pelo Participante 8, os familiares da paciente representada se encontravam “meio adoecidos com situação” e não estavam “conseguindo controlar a situação em casa”, razão pela qual a conduziram a um CAPS. Os profissionais do CAPS a encaminharam para um serviço hospitalar, pois a paciente “não aceitou as orientações verbais” e “não aceitou a medicação”, mas ainda assim foi medicada. Tal conduta, entretanto, despertou “frustração” na equipe de saúde como um todo e fez com que a paciente se sentisse “agredida” e “desrespeitada”, em parte por não ter sido acompanhada por seus familiares até o serviço hospitalar. O Participante 9 criou uma estória em que a desorganização da paciente desorganiza também seu filho. Como consequência, embora “cuidadoso”, o mesmo a leva a um CAPS e solicita à “equipe multiprofissional” o seguinte: “deixa ela aqui uns dias para ela

melhorar”. É interessante ressaltar que, ainda nesta estória, o sentimento experimentado pela “equipe multiprofissional” frente à paciente é a “antipatia”.

Por fim, a estória do Participante 10 diz respeito a um paciente cuja família é “negligente com relação ao que ele está sentindo” e, ao que tudo indica, ele se dirige sozinho a um CAPS. Lá, os profissionais o acolhem, e ele fica mais “tranquilo”, com a sensação de ter encontrado “um porto seguro”. Porém, não é isso que a expressão facial do paciente no desenho sugere. E é interessante salientar que, diferenciando-se das demais, nesta estória os profissionais do CAPS “se sentiram bem diante da situação”, “com o dever cumprido”. Conclui-se, assim, que apenas o Participante 3 não fez menção a qualquer forma de perturbação criada pelo paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica, embora o estado de perturbação do próprio tenha sido evidenciado, inclusive graficamente. Nas demais estórias, os protagonistas são representados como alguém demandante em excesso e que, justamente por essa razão, exaure a própria família.



Desconhecido

Desenho elaborado pelo Participante 10



Desenho elaborado pelo Participante 3

Conforme o imaginário coletivo dos participantes, portanto, os CAPSs seriam acionados, principalmente, devido à inadequação da família no tocante ao acolhimento da crise psiquiátrica, pois tal situação demandaria a mobilização de certos “recursos” – “paciência” ou “carinho”, conforme o Participante 4 e o Participante 7, respectivamente – que a família nunca possuiu, ou perdeu ao longo do tempo. Ou seja, os CAPSs constituiriam uma espécie de “válvula de escape”, tanto para os familiares quanto para o próprio paciente com transtorno mental, já que suas necessidades não seriam atendidas minimamente em casa.

Todavia, ainda na perspectiva dos participantes, os profissionais dos CAPSs eventualmente também se sentiriam exauridos. Nessas situações, a melhor opção – para os mesmos, mas não necessariamente para o paciente – seria o encaminhamento para um serviço hospitalar. O Participante 4, inclusive, afirmou acreditar que, com relativa frequência, a

equipe de saúde recorreria a tal estratégia pensando da seguinte forma: “Ah, nós vamos ficar livres do problema”. Nesses casos, encaminhar não seria “uma questão de cuidado”, ainda conforme tal participante. Consolidando tal entendimento, é interessante notar que palavras bastante semelhantes foram utilizadas pelos participantes para definir os sentimentos dos familiares e dos profissionais de saúde em face de um paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica, o que denota certo espelhamento. Tem-se a impressão, assim, de que, para os participantes, a equipe de saúde estaria autorizada, como a família, a não “suportar” a crise psiquiátrica.

Esse conjunto de fatores, relativos tanto à família quanto aos profissionais de saúde, em particular daqueles que trabalham em CAPSs, lança luz sobre um aspecto curioso dos desenhos: todos os protagonistas foram representados sozinhos, salvo no desenho do Participante 1. Contudo, chama a atenção o fato de o paciente desenhado por tal participante se encontrar com as mãos posicionadas no rosto, como se estivesse tentando se esconder dos seus interlocutores – uma psicóloga e uma assistente social de um CAPS – ou enxugando as próprias lágrimas. Logo, parece razoável propor que o mesmo talvez não estivesse se sentindo totalmente à vontade para se expressar junto às mesmas. Ainda assim, a estória tem um desfecho favorável, visto que a inserção do paciente no regime de hospitalidade do CAPS o afastou dos conflitos familiares que teriam desencadeado a crise psiquiátrica, em consonância com o Participante 1.

Por fim, o segundo campo de sentido captado sugere que, conforme o imaginário coletivo dos participantes, caberia aos diferentes serviços de saúde desempenhar papéis bastante distintos para fazer frente à perturbação criada pelo paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica. Os serviços hospitalares – citados como primeira opção pelo Participante 6 e como segunda opção, em especial devido à insuficiência dos CAPSs, pelos Participantes 2, 3, 4 e 8 – teriam como função primordial promover o tratamento

medicamentoso. Já aos serviços comunitários competiria uma ampla gama de funções complexas: proporcionar ao paciente uma “escuta isenta de críticas e julgamentos”, “fazer algum tipo de vínculo”, “acolher” e auxiliá-lo a “tomar as rédeas da própria vida”, para os Participantes 1, 2, 3 e 5, respectivamente. Ou então “estabilizar” o paciente e “normalizar a crise”, para os Participante 4 e 7. Além disso, “acertar a dosagem do medicamento” ou, simplesmente, “medicar”, seriam tarefas complementares dos profissionais dos CAPSs, para os Participantes 2 e 8.

O fato de o segundo campo de sentido revelar que, para os participantes, a crise psiquiátrica causa perturbação, a princípio, à sua família, é consistente com os resultados de pesquisas prévias. Ocorre que Jardim e Dimenstein (2007) destacaram que geralmente são os familiares que conduzem a um serviço de saúde o paciente com transtorno mental que vivencia tal experiência, sendo que o fazem quando notam prejuízos em suas rotinas e com o propósito de “resolver o problema”. Já Ferrari (2010) apontou que a identificação, por parte da família, de supostos riscos – para o próprio paciente ou para outras pessoas – seria o principal motivo do acionamento de um serviço hospitalar durante uma crise psiquiátrica, de acordo com profissionais de saúde que nele trabalham. Isso porque o surgimento desses riscos configuraria uma situação-limite e se revelaria insustentável para a família.

No imaginário coletivo de alguns participantes, a internação do paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica parece representar uma “solução”: em primeiro lugar para sua família, conforme as histórias de autoria do Participante 2 e do Participante 6, por exemplo, e/ou, em segundo lugar, para a equipe de saúde de serviços comunitários, em consonância com as histórias elaboradas pelo Participante 4 e pelo Participante 8. Resultados compatíveis com estes foram encontrados por Bonfada, Guimarães, Miranda e Brito (2013) em uma pesquisa desenvolvida junto a profissionais de saúde do SAMU, pois, para os mesmos, a internação representaria uma “demanda social e familiar” diante de uma crise

psiquiátrica. Logo, os autores salientaram que preconceitos referentes aos transtornos mentais devem ser desconstruídos para que a assistência em saúde mental atenda, prioritariamente, às necessidades dos usuários.

Como mencionado, os serviços hospitalares, em consonância com os participantes, se afigurariam como o principal “lugar” da crise psiquiátrica, pois teriam como função básica implementar o tratamento medicamentoso. Este achado pode ser considerado um indício de que a perspectiva asilar ainda exerce influência sobre as crenças dos mesmos, sendo que diversos documentos, há anos, têm estabelecido que a assistência em saúde mental, no âmbito da saúde pública no país, deve ser pautada pelo paradigma do cuidado psicossocial (Vecchia & Martins, 2009). Portanto, vale retomar aqui o alerta de Nicácio e Campos (2004), de acordo com o qual o manejo da crise psiquiátrica, dependendo da forma como – e de onde – é operacionalizado, pode levar ao resgate das práticas típicas do paradigma psiquiátrico tradicional.

Cabe relembrar que, para Basaglia (2005), ao dar entrada em um serviço hospitalar, o paciente com transtorno mental geralmente tem a sua individualidade suprimida, pois deve se submeter às regras da instituição, mesmo estando psiquicamente desorganizado. Seus horários de alimentação, higiene e sono, por exemplo, passarão a ser pré-estabelecidos sem sua participação nesse processo, e suas roupas serão substituídas pelo traje hospitalar, que não possui possibilita identificação pessoal. Mas o autor também destacou que em serviços abertos também podem promover segregação quando a tradição cultural não admite a construção de um novo lugar social para os “loucos”. Justamente por isso a adequação da assistência em saúde mental ao paradigma do cuidado psicossocial não se reduz à reforma de serviços e tecnologias de saúde.

Porém, diversas pesquisas consagradas à exploração do imaginário coletivo, embora não contemplem especificamente a temática da crise psiquiátrica, indicam que condutas

preconceituosas, excludentes e estereotipadas são relativamente comuns em face do sofrimento psíquico em um sentido mais amplo. Afinal, Corbett, Ambrosio, Gallo-Belluzzo e Aiello-Vaisberg (2014) verificaram que muitos estudantes de Psicologia tendem a se ancorar em definições rígidas acerca dos papéis de gênero no tocante à abordagem de dificuldades sexuais e suas repercussões emocionais. Já Granato, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2014) identificaram que, para um grupo de enfermeiras, o cuidado materno demandaria um amor incondicional, de modo que a experiência da maternidade jamais poderia ser vivenciada com sentimentos ambíguos. E tal posicionamento, para as autoras, inviabilizaria uma atitude empática frente a um caso de gravidez indesejada, por exemplo.

Retomando a legislação concernente à Reforma Psiquiátrica Brasileira, faz-se necessário mencionar que a Lei nº 10.216 (2001) admite a internação como uma prática aceitável, devendo, contudo, ser utilizada somente após o esgotamento de todos os recursos extra-hospitalares, com o intuito de beneficiar a saúde mental do paciente e sem perder de vista que a principal finalidade do tratamento é a reinserção social do mesmo. Esse conjunto de diretrizes, porém, não parece ser determinante para a configuração do imaginário coletivo de diversos participantes do presente estudo. O Participante 4 é emblemático neste aspecto, a julgar pelo fato de que, em sua estória, a hospitalização reflete uma desresponsabilização da equipe de saúde em relação ao paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica.

Cardoso e Galera (2011) defenderam que, sendo de curta duração e indicada com o devido critério, a internação não inviabiliza a operacionalização dos serviços comunitários e da família como os principais provedores da assistência em saúde mental. Contudo, sinalizando um importante enraizamento do modelo hospitalocêntrico, alguns dos profissionais de um CAPS que participaram da pesquisa de Willrich et al. (2011) defenderam que a internação do paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica se justifica como medida de proteção frente ao medo decorrente da suposta periculosidade do mesmo. E o medo

parece ser a causa da “preocupação” que sentiram os profissionais do CAPS na estória elaborada pelo Participante 2 diante da agressão verbal do paciente que a protagonizou.

É interessante mencionar que, na referida estória, o paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica é conduzido involuntariamente pelo Corpo de Bombeiros a um serviço hospitalar. E o mesmo se aplica à estória de autoria do Participante 8. Esses achados, em essência, vão ao encontro do que consta em estudos prévios, na medida em que, conforme Ferigato, Campos e Ballarin (2007), muitas vezes a crise psiquiátrica desencadeia condutas coercitivas por parte dos profissionais de saúde. Além disso, Willrich et. al. (2014) e Brito, Bonfada e Guimarães (2015) verificaram que diversos profissionais de saúde compreendem ser necessário acionar a PM nos casos em que o paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica se mostra agressivo.

Por outro lado, nas estórias elaboradas pelo Participante 1 e pelo Participante 7, o regime de hospitalidade no CAPS é apontado como uma opção para a estabilização do quadro clínico do paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica e a diminuição da perturbação por ele causada à sua família. Tal achado pode ser considerado positivo em face das diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois a hospitalidade, conforme Campos (2015), se destaca como uma conduta estratégica para o manejo da crise psiquiátrica, já que é capaz de proporcionar atenção contínua e integral aos usuários que demandam cuidado intensivo e se beneficiariam de um afastamento temporário do convívio familiar e/ou comunitário. O autor acrescenta que, sendo assim, o encaminhamento para serviços hospitalares apenas se aplicaria aos casos mais graves. E ressalte-se que a permanência em hospitalidade é realizada mediante a concordância do paciente e/ou de seus familiares, sempre com o intuito de evitar a internação.

É preciso salientar que as estórias da maioria dos participantes têm um CAPS como cenário, ao menos inicial, e com isso pode-se inferir que esse tipo de serviço representa, no

imaginário coletivo dos mesmos, um dos espaços em que pode ser dar a atenção à crise psiquiátrica. Este achado, em certo aspecto, também pode ser considerado positivo, especificamente porque a Portaria nº 854 (2012) define o manejo da crise psiquiátrica como um dos procedimentos pertinentes aos serviços comunitários. Apesar disso, em parte das estórias, como já mencionado, os profissionais dos CAPSs não conseguem atender adequadamente o paciente e, sobretudo em função da perturbação que seria por ele causada, optam pelo encaminhamento como forma de se “livrar do problema”, acompanhando o movimento realizado anteriormente pela família.

Silva e Dimenstein (2014) verificaram que, na prática, isso tende a ocorrer de fato, sendo que o encaminhamento do paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica para serviços hospitalares é comumente justificado por profissionais de CAPSs pela inexistência da estrutura necessária para o regime de hospitalidade. Já Fialho (2015) apontou que o manejo da crise psiquiátrica geralmente é influenciado de modo negativo pela fragilidade da articulação dos serviços de saúde mental. Ademais, examinando essa mesma questão desde um outro ângulo, a pesquisa de Machado e Santos (2013) revelou que muitos usuários sentem que foram insuficientemente atendidos em CAPSs e, justamente por essa razão, foram internados em hospitais psiquiátricos. Ou seja, em contraste com o que defendem Mângia e Barros (2009) e Lobosque (2007), dentre diversos outros, os CAPSs recorrentemente deixam de desempenhar o papel central que lhes caberia no manejo da crise psiquiátrica em consonância com a legislação concernente à Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A exploração do imaginário coletivo dos participantes do presente estudo esclarece alguns dos motivos pelos quais isso pode acontecer e realça que profissionais que trabalham em CAPSs, mais do que acolher o paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica, eventualmente procuram somente minimizar a perturbação por ele causada. Com isso, abre-se caminho para práticas excludentes, as quais, à custa do silenciamento do paciente,

promoveriam como principal “benefício” o restabelecimento da “normalidade” da rotina, na família e na instituição. Logo, cabe aqui lembrar que, conforme Amarante (2007), o cuidado psicossocial deve ensejar a construção de subjetividades e sociabilidades, sendo que, para tanto, são imprescindíveis espaços terapêuticos em que as experiências dos pacientes possam ser acolhidas, e não meramente recusadas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Parece possível afirmar que o presente estudo atingiu o objetivo proposto, na medida em que fornece subsídios para a compreensão do imaginário coletivo de profissionais de um CAPS acerca do paciente com transtorno mental em crise psiquiátrica. Afinal, o primeiro campo de sentido captado se organizou em torno da crença de que a crise psiquiátrica se resume a um acontecimento negativo. Logo, o paciente com transtorno mental que vivencia tal experiência foi definido pelos participantes, basicamente, como uma pessoa que atravessa um estado de perturbação. O segundo campo de sentido, por seu turno, ilustrou que, na perspectiva dos participantes, o paciente com transtorno mental, sobretudo, mas não apenas durante uma crise psiquiátrica, incomoda e exaure tanto a família quanto os profissionais que trabalham em serviços comunitários. Por essa razão, se justificaria seu encaminhamento para serviços hospitalares.

Considerados em conjunto, os resultados colocam em relevo a existência de riscos quanto à redução biológica da crise psiquiátrica, movimento em função do qual este acontecimento tende a ser enfrentado a partir da utilização de práticas restritas à classe médica, organizadas especialmente em torno dos psicofármacos e empreendidas preferencialmente em serviços hospitalares. Sendo assim, identificam-se no imaginário coletivo da maioria dos participantes certos elementos que não se alinham aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois ensejam a patologização da crise psiquiátrica e, como consequência, legitimam ações voltadas ao silenciamento do paciente que vivencia tal experiência. Com isso, dificultam-se o tratamento no território, o cuidado à luz do paradigma do cuidado psicossocial e a desinstitucionalização.

O presente estudo, portanto, reforça os achados de pesquisas anteriores que apontam a existência de dificuldades concretas no tocante à adequação da assistência em saúde mental em relação aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, embora os mesmos estejam

bem delimitados no campo legal. A literatura especializada sublinha que muitos serviços e profissionais de saúde ainda apresentam resquícios da lógica manicomial, sendo que o presente estudo, ao enfatizar a exploração o imaginário coletivo, avança no sentido de demonstrar alguns dos fatores afetivo-emocionais não-conscientes em que estes resquícios podem encontrar apoio. Contudo, há muito a ser elucidado em relação às crenças, emoções e imagens acerca da crise psiquiátrica, de modo que novos estudos sobre o assunto são necessários. E seria interessante se a família dos pacientes participasse desses novos estudos, devido à importância da mesma em termos da identificação e do acolhimento da crise psiquiátrica.

A propósito, novos estudos podem ser considerados imprescindíveis tendo em vista que o panorama político contemporâneo do Brasil apresenta uma reorientação conservadora, em função da qual espaços de diálogo se tornam cada vez mais escassos e respostas estereotipadas aos mais diferentes problemas são valorizadas, inclusive no tocante à saúde mental. Isso, claramente, tem estimulado posturas excludentes em variados segmentos sociais em face de distintos temas. Ou seja: a atual conjuntura oferece importantes ameaças às conquistas proporcionadas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, as quais, ao longo dos anos, têm levado ao desenvolvimento de um cuidado mais humanizado em saúde mental, sobretudo nos serviços comunitários.

REFERÊNCIAS

Aiello-Fernandes, R., Ambrosio, F. F., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2012). O método psicanalítico como abordagem qualitativa: considerações preliminares. *Anais da X Jornada Apoiar* (pp. 306-314). São Paulo, SP, Brasil

Aiello-Vaisberg, T. M. J., & Ambrosio, F. F. (2013). Rabiscando desenhos-estórias com tema: pesquisa psicanalítica de imaginários coletivos. In W. Trinca (Orgs.), *Procedimento de desenhos-estórias: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões* (pp. 277-302). São Paulo: Vetor.

Aiello-Vaisberg, T. M. J., & Machado, M. C. L. (2008). Pesquisa psicanalítica de imaginários coletivos à luz da teoria dos campos. In J. Monzani & L. R. Monzani (Orgs.), *Olhar: Fabio Herrmann - uma viagem psicanalítica* (pp. 311-324). São Carlos: Pedro e João Editores.

Alverga, A. R., & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 10(20), 299-316. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200003>

Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 491-494. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1995000300024>

Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Amarante, P., & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>

Araújo, L. M. C., Godoy, E. F. M., & Botti, N. C. L. (2017). Situações presentes na crise de pacientes psicóticos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69(2), 138-152.

Ávila, C. F., Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2008). Qual é o lugar do aluno com deficiência? O imaginário coletivo de professores sobre a inclusão escolar. *Paidéia*, 18(39), 155-164. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2008000100014>

Basaglia, F. (2005). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária.

Bonfada, D., Guimarães, J., Miranda, F. A. N., & Brito, A. A. C. (2013). Reforma psiquiátrica brasileira: conhecimentos dos profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência. *Escola Anna Nery*, 17(2), 227-233. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000200004>

Brito, A. A. C. D., Bonfada, D., & Guimarães, J. (2015). Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25, 1293-1312. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400013>

Cambuí, H. A., & Neme, C. M. B. (2014). O sofrimento psíquico contemporâneo no imaginário de estudantes de psicologia. *Psicologia: Teoria e Prática*, 16(2), 75-88. <https://doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v16n2p75-88>

Campos, P. J. (2015). A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os pontos estratégicos na atenção à crise e urgência. In M. T. Zeferino (Org.), *Crise e urgência em saúde mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental* (v. 3, pp. 11-69). 4ª Edição. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

Caplan, G. (1980). *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar

Cardoso, L., & Galera, S. A. F. (2011). Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(1), 87-94. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100012>

Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental (1993). Santos: Participantes do III Encontro Nacional dos Usuários e Familiares da Luta

Antimanicomial, Recuperado de: http://www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3721

Ceccarelli, P. (2005). O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 471-477. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000300015>

Cesarino, A. C. (1989). Hospital-dia "A Casa": conversando sobre dez anos de experiência. In A. Lancetti (Org.), *Saúdeloucura* (pp. 33-45). São Paulo: Hucitec.

Corbett, E., Ambrosio, F.F., Gallo-Belluzzo, S.R., & Aiello Vaisberg, T.M.J. (2014). Produções imaginativas sobre dificuldades sexuais: um estudo psicanalítico. *Psicologia & Sociedade*, 26(3), 756-765. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000300024>

Costa, M. S. (2007). Construções em torno da crise: saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(1), 94-108.

Ferigato, S., Campos, R. T. O., & Ballarin, M. L. G. (2007). O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 31-44.

Ferrari, I. F. (2010). Centro de Acolhimento da Crise: Hospital Galba Velloso e algumas de suas respostas aos desafios da Reforma Psiquiátrica. *Psicologia em Revista*, 16(3), 517-536.

Fialho, M. B. (2015). Contextos históricos e concepções teóricas da crise e urgência em saúde mental. In M. T. Zeferino (Org.), *Crise e urgência em saúde mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental* (v. 2, pp. 11-67). 4ª Edição. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

Fiorati, R. C., & Saeki, T. (2008). O acompanhamento terapêutico na internação hospitalar: inclusão social, resgate de cidadania e respeito à singularidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12(27), 763-772. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000400007>

Freud, S. (1996). Dois verbetes de enciclopédia (E. A. M. Souza, Trad.). In: J. Salomão (Org.), Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (v. 18, pp. 283-312). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1923[1922])

Foucault, M. (1961/2010). História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva

Granato, T. M. M., Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Narrativas interativas na investigação do imaginário coletivo de enfermeiras. *Psicologia & Sociedade*, 23(n.spe.), 81-89. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400011>

Grigolo, T., Peres, G., Garcia Junior, C., & Rodrigues, J. (2014). O projeto terapêutico singular na clínica da atenção psicossocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 7(15), 53-73.

Giust-Desprairies, F. (2005). Representação e imaginário. In J. Barus-Michael, E. Enriquez, & A. Levy (Orgs.), *Vocabulário de Psicossociologia*. Lisboa: Climepsi.

Herrmann, F. (1988). Interpretação: a invariância do método nas várias teorias e práticas clínicas. In Figueira, S. A. (Org.), *Interpretação: sobre o método da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.

Herrmann, F. (1979). *O método psicanalítico*. São Paulo: Brasiliense.

Holmes, D. S. (1997). *Psicologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Jardim, K., & Dimenstein, M. (2007). Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicologia em Revista*, 13(1), 169-190.

Lancetti, A. (2015). A Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas: experiências e desafios. In M. T. Zeferino (Org.), *Crise e urgência em saúde mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental* (v. 2, pp. 71-100). 4ª Edição. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Lobosque, A. M. (2007). CAPS: laços sociais. *Mental*, 5(8), 53-60.

Lüchmann, L. H. H., & Rodrigues, J. (2007). O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 399-407. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200016>

Luzio, C. A. (2010). Atenção psicossocial: reflexões sobre o cuidado em saúde mental no Brasil. Tese de Livre-Docência. Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis.

Machado, V., & Santos, M. A. (2013). O tratamento extra-hospitalar em saúde mental na perspectiva do paciente reinternado. *Psicologia em Estudo*, 18(4), 701-712. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722013000400012>

Mângia, E. F., & Barros, J. O. (2009). Projetos Terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 20(2), 85-91. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v20i2pi-ii>

Martins, A. G. (2012). A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Martins, A. G. (2017). A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um Centro de Atenção Psicossocial. *Mental*, 11(20), 226-242.

Ministério da Saúde (2004). Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

Ministério da Saúde (2015). Saúde mental em dados. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf

Miranda, K. L., Serafini, P. C., & Baracat, E. C. 2012. O cuidado psicológico em reprodução assistida: um enquadre diferenciado. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(1), 71-79. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000100008>

Nicácio, F., & Campos, G. W. S. (2004). 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*, 15(2), 71-81. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v15i2p71-81>

Onocko-Campos, R. T., Passos, E., Palombini, A. L., Santos, D. V. D., Stefanello, S., Gonçalves, L. L. M., Andrade, P. M., & Borges, L. R. (2013). A gestão autônoma da medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2889-2898. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000013>

Pasquale, E., & Pereira, M. A. O. (2000). Gestão da psiquiatria na comunidade. *Journal of Health Sciences*, 2(1), 27-34.

Pessotti, I. (1994). *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro: Editora 34.

Pontes, M. L. S., Barcelos, T. F., Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2010). A gravidez precoce no imaginário coletivo de adolescentes. *Psicologia: teoria e prática*, 12(1), 85-96.

Pontes, M. L. S., Cabrera, J. C., Ferreira, & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2008). Adoção e exclusão insidiosa: o imaginário de professores sobre a criança adotiva. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 495-502. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000300010>

Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012 (2012). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html

Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992 (1992). Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Recuperado de http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm

Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (2011). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>

Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (2002). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

Rebollo, R. A. (2006). O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. *Scientiae Studia*, 4(1), 45-81.

Resende, H. (2000). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In S. Tundis & N. R. Costa (Orgs.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (pp. 15- 74). Petrópolis: Vozes.

Resolução nº 1.451, de 10 de março de 1995 (1995). São Paulo: Conselho Federal de Medicina. Recuperado de http://www.cremesp.org.br/administra/deptos/def/doc/RESOLUCAO_CFM_145195.doc

Ribeiro, D. P. S. A., Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2008). A experiência emocional do estudante de psicologia frente à primeira entrevista clínica. *Aletheia*, 28, 135-145.

Russo, R. C. T., Couto, T. H. A. M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2009). O imaginário coletivo de estudantes de educação física sobre pessoas com deficiência. *Psicologia & Sociedade*, 21(2), 250-255. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822009000200012>

Santos, J. D., Rodriguez, S. Y. S., & Fay, E. M. (2014). Grupoterapia com pacientes psicóticos: relato de uma experiência. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 17(2), 137-148.

Severo, A.K.S., & Dimenstein, M. (2009). O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14(1), 59-67. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2009000100008>

Silva, M. A. B. P., & Peres, R. S. (2016). O imaginário coletivo de agentes comunitários de saúde em relação a usuários de saúde mental. *Vínculo*, 13(2), 55-65.

Silva, M. L. B., & Dimenstein, M. D. B. (2014). Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 66(3), 31-46.

Silva, M. S., & Zanello, V. M. (2010). Religiosidade e loucura: a influência da religião na forma como o "doente mental" enfrenta a doença. *Psicologia IESB*, 2(1), 37-47.

Silveira, L. C., & Braga, V. A. B. (2005). Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(4), 591-595. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000400019>

Simões, C. H. D., Ferreira-Teixeira, M. C., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2014). Imaginário coletivo de profissionais de saúde mental sobre o envelhecimento. *Boletim de Psicologia*, 64(140), 65-77.

Tachibana, M., Ambrosio, F. F., Beaune, D., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2014). O imaginário coletivo da equipe de enfermagem sobre a interrupção da gestação. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 17(2), 285-297. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982014000200009>

Tavares, L. A. T., & Hashimoto, F. (2008). A alienação mental e suas (re)produções na contemporaneidade. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 9(2), 4-10. <https://doi.org/10.5747/ch.2009.v06.n1.h060>

Turato, E. R. (2011). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (5ª ed.). Petrópolis: Vozes.

Vecchia, M. D., & Martins, S. T. F. (2009). Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(28), 151-164. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000100013>

Veloso, C., Monteiro, L. S. S., Veloso, L. U. P., Moreira, I. C. C. C., & Monteiro, C. F. S. (2018). Atendimentos de natureza psiquiátrica realizados pelo serviço pré-hospitalar móvel de urgência. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(2), e0170016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018000170016>

Volpe, F. M., Silva, E. M., Carmo, L. S., & Santos, T. N. (2010). 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*, 59(3), 203-209. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300006>

Willrich, J. Q., Kantorski, L. P., Antonacci, M. H., Cortes, J. M., & Chiavagatti, F. G. (2014). Da violência ao vínculo: construindo novos sentidos para a atenção à crise. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(1), 97-103.

Willrich, J. Q., Kantorski, L. P., Chiavagatti, F. G., Cortes, J. M., & Antonacci, M. H. (2013). Os sentidos construídos na atenção à crise no território: o Centro de Atenção Psicossocial como protagonista. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(3), 657-663. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000300019>

Willrich, J. Q., Kantorski, L. P., Chiavagatti, F. G., Cortes, J. M., & Pinheiro, G. W. (2011). 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*, 21(1), 47-64. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000100004>