

Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado às crises na Rede de Atenção Psicossocial

Health workers' perception on crisis care in the Psychosocial Care Network

Percepción de los trabajadores de salud sobre la atención a la crisis en la Red de Atención Psicosocial

Maria Terezinha Zeferino¹

Maria do Horto Fontoura Cartana¹

Marcelo Brandt Fialho¹

Manoela Ziegler Huber¹

Katia Cilene Godinho Bertencello¹

1. Universidade Federal de Santa Catarina.
Florianópolis, SC, Brasil.

RESUMO

Objetivo: O objetivo foi conhecer o cuidado prestado às pessoas em situação de crise em serviços de saúde mental do país, de acordo com relato dos trabalhadores desses serviços. **Métodos:** O estudo é uma pesquisa qualitativa, em que foram analisados portfólios reflexivos de 156 trabalhadores alunos do Curso Crise e Urgência em Saúde Mental. **Resultados:** Os trabalhadores descrevem o cuidado como sendo, prioritariamente, através da contenção medicamentosa, seguida da contenção mecânica e internação, ações que priorizam a redução dos sintomas, desvalorizando o sofrimento e colocando em segundo plano aquele que sofre. **Conclusão:** A conclusão do estudo revela a existência de uma distância entre a realidade dos serviços e o preconizado pela política de saúde mental do país. Demonstra implicações para a prática do cuidado em saúde mental e na consolidação de formas de cuidado baseadas na atenção psicossocial fundamentada no direito à liberdade e no respeito da dignidade humana.

Palavras-chave: Intervenção na Crise; Medicalização; Saúde Mental; Hospitalização; Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to investigate the care provided to people in crisis situations in the mental health services in Brazil, according to reports of workers of these services. **Methods:** Qualitative research, which analyzed reflective portfolios of 156 workers taking the Urgency and Crisis in Mental Health Course. **Results:** The workers describe care as taking place, primarily, by means of drug containment, followed by mechanical restraint and hospitalization, actions that prioritize symptom reduction, devaluing suffering and putting those who suffer into the background. **Conclusion:** The study reveals the existence of a gap between the reality of the services and the criteria professed by the mental health policies in the country. It demonstrates implications for the mental health care practice and in the consolidation of care modalities established on psychosocial care based on the right to liberty and on respect for human dignity.

Keywords: Crisis Intervention; Medicalization; Mental Health; Hospitalization; Health Services Accessibility.

RESUMEN

Objetivo: Conocer el cuidado dirigido a las personas en situación de crisis en servicios de salud mental del país, según el testimonio de los trabajadores de esos servicios. **Métodos:** Investigación cualitativa, en que fueron analizados portafolios reflexivos de 156 trabajadores alumnos del Curso Crisis y Urgencia en Salud Mental. **Resultados:** La atención es descrita cómo siendo, prioritariamente, a través de la contención medicamentosa, seguida por la contención mecánica e internación, acciones que priorizan la reducción de los síntomas, minimizando el sufrimiento y poniendo en el fondo quien sufre. **Conclusión:** El estudio reveló una distancia entre la realidad de los servicios y el ideal preconizado por la política de salud mental del país. Demuestra implicaciones para la práctica del cuidado en salud mental y en la consolidación de formas de cuidado basadas en la atención psicossocial fundamentada en el derecho a la libertad y en el respecto a la dignidad humana.

Palabras clave: Intervención en la Crisis; Medicalización; Salud Mental; Hospitalización; Acceso a los Servicios de Salud.

Autor correspondente:

Maria Terezinha Zeferino.
E-mail: terezinha.zeferino@ufsc.br
tzeferino@hotmail.com

Recebido em 09/10/2015.
Aprovado em 28/02/2016.

DOI: 10.5935/1414-8145.20160059

INTRODUÇÃO

A saúde mental, por um longo tempo, constituiu-se como um campo de exclusão. No entanto, discussões sobre a cronificação dos usuários, o modelo biomédico, a violação dos direitos humanos e de cidadania fizeram surgir iniciativas políticas, científicas e sociais que trouxeram à tona uma nova forma de pensar sobre o processo saúde-doença por meio da valorização do cuidado ao sujeito. Uma dessas estratégias foi a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que propõe a reorganização dos serviços de saúde mental de forma integrada, ampliando e diversificando as ações e equipamentos de saúde e, visando garantir o acesso universal e o cuidado integral com qualidade para as pessoas em sofrimento psíquico¹.

Essa rede busca garantir que esse cuidado não seja pensado apenas por meio de diagnósticos, nem de práticas que restrinjam ou limitem o exercício do ir e vir, tampouco que submetam o sujeito a um regime de controle e vigilância sobre suas ações. Cuidado, enquanto espaço de vida, de estímulo, de confronto, de oportunidades, de relações que vislumbrem a mudança da cultura e de uma política mais social que sanitária². Nessa perspectiva, reconhece o outro como legítimo cidadão de direitos e valoriza os diferentes sujeitos, implicados na produção de sua saúde³.

O cuidado em saúde passa, então, a ser organizado em tecnologias leves, leve-duras e duras. As leves compreendem as relações interpessoais, como a produção de vínculo, autonomia e acolhimento; as leve-duras dizem respeito aos saberes bem estruturados, como a clínica médica, a epidemiologia e a clínica psicanalítica; e as duras são compostas por equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais⁴.

No que diz respeito à saúde mental, as mais relevantes são as tecnologias leves. Acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia são dispositivos dessas tecnologias e representam possibilidades de se construir uma nova prática em saúde. Passa-se, assim, a compreender as ações de saúde como atos de receber e ouvir a população, dando respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso da busca, desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo, até o encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta⁵.

Cuidado em saúde mental, portanto, exige daquele que cuida uma postura ativa, que permita reconhecer o outro na sua liberdade, na sua dignidade e singularidade. É uma atitude de responsabilização e implicação, que evidencia-se por meio do fortalecimento dos laços entre o sujeito que busca o atendimento, o serviço e o território⁶.

Nesse sentido, utilizou-se para este estudo o conceito ampliado de crise, que abarca não somente o seu sentido tradicional, de exacerbação de sintomas ou de perturbação da ordem social. Optou-se pela sua compreensão como experiência singular e disruptiva que, ao mesmo tempo, produz vivências dolorosas, marcadas pela incerteza, temor e estranhamento, mas que contém em si elementos criativos, que expressam a particularidade do sujeito e de seu desejo.

Essa conceituação, que deveria guiar todo o atendimento em saúde mental do País, encontra-se ainda em processo de apropriação pelos trabalhadores da saúde e, em alguns casos, longe da concretização esperada. Em recente estudo realizado numa cidade de médio porte, constatou-se que os serviços simplificam por meio da atenção ao sintoma o atendimento a crise, retirando do sujeito a responsabilidade sobre seu sofrimento e sua vida⁷.

Os serviços ainda possuem limitações para lidar com a crise, apresentando condutas pontuais e apressadas, operando apenas o silenciamento dos sujeitos, inviabilizando a formação de vínculos, reproduzindo, assim, a mesma lógica manicomial herdada dos asilos. Tais condutas facilitam o retorno dos usuários às internações psiquiátricas, comprovado por estudos que indicam que um grande número de pacientes que chegam em crise aos serviços são encaminhados para internação⁸.

Essa abordagem é percebida, por exemplo, em estudo de serviços de saúde de uma capital nordestina. Por meio de grupos focais realizados com usuários, autores evidenciaram que os profissionais sofrem influência do modelo biomédico, configurando seus processos de trabalho como algo impessoal, centrado na cura da doença, na hospitalização e fragmentação do sujeito, retirando-lhe a autonomia sobre seu processo de saúde/doença⁹.

Se os serviços, individualmente, têm essa orientação, na RAPS não parece ser diferente. Usuários, por meio de narrativas de vida, denotam que os serviços utilizam estratégias medicalizantes e hospitalocêntricas, que remetem a uma falsa desinstitucionalização, pois os valores nos quais se baseia o cuidado continuam os mesmos e a lógica manicomial se mostra, principalmente, nas situações mais delicadas, como na irrupção das crises¹⁰.

Em nosso país ainda carecemos de pesquisas que descortinem o uso de medidas coercitivas, mesmo em seus aspectos elementares de frequência e tipo, como já podemos acessar em estudos comparativos entre países¹¹.

Analisando a produção científica sobre o cuidado em saúde mental no Brasil, observa-se que, em geral, trata-se de pesquisas localizadas em serviços ou municípios específicos, havendo necessidade de conhecer o tema em uma maior abrangência, revelando o cuidado ofertado pelos diferentes serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial em suas diversas realidades regionais.

Dessa forma, por meio deste estudo, objetiva-se descrever o cuidado prestado por trabalhadores em serviços de saúde mental às pessoas em situações de crise.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa.

O público alvo, deste estudo, foram os 429 alunos da primeira edição do Curso Crise e Urgência em Saúde Mental, trabalhadores da RAPS, com formação em nível universitário, que atuam no cuidado em saúde mental, no Sistema Único

de Saúde (SUS), oriundos das diversas Regiões do Brasil, selecionados pelo Ministério da Saúde.

Esse Curso é resultado da parceria entre o Ministério da Saúde (MS), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS), por meio do APIS - Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas. Constitui-se como um curso de atualização profissional, com 100 horas de duração, dividido em quatro módulos, todo realizado a distância, com uso de ferramentas interativas (perfil, chats, fóruns, exercícios avaliativos e portfólios) cujo objetivo é proporcionar novos conhecimentos e produzir reflexões, transformando e (re)construindo a realidade no âmbito de atuação do aluno. O desafio é proporcionar formação que possibilite uma prática reflexiva e contextualizada, uma prática pedagógica apropriada a superar o treinamento meramente técnico e tradicional, vislumbrando a formação de sujeitos éticos, críticos, reflexivos, colaborativos, históricos, transformadores, humanizados e com responsabilidade social¹².

A caracterização dos participantes foi realizada por meio do preenchimento da atividade perfil, que continha as seguintes informações: sexo, idade, profissão, procedência e local de trabalho.

Os critérios de inclusão foram ser aluno regularmente matriculado no Curso e ter respondido as quatro questões reflexivas que compunham seu portfólio. O critério de exclusão foi ter desistido do Curso antes do término. Dos 429 alunos que iniciaram o curso, 56 desistiram, 302 atenderam aos critérios e 156 alunos concordaram em participar da pesquisa, após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta dos dados, utilizou-se o instrumento portfólio, atividade de aprendizagem, em que os alunos elaboraram um documento individual com reflexões sobre sua prática profissional, ponderando alternativas para a transformação de sua realidade. O portfólio de cada aluno foi composto por quatro questões reflexivas, uma em cada módulo do Curso, sendo que para este estudo foi utilizada a resposta a seguinte questão, referente ao segundo módulo: "Descreva as situações de crise e urgência em saúde mental que acontecem mais frequentemente no seu local de trabalho e analise como é realizado o cuidado nessas situações". Esse documento foi produzido e postado pelos alunos no Ambiente Virtual de Ensino-Aprendizagem.

Os documentos foram impressos, constituindo o banco de dados desta pesquisa. Os pesquisadores organizaram e analisaram coletivamente esses dados, segundo o método de Análise de Conteúdo Temática sugerida por Bardin¹³, seguindo as três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento das informações. Na primeira etapa, foi realizada a organização do material, com vistas a torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. O próximo passo foi a codificação, a classificação e a categorização dos dados. Na terceira e última etapa, realizou-se a condensação e o destaque das informações, culminando na análise reflexiva e crítica do material.

A coleta de dados foi iniciada em janeiro de 2015, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com

Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, com parecer número: 924.432/2014, respeitando, assim, os preceitos éticos da pesquisa.

Para garantir o anonimato, os participantes da pesquisa foram identificados como E1, pois são da Edição 1 do curso e A1 (aluno 1)... A156, seguido da referência do tipo de serviço de saúde mental em que atuam.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil dos trabalhadores estudados é apresentado de forma descritiva e por meio da Tabela 1, a fim de contextualização, e os achados referentes ao discurso dos participantes foram agrupados na categoria temática: voz dos trabalhadores sobre o cuidado na crise em saúde mental.

Tabela 1. Perfil dos trabalhadores da RAPS, alunos da 1ª edição do Curso (n = 156)

Variável	n	%
Pontos de Atenção		
CAPS II	70	44,9%
CAPS III	33	21,2%
Hospital Geral	13	8,3%
Unidade Básica de Saúde	11	7,1%
CAPS I	10	6,4%
Profissão		
Psicólogos	60	38,5%
Enfermeiros	44	28,2%
Assistentes Sociais	22	14,1%
Terapeutas Ocupacionais	13	8,3%
Médicos	8	5,2%
Região do País		
Nordeste	47	30,1%
Sudeste	44	28,2%
Centro-Oeste	27	17,3%
Sul	19	12,2%
Norte	19	12,2%
Idade em anos		
22-31	46	29,5%
32-41	58	37,2%
42-51	37	23,7%
52-61	15	9,6%
Sexo		
Feminino	126	80,8%
Masculino	30	19,2%

Os participantes da pesquisa são, em sua maioria, trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), das modalidades I, II e III. Conforme a Portaria que orienta a estruturação desses serviços, os CAPS constituem-se como componentes especializados da Rede de Atenção Psicossocial, sendo referência para a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes no Sistema Único de Saúde. Os CAPS diferenciam-se nas modalidades I, II e III definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional: CAPS I para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II para municípios com 70.000 a 200.000 habitantes; ambos com funcionamento diário, de segunda à sexta-feira, em horário das 08 às 18 horas; e CAPS III para municípios com população acima de 200.000 habitantes e funcionamento 24 horas, inclusive aos finais de semana¹⁴. Note-se que a seleção de alunos para o curso Crise e Urgência em Saúde Mental foi realizada pela área técnica de saúde mental do MS, que privilegiou nesta primeira edição trabalhadores destes serviços. A grande percentagem de serviços especializados da RAPS oferece credibilidade aos achados.

As profissões dos respondentes são diversas, com destaque numérico para psicólogos e enfermeiros. Essa distribuição apresenta correspondência com achados de outros estudos, ainda que de âmbito regional^{15,16}.

A Região de origem dos participantes tem destaque para a Região Nordeste com 30,1%. A Região Nordeste multiplicou entre os anos de 2002 e 2010 a cobertura de CAPS, tendo hoje uma cobertura semelhante da Região Sul do País¹⁷, situação que pode ter influenciado um maior interesse em participar deste curso. A Região Sudeste, onde se concentra grande número de serviços de saúde do País, possuindo a maior concentração de CAPS AD do país, aparece, neste estudo, em segundo lugar com número significativo de participantes, o que diminui a probabilidade da Região Nordeste ter influenciado, prioritariamente, os resultados deste estudo. Além disso, o somatório das demais regiões é superior ao da Região Nordeste, situação que indica que a pesquisa representa todas as regiões do País.

Com idades entre 32 e 41 anos, 37,2%, e do sexo feminino, 80,8%; pode-se concluir que os participantes reafirmam as características etárias e de distribuição por sexo da força de trabalho na RAPS e no próprio campo da saúde, como apontam outros estudos¹⁸⁻²⁰.

O cuidado às pessoas em situação de crise

Como forma de cuidado na crise, os participantes relataram que são realizadas, prioritariamente, medidas como contenção medicamentosa, contenção mecânica e internação, ações que se limitam à diminuição de sintomas, sem espaço e tempo para que o sujeito manifeste seu sofrimento, como descrito nas falas abaixo:

Quando chegam ao serviço, dependendo de como estejam, são contidos no leito com faixas de

contenção pelos monitores e depois são vistos pelos médicos Psiquiatras que determinam a contenção medicamentosa, feita a administração da medicação ficam em observação. (E1 A124 - CAPS II).

Quando temos um usuário em crise e a familiar liga para pedir ajuda da equipe do CAPS, orientamos que entre em contato com o SAMU, para levá-lo ao hospital e, então, o usuário ser medicado. Se a Crise for muito forte, este é encaminhado para a capital, onde será internado[...] (E1 A147 - CAPS II).

Os avanços nas práticas de saúde mental, nas últimas décadas, são inegáveis, mas ainda há muitos desafios a serem superados, principalmente, quanto ao lugar que ocupa o uso das medicações nas práticas de cuidado, especialmente, quando o foco é a atenção às crises. Percebe-se, nessas situações, a primazia do tratamento farmacológico²¹, sendo em alguns casos reduzido a esse o cuidado e o manejo de sintomas.

O cuidado possui um potencial disruptivo, tanto sendo capaz de emancipar pessoas, quanto de tutelá-las⁶. Nos relatos observados, o cuidado caracteriza-se como tutelador, colocando o sujeito no lugar daquele que precisa ser tratado por outro, que precisa receber medicação, ser observado, ser orientado e não como alguém que sabe de sua doença, que é capaz de tomar decisões.

É necessário diferenciar a postura de ser responsável por alguém, da atitude de apoiar alguém dentro de sua liberdade de decisão, ou seja, é fundamental diferenciar-se cuidado de tutela²². Várias correntes teóricas tem apontado que o objetivo das práticas de saúde mental precisa ser a ampliação da capacidade de cada um lidar consigo mesmo e com os outros, e não apenas a remissão de sintomas²³.

O uso indiscriminado de medicamentos visa, na maioria das vezes a sedação e a contenção rápida do incômodo causado pela crise. Os serviços ainda norteiam suas ações por medidas e estratégias para enquadrar o sujeito às normas, tornando-se justificável para isso o uso indiscriminado de medicação, de contenção mecânica, confinamento e toda forma de violência simbólica e física²⁴.

É preciso atentar para o reducionismo e simplificação do sofrimento humano que essa medicalização excessiva impõe a esse cuidado. Ao se levar em consideração o sujeito que sofre e sua história de vida, ampliam-se as possibilidades de intervenção²⁵. Não se pretende negar que o uso de medicamentos é um excelente recurso à disposição dos profissionais, mas sabe-se que seu uso inadequado pode ser prejudicial. A medicalização pode estar a serviço da não responsabilização do sujeito pelo seu problema, pois a melhora fica depositada em uma solução mágica e externa.

É necessário que as novas concepções sobre cuidado, loucura e crise psíquica sejam apreendidos. Chama a atenção que profissionais dos CAPS, caracterizados como pontos especializados/estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial, tenham dificuldade em reconhecer a responsabilidade de seu

papel no acolhimento e manejo das situações de crise, uma vez que essas são frequentes e até mesmo esperadas, levando-se em consideração que são os equipamentos responsáveis pelo cuidado de pessoas com "transtornos mentais graves e persistentes", como afirma a portaria que regulamenta esses serviços¹⁴. A expectativa é de que outros serviços se ocupem da crise e que o atendimento nos CAPS seja instituído, quando o indivíduo estiver "compensado":

A equipe tem se mostrado omissa quando presencia um momento de crise e ao invés de intervir, busca encaminhar e se livrar do problema. (E1 A141 - CAPS II).

O usuário com o seu responsável é encaminhado ao Hospital Geral para a estabilização, retornando ao CAPS, assim que estiver compensado, para a continuidade do seu tratamento. (E1 A92 - CAPS II).

É sabido que, especialmente no caso dos pacientes jovens, com primeiro episódio de crise, as unidades de internação são particularmente perigosas. Seja pelo contato com os demais pacientes, que estão assustados, desorganizados e agressivos, mas também porque estão em risco de utilizarem dosagens de medicação de 10 a 30 vezes maiores do que seria o necessário, conforme estudos ingleses²⁶. Por outro lado, a experiência internacional, também, indica que equipes com formação adequada para o reconhecimento e intervenção precoce junto as pessoas em crise, mostra diminuição da necessidade de internações psiquiátricas, ampliando as possibilidades de cuidados extra-hospitalares²⁷.

Na realidade pesquisada, o que se observa é que a internação psiquiátrica ainda ocupa papel central na atenção às situações de crise. Ao optarem por ações não consensuadas, no entanto, as equipes revelam-se incapazes de conduzi-las a contento e uma das soluções encontradas é o acionamento de serviços de segurança pública, como a guarda municipal ou a polícia:

Nas urgências a primeira conduta é a intervenção medicamentosa, que ocorre pela equipe de enfermagem tanto na unidade como em domicílio, em alguns casos com apoio da Guarda Municipal para contenção física. Logo que possível o paciente é avaliado pelo médico, que quase sempre orienta a internação. (E1 A64 - CAPS II).

Por vezes, as crises são tratadas primeiro através da contenção para a realização de medicação injetável de urgência. Já tivemos surtos em que a medicação de urgência pra ser realizada foi necessária ajuda policial. Em outros casos, o SAMU foi solicitado para dar suporte e transferência para o hospital (regional) único na cidade. (E1 A97 - CAPS II).

O cuidado associado ao sofrimento psíquico grave tem gerado reflexões frequentes, pois a reorientação dessa assistência,

teoricamente, avançou de um modelo hospitalocêntrico para um modelo de atenção psicossocial e comunitário, evidenciando a necessidade de olhares e cuidados integrais. Os serviços e profissionais, porém, ainda encontram dificuldades em ofertar esse cuidado baseado nas tecnologias leves, acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia. Essa reorientação no modelo de atenção, porém não foi devidamente incorporada, ainda que alguns participantes relatem o tensionamento nessa direção:

Vejo-me com tantas perguntas sobre crises, como identificá-la, como agir, o que não fazer, a resposta medicamentosa me parece fácil e rápida, porem me angustia tê-la como resposta, gostaria de descobrir outros caminhos. (E1 A52 - CAPS II).

A equipe tem se esforçado no "cuidar", não tem sido fácil, pois exige um amadurecimento da mesma, procurando não limitar na terapia medicamentosa, no modelo médico-centrado, mas sim em acolher não só o paciente, mas os familiares buscando interagir com os parceiros da RAPS. Nas nossas reuniões de equipe sempre discutimos casos novos. (E1 A66 - CAPS I).

Outro aspecto fundamental é a evidente fragilidade na implantação de diversos pontos da RAPS. Se as dificuldades relacionadas ao desenvolvimento de ações compartilhadas entre os serviços de saúde mental e a atenção primária à saúde são amplamente relatadas, mais grave ainda é a desarticulação com os serviços de urgência e a insuficiente expansão do número de leitos em Hospitais Gerais para o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico grave e agudo²⁸. Tal realidade é percebida pelos participantes e apontada como restritiva para a realização do cuidado preconizado:

Ainda estamos presos a um modelo biomédico, pois o usuário e a família em crise são levado a um Hospital psiquiátrico e fica afastado do CAPS por longos períodos. Acabamos não tendo apoio do SAMU ou bombeiros que nos leva a fazer contato direto com este hospital, apesar da equipe não concordar é a única solução encontrada, pois a rede de saúde mental ainda é precária. (E1 A100 - CAPS II).

Em alguns casos, a família já interna o usuário e só comunica a equipe do Caps posteriormente [...] Ainda não contamos com o Caps III nem com leitos de retaguarda em hospitais gerais, o que dificulta em alguns casos em que a família não consegue lidar com a crise nos finais de semana e acaba internando o usuário (E1 A150 - CAPS II).

Fica evidente na fala dos participantes que outro desafio mencionado por eles é a falta de capacitação dos profissionais para lidarem com o sofrimento psíquico, uma vez que este mobiliza questões nos próprios profissionais, traz à tona suas

crenças, seus medos, suas dificuldades pessoais e técnicas. Muitas vezes, o diagnóstico apressado, a conduta extremamente técnica e desumana, a medicalização de todas as queixas e as dificuldades no contato, podem obedecer a mecanismos de defesa do profissional. Podendo também ocorrer o contrário, quando o profissional não consegue manter uma distância que lhe permita discernimento sobre o sofrimento do outro e se vê invadido por este, perdendo, assim, da mesma forma sua potência para intervir²⁹:

Trabalhamos ainda, focados na prática médica, quase em todos os episódios a medicalização ocorre em primeiro lugar. Principalmente, com a falta de capacitação dos profissionais envolvidos. Esta atuação só fortalece a dependência do hospital psiquiátrico. (E1 A53 - CAPS II).

Para agravar a situação, a rede também não consegue dar respostas, pois também não está preparada para tais situações. Ocorre que esse usuário percorre um caminho de sofrimento e descaso. (E1 A141 - CAPS II).

Profissionais formados no paradigma biomédico, na centralidade dos sintomas, no reducionismo terapêutico apresentam muitas dificuldades no cuidado integral e na escuta qualificada, para isso precisam de uma formação diferenciada²⁵. Essa falta de capacitação compromete a resolutividade da intervenção e gera mais sofrimento tanto ao paciente quanto ao profissional. As práticas de saúde mental ainda estão muito vinculadas ao modelo biomédico, há grande dificuldade na implantação do que é preconizado pelas políticas públicas. O que acarreta uma série de posturas inadequadas, como a medicalização, as contenções físicas, e as internações em excesso, a desresponsabilização dos sujeitos a seus tratamentos, práticas discriminatórias e preconceituosas no cuidado ao sofrimento psíquico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A visão dos profissionais, sujeitos deste estudo, sobre como as situações de crise e urgência em saúde mental são cuidadas no cotidiano de suas realidades de trabalho reafirmam uma lógica biomédica dos fenômenos psíquicos e exploram muito pouco os demais aspectos primordiais do cuidado, como a produção de vínculo, a autonomia e a corresponsabilização. Tal compreensão tende a exacerbar a percepção de crise como expressão de um traço patológico, desvalorizando esse sofrimento, utilizando de formas de cuidado manicomial, de contenção e remissão dos sintomas, sem uma preocupação com a subjetividade daquele que busca ajuda, sem dar voz e crédito a este.

Considera-se que um dos fatores que podem originar o atendimento centrado na medicação é que os profissionais podem não estar preparados para prestar assistência a esse tipo de clientela, pela baixa ou nenhuma carga horária dispensada à saúde mental em suas formações. Assim, a importância de disponibilizar cursos de atualização para profissionais que

atuam na RAPS, ofertando a possibilidade de ampliar os conhecimentos sobre essas temáticas, articulando com sua realidade de trabalho, analisando e refletindo sobre as formas de cuidados ofertadas, atualmente, e as formas de cuidado baseadas na atenção psicossocial, nas tecnologias leves, no cuidado em liberdade.

É necessário ampliar a atenção às situações de crise e urgência, produzindo serviços e redes que efetivamente respondam às necessidades das pessoas em seus contextos reais de vida, que garantam liberdade, promovam direitos, e propiciem novas possibilidades para a vida, novas estratégias para responder às situações de intenso sofrimento e fragilidade. Atenção que vá além do silenciamento dos sintomas e do isolamento do sujeito, o que impacta diretamente na capacidade dos profissionais e serviços em disponibilizar-se a atuar em redes substitutivas, reorganizando seus processos de trabalho e articulando suas práticas, superando estigmas, preconceitos e estereótipos vinculados à loucura e à figura da pessoa em sofrimento psíquico, na direção de um olhar marcado pela defesa dos direitos humanos e resgate da cidadania.

Como se pode notar, o processo de mudança, ainda que fortemente estimulado por políticas públicas, se produz a partir do dia a dia do cuidado ofertado, se produz dentro dos encontros e desencontros entre profissionais e usuários, se produz baseado nos conceitos que cada sujeito carrega sobre sofrimento psíquico, doença/saúde, cuidado, responsabilização, crise, saúde mental. Manter um olhar reflexivo e contextualizado sobre esses conceitos nem sempre tem sido contemplado nos espaços institucionais, nos serviços de saúde.

Cabe ressaltar, como limitação deste estudo, que os participantes são, majoritariamente, provenientes de serviços especializados de saúde mental. Considerando-se que os Prontos-socorros, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Serviços de Atendimento Móvel de Urgências são componentes estratégicos da RAPS para a atenção às situações de crise, observou-se a necessidade de acessar a visão dos trabalhadores desses serviços sobre o tema, o que revela a necessidade de mais pesquisas nessa área.

Percebe-se que o movimento de reforma psiquiátrica necessita, para sua consolidação, ampliar a implantação de serviços diversificados e comprometidos com a atenção às situações de crise, nos diversos níveis da atenção e, por outro lado, investir estrategicamente na educação permanente dos trabalhadores do SUS, sob pena de restringir-se ao campo da teoria, das políticas, sem alcançar a prática, a realidade do dia a dia.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. Seção 1, p.230-2. 2011
2. Oliveira GN. O Projeto Terapêutico Singular. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 210-36

3. Yasui S. Entre o cárcere e a liberdade: apostas na produção cotidiana de modos diferentes de cuidar. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos Humaniza SUS, Saúde Mental v.5. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
4. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Rev Tempus - Actas de Saúde Coletiva*. 2012; [citado 2015 dez 10]; 6(2):151-63. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034>.
5. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; [citado 2015 dez 10]; 16(7):3051-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/05.pdf>.
6. Ballarin MLG, Carvalho FB, Ferigato SH. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. *Mundo Saúde*. 2009; 33(2):218-24.
7. Dimenstein M, Amorim AKA, Leite J, Siqueira K, Gruska V, Vieira C, et al. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. *Rev Polis Psique*. 2012; [citado 2015 nov 28]; 2 (nº tem):95-127. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/40323/25630>.
8. Silva MLB, Dimenstein MDB. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. *Arq Bras Psicol*. 2014; [citado 2015 nov 28]; 66(3):31-46. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v66n3/04.pdf>.
9. Santos DS, Tenório EA, Brêda MZ, Mishima SM. Processo saúde/doença e estratégia de saúde da família: o olhar do usuário. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014 nov-dez; [citado 2015 nov 28]; 22(6): 918-25. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-0002-2496.pdf.
10. Pereira MO, Sá MC, Miranda L. Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos. *Cad Saúde Pública*. 2014; [citado 2015 nov 28]; 30(10):2145-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n10/0102-311X-csp-30-10-2145.pdf>.
11. Raboch J, Kalisová L, Nawka A, Kitzlerová E, Onchev G, Karastergiou A, et al. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten european countries. *Psychiatr Serv*. 2010 Oct; [citado 2015 dez 10]; 61(10):1012-7. Disponível em: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.2010.61.10.1012>.
12. Cyrino EG, Pinto HA, Oliveira FP, Figueiredo AM. O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança?. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2015 Jan-Mar; [citado 2015 dez 2]; 19(1): 5-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0005.pdf>.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (PT); Edições 70, LDA, 2011.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
15. Silva NS, Esperidião E, Silva KKC, Souza ACS, Cavalcante ACG. Perfil Profissiográfico de trabalhadores de nível universitário em serviços de saúde mental. *Rev enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2013 abr/jun; [citado 2015 dez 2]; 21(2):185-91. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7103/5015>.
16. Almeida AS, Furegato ARF. Papéis e perfil dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental. *Rev Enferm Atenção Saúde [Online]*. 2015 jan/jun.; [citado 2015 dez 2]; 4(1):79-88. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1265/1136>.
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de saúde mental, álcool e outras drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
18. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Perfil sócio demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; [citado 2015 dez 2]; 24 (Sup 1):S193-201. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/23.pdf>.
19. Jorge MSB, Guimarães JMX, Nogueira MEF, Moreira TMM, Moraes APP. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da política de desprecarização do trabalho no sistema único de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2007 Jul-Set; [citado 2015 dez 2]; 16(3):417-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a06v16n3.pdf>.
20. Nunes EFPA, Santini SML, Carvalho BG, Cordoni Junior L. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em municípios de pequeno porte do Paraná. *Saúde Debate*. 2015, Jan-Mar; [citado 2015 dez 2]; 39(104):18-29. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00030.pdf>.
21. Onocko-Campos RT, Passos E, Palombini AL, Santos DVD, Stefanello S, Gonçalves LLM, et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; [citado 2015 dez 2]; 18(10):2889-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a13.pdf>.
22. Campos RO, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL, et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011 dez; [citado 2015 dez 2]; 16(12):4643-52. Disponível em: <http://search.proquest.com/openview/593451c6719f424a155b44b9205a5938/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=2034998>.
23. Campos GWS, Onocko-Campos RT, Del Barrio LR. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; [citado 2015 dez 10]; 18(10)e:2797-2805. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a02.pdf>.
24. Bonfada D, Guimarães J. Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas. *Psicol Estud*. 2012 abr./jun.; [citado 2015 dez 10]; 17(2):227-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n2/v17n2a05.pdf>.
25. Hirdes A, Scarparo HBK. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; [citado 2015 dez 10]; 20(2):383-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0383.pdf>.
26. McGorry PD. Early intervention in psychosis: obvious, effective, overdue. *J Nerv Ment Dis*. 2015 May; [citado 2015 dez 10]; 203(5):310-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4414340/pdf/nmd-203-310.pdf>.
27. Hui CL, Chang WC, Chan SK, Lee EH, Tam WW, Lai DC, et al. Early intervention and evaluation for adult-onset psychosis: the JCEP study rationale and design. *Early Interv Psychiatry*. 2014 Aug; 8(3):261-8.
28. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; [citado 2015 nov 28]; 16(12):4579-4589. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02.pdf>.
29. Onocko-Campos RT; Gama CA. Saúde Mental na atenção básica. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 209-35.