

O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos¹

Sabrina Helena Ferigato²

Rosana T. Onoko Campos³

Maria Luisa G. S. Ballarin⁴

Universidade Estadual Campinas

Resumo: Buscamos por meio deste trabalho possibilitar a conceituação, reflexão e discussão em torno do tema da crise em saúde mental, com o objetivo de contextualizar o atendimento à crise oferecido nos equipamentos substitutivos. Procuramos construir o entendimento da crise, não apenas como um estado de agudização da sintomatologia psiquiátrica que deve ser suprimido com a maior agilidade possível, mas como um momento que deve ser cuidadosamente investido em seu potencial transformador e criativo. Para isso, consideramos importante a realização de uma breve contextualização histórica dos processos de atenção à crise nas práticas psiquiátricas para posteriormente potencializarmos o momento da relação atualmente estabelecida entre a equipe de saúde e o usuário, entendendo este encontro como um momento extremamente significativo para o desenrolar desta mesma crise.

Palavras-Chave: saúde mental; crise, relação Equipe-usuário.

Introdução

Seguramente, podemos dizer que atualmente vivemos uma crise dos fundamentos de nossa existência pessoal, nacional e mundial. “Se olharmos a Terra como um todo, perceberemos que quase nada funciona a contento” (Boff, 2002, p.13). Por isso, quando falamos em crise, não estamos nos referindo apenas a uma experiência individual e nem a um privilégio apenas de pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Podemos estar nos referindo a um contexto global, a uma circunstância pela qual, seguramente, todos nós já passamos ou passaremos um dia.

Segundo Boff (2002), o próprio nascimento pode ser considerado como um momento de crise. “A criança, ao nascer passa pela crise mais aguda de sua vida” (Boff, 2002, p.26): a abrupta alteração de temperatura e luminosidade, a forte pressão para ser posta para fora do útero e, principalmente, o abandono existencial de um horizonte vital pequeno e aconchegante

¹ Artigo realizado como trabalho de conclusão do curso de Aprimoramento em Saúde Mental (FCM/UNICAMP)

² Terapeuta Ocupacional, Mestre em Filosofia Social (PUCCAMP), com aprimoramento em Saúde Mental (UNICAMP) e Docente da faculdade de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas

³ Terapeuta Ocupacional, Dra. em Saúde Mental (UNICAMP) e docente da Faculdade de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas.

⁴ Terapeuta Ocupacional, Dra. em Saúde Mental (UNICAMP) e docente da Faculdade de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas.

para um mundo mais vasto e com novas possibilidades de vida, enfim, toda esta transformação consiste em um momento traumático.

Podemos dizer que no contexto em que vivemos estas situações denominadas “crise” tomam uma dimensão cada vez maior: crise do capitalismo, crise da adolescência, crise de valores, crise existencial, crise psicótica!

Ocasões como estas fizeram com que “o irrepresentável, a situação de crise, o momento máximo de estilçamento de nossas representações, retorne nos consultórios, nas instituições, no social, na realidade” (Knobloch, 1998, p.15).

Desta forma, quando tentamos trazer toda esta complexidade para a dimensão específica da clínica da saúde mental, deparamo-nos com diversos paradoxos que merecem uma reflexão especial.

Desde o início da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, podemos verificar uma considerável reformulação da assistência em Saúde Mental, que, para oferecer um tratamento não asilar/hospitalocêntrico e também não excludente, tem investido significativamente nos “serviços de atenção à crise”, dentre eles os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) e CERSAMs (Centros de referência de Saúde Mental).

Porém, qual é exatamente a abrangência, a função ou o campo de atuação do atendimento à crise no emaranhado da rede assistencial?

Segundo Moebus e Fernandes (s.d), a resposta deriva da própria concepção de crise assumida na práxis de cada serviço em particular. Cabe, portanto, investigar quais são as possíveis e diferentes concepções de crise historicamente produzidas e utilizadas atualmente.

Assim, os objetivos deste trabalho estão centrados na conceituação da dinâmica da crise e toda complexidade que a envolve: as suas diferentes definições, suas principais características, a experiência que este momento proporciona ao portador de sofrimento psíquico, bem como a atuação do profissional de saúde que lida com a crise em seu dia-a-dia de trabalho. Propomos, então, uma jornada que se destina a oferecer a esses profissionais “a possibilidade de conhecer um novo tipo de abordagem das situações de emergências psiquiátricas, para além dos tradicionais tratamentos psiquiátricos, clínicos ou farmacológicos” (Sterian, 2000. p.9).

A construção histórica da crise em Psiquiatria

Segundo Moebus e Fernandes (s.d), a palavra crise em sua origem grega (*krisis*) caracteriza um estado no qual uma decisão tem que ser tomada. A origem filosófica da palavra é também extremamente rica e encerra o sentido originário da crise. Como nos aponta Boff (2002), a palavra sânscrita para crise é *kri* ou *kir* – e significa “desembaraçar”, “purificar”. O português conservou ainda a palavra *crisol*, elemento químico que purifica o ouro das gangas limpando-o dos elementos que se fixaram no metal pelo seu processo vital ou histórico e, ao longo do tempo, tomaram conta de seu cerne a ponto de comprometerem sua substância em si.

Assim, podemos dizer que originalmente a palavra crise está carregada de elementos que trazem um amplo sentido, o de separação, mudança, desequilíbrio transitório, com possível ocasião de crescimento.

Todos estes sentidos nos conduzem a um importante paradoxo: Por que, em psiquiatria, o sentido de crise adquiriu um aspecto sempre negativo ao longo da história? Um processo prejudicial e que deve sempre ser suprimido o mais rápido possível?

Moebus e Fernandes (s.d) aponta que, neste campo, a introdução do termo crise pode ser atribuída a Erich Lindernann's que, em 1944, traz a luz uma “teoria da crise” que abordava as consequências psicológicas causadas nos seres humanos após tragédias ou catástrofes, ou seja, uma concepção que atribui o adoecer psíquico quase que inteiramente a causas externas ou sociais.

Tal causalidade aos poucos amplia seu raio de inserção e inclui também as inúmeras situações “estressantes” da vida cotidiana, como entrar na escola, perder um emprego, divorciar-se, etc. Este contexto, após a criação dos serviços especializados na atenção à crise, transforma toda a sociedade civil em população de risco deste “adoecimento psíquico”.

Posteriormente, em oposição a este cenário, criou-se uma série de condutas e estratégias sociais de prevenção a este eminente risco, e o momento da crise passa a ser encarado, então, como uma “agudização da sintomatologia psiquiátrica”.

Da mesma forma, Foucault (2004) nos mostra em *A história da loucura*, como o conceito de loucura e, conseqüentemente, o conceito de crise foram, são e sempre serão, histórica e culturalmente construídos de acordo com a contingência social do contexto em que se vive; apontando que ao longo dos últimos séculos, o que hoje denominamos crise psicótica, já foi entendido como manifestação de sabedoria, de possessão demoníaca, bruxaria, de subversão da ordem social e, por fim, como doença (a partir do século XVIII).

Paralelamente a isto, podemos observar que as formas de abordagem destas situações também foram sendo transformadas – exorcismo, fogueira, confinamento, tratamento moral, eletro-choque, contensão física e/ou medicamentosa, até aquilo que oferecemos atualmente como recurso de tratamento.

Seguramente, como já dissemos anteriormente, o que podemos apontar como característica comum a estes diferentes momentos é que a “crise” adquiriu um aspecto negativo aos nossos olhos.

Esta análise nos faz confirmar a idéia de que neste momento de mudança assistencial em saúde mental, encontra-se também a renovação das mentalidades, por isso, propomos uma ampliação do entendimento desta manifestação, hoje denominada “crise”.

A crise no circuito da Saúde Mental: ampliando conceitos

Como pudemos demonstrar anteriormente, a palavra crise pode nos remeter a aspectos sociais, históricos, familiares e pessoais. Porém, mesmo quando tentamos especificar a crise, dentro do próprio campo específico da saúde mental, encontramos diferentes teorias sobre a caracterização deste episódio: por exemplo, psicanálise e psiquiatria não falam a mesma língua quando se referem à crise. Não há uma perspectiva uniforme do que seja um momento de surto, isto é, teremos uma variedade de subgrupos que usam diferentes critérios para determinar se uma experiência pode ser ou não considerada como crise.

Por esta razão consideramos importante destacar algumas destas diferenças a partir da apresentação de diferentes definições de crise.

Durante a maior parte da história de atenção ao portador de sofrimento psíquico, principalmente o período da psiquiatria clássica – asilar, hospitalocêntrica - a crise e toda complexidade de uma existência de sofrimento foi reduzida ao que podemos chamar de “agudização da sintomatologia psiquiátrica”.

Podemos aqui citar uma série de sintomas já catalogados como característicos: delírios, alucinações visuais e auditivas, agressividade, agitação psicomotora etc. A supressão desta sintomatologia buscaria a homeostase, a partir de um modelo de adaptação e estabilização, entendidos como positivos. O que rompe com tal homeostase e organização é, automaticamente, entendido como algo destrutivo.

Caplan (1980) e colaboradores desenvolveram estudos sobre a ‘teoria da crise’, que pode ser definida como um período de desorganização de um sistema aberto. A crise é precipitada por uma ou mais circunstâncias que, às vezes, ultrapassam a capacidade do indivíduo ou do sistema de manter a sua homeostase. Ela pode ser uma desestabilização passageira ou pode permanecer prejudicando o estado de equilíbrio do homem em relação ao seu corpo e ao meio ambiente.

A crise pode advir de uma situação imprevisível - doença, desemprego e morte - ou previsível, como a adolescência, gravidez, envelhecimento, etc. Nesta perspectiva o adoecimento é entendido como uma forma de adaptação e de reação do sujeito, frente aos estímulos internos ou externos ao organismo.

De acordo com Knobloch (1998), o que nos importa aqui é marcar outra posição: a que pode considerar a crise também em seu lado positivo, buscando sua significação temporal e singular para o sujeito que a sustenta.

Segundo dell’Aqua (1988), poderíamos caracterizar como “situações de crise” aquelas que respondem a pelo menos três dos cinco parâmetros arbitrariamente especificados:

- Grave sintomatologia psiquiátrica;
- Grave ruptura no plano familiar e/ou social;
- Recusa do tratamento;
- Recusa obstinada de contato;
- Situações de alarme em seu contexto de vida e incapacidade pessoal de afrontá-las.

Tais parâmetros “. . . identificam aquelas situações que por alarme ou gravidade eram enviadas ao hospital psiquiátrico com internação forçada, além de definidas como perigosas para o sujeito ou para os outros” (DELL’AQUA, 1988, p.59).

Embora as situações descritas acima ampliem a caracterização de crise como algo além de sua sintomatologia, incluindo nela aspectos do contexto familiar, social e relacional de cada um, a meu ver, este conceito poderia ser enriquecido a partir de um maior aprofundamento na vivência subjetiva da crise e sua singularidade para o sujeito que a vivencia concretamente.

Muitos autores de orientação psicanalítica relacionam o conceito de crise ao conceito de trauma⁵.

² A noção de trauma foi tomada da medicina por Freud, para designar uma vivência que traz um grande aumento da excitação da vida psíquica em um curto espaço de tempo, tendo por característica o fracasso de sua liquidação pelos meios habituais.

“O trauma consiste em um acontecimento da crise que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se acha o indivíduo de lhe responder de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica” (Laplanche & Pontalis, 1986, p.678).

No mesmo sentido, Knobloch, estudiosa de Ferenczi, também elabora sua teoria da crise em torno do tempo do traumático, trazendo grandes contribuições para uma nova conceituação do tema proposto.

Segundo Knobloch (1998), a crise pode ser designada como uma experiência em que há algo insuportável, no sentido literal de não haver suporte, experiência que nos habita como um abismo de perda de sentido, em que se perdem as principais ligações. Este abismo se manifesta como um excesso de força pulsional que rompe a capacidade de simbolização mas, ao mesmo tempo, instaura uma eminente exigência de ligações até então inexistentes.

Neste sentido, podemos dizer que para a autora, a situação denominada “crise” é a testemunha da vacilação do sistema de representação, é o irrepresentável, o inominável.

Experiência limite, não por ser uma experiência que desafia o limite, mas por extravasar o delimitado. É uma experiência que traz um excesso, excesso do que é insuportável e intolerável...Ruptura em que se redistribuem, de uma maneira brutal as condições da realidade...instalando um estado inédito (Knobloch, 1998, p.133).

Todo este acontecimento transforma as relações do tempo habitual, e nos introduz num outro mundo, fora do espaço e do tempo vulgar.

Temos claro que estamos tentando, em palavras, definir algo que, como já dissemos, não possui representação e é possível de ser constatado no plano dos sentidos e das sensações, aos quais são submetidos os portadores de sofrimento psíquico.

Muitos autores tentam definir algumas destas sensações. Para Birman (1983), a pessoa em crise encontra-se num estado mental em que não é possível apreender algo essencial, no qual a angústia provocada pelo que nos escapa é tão importante que ficamos com o sentimento de que a nossa própria vida está escapando, uma experiência de perda de seus sistemas de referência, isto é, a ameaça de perda da própria identidade.

Lobosque (2001) destaca em suas observações alguns traços comuns à experiência da crise: seu caráter de invasão, invasão que chega a ultrapassar o psiquismo e atingir o próprio corpo, a perda de privacidade, o estar exposto, o estar á mercê à irrupção do estranho, onde tudo entra em processo de questionamento e suas convicções fundamentais se abalam... e tudo isso em caráter de imposição, tudo isso é imposto ao portador de sofrimento psíquico. Para a autora, toda esta vivência escancara a reprodução de uma agonia que ocasiona uma dor incompreensível, sem conteúdo de representação e por isso, inatingível pela consciência.

No entanto, é importante ressaltar que esta ausência de representação não significa a ausência de sensações e afetos, e também, que toda esta vivência não é caracterizada por um déficit, como acreditam a maioria das pessoas, mas sim, por uma diferença, cuja incompreensível estranheza chama a atenção.

Nos chama a atenção também o esquecimento por muitos profissionais da saúde da potência intrínseca ao momento de crise, da chance que este momento oferece para uma oportunidade de transformação e de desvio, pois embora toda essa vivência de sofrimento, angústia e invasão seja uma marca importante da crise, em proporções de mesmo valor podemos caracterizar seu momento de metamorfose, de saída de um lugar historicamente dado pra um outro lugar a ser simplesmente reconstruído, por seu caráter também inédito.

O atendimento à crise: o profissional da Saúde Mental e sua relação com o usuário

Poderíamos fazer uma relação das formas comumente utilizadas no manejo da crise psiquiátrica, exemplificando-as a partir do tratamento farmacológico, psicológico, psiquiátrico. No entanto, o que pretendemos mostrar aqui é que todas essas formas de abordagem se inter-relacionam o tempo todo e possuem como pano de fundo um conflito que emerge de uma inevitável relação de poder, mantida, segundo Foucault (2004) pelo entrelaçamento de saberes, técnicas e discursos “científicos”. No entanto, embora tenhamos que admitir que determinados saberes produzem determinador poderes e vice-versa, supomos que este poder não é concebido como uma propriedade, mas como estratégia de tratamento. Ou seja, “esse poder, mais se exerce do que se possui, não é privilégio adquirido de uma classe dominante, mas efeito de conjunto de suas posições estratégicas” (Foucault, 2004, p.26).

Uma vez que nos permitimos admitir que estamos envolvidos em relações de poder no cotidiano das práticas institucionais, devemos proporcionar que a estratégia a qual nos referimos anteriormente, promova uma relação de poder que não precisa (e não deve) constituir-se como uma relação de dominação, na qual, o choque de poder coloca o usuário em uma nítida situação de perda, cristalizando em sua impossibilidade de emancipação e sufocando-o por mecanismos coercivos. De modo que o exercício do poder não se dê de forma unilateral.

Para evitar que este tipo de relação patológica aconteça, podemos apontar alguns aspectos que evitariam ou pelo menos dificultariam a constituição de um tratamento pautado na prática dominadora e/ou coerciva e, ao mesmo tempo, não adquira um caráter tutelar/paternalista.

Toda relação com o paciente em crise exigirá uma urgência de ação. A angústia que nos mostra um paciente diante de uma situação que ultrapassa o limiar de contenção, demanda alguma intervenção de forma iminente. Por esta razão, Saraceno, Asioli e Tognoni (2001) definem a emergência psiquiátrica como um fato imprevisto que necessita de uma intervenção imediata.

No entanto, algumas questões se colocam e aqui se fazem pertinentes: Nem sempre a equipe e paciente estão de acordo em relação ao conceito da crise, e muitas vezes a família pode também estar ou não de acordo com determinada intervenção. O contexto sócio-cultural em que o indivíduo está inserido pode ou não ser favorável às estratégias de cuidado, bem como, a ética institucional, todos estes fatores tem influência direta no tipo de abordagem da crise.

Como podemos notar, a crise e seu manejo estão imersos “em um conjunto de interesses afetivos e práticos contrastantes, onde o paciente e sua crise são uma parte do tratamento, e não sua totalidade” (Saraceno et al., 2001, p.55).

Com isso, forçamo-nos a aprender as diversas formas e momentos da existência, que sofre, dentro e fora da crise, sempre considerando seu contexto sócio-cultural-histórico-familiar. Partindo deste ponto, seguramente, estaremos mais próximos daquilo que Campos (2003) denomina clínica ampliada, colocando a crise no interior de uma série de fatores que a dão algum nexo e a colocam mais próximas de nossa compreensão.

Estes aspectos, já são suficientes para nos dar uma pequena dimensão da importância da relação que será construída entre equipe profissional e paciente, e por isso, consideramos importante apontar aspectos do manejo da crise essenciais para possibilitar uma boa condução do momento do sujeito em crise, considerando, é claro, que de forma alguma tentamos aqui estabelecer um manual ou fórmulas de instrução de “como lidar com a crise”, uma vez que

isso desconsideraria a subjetividade e a individualidade intrínseca de cada usuário. Buscaremos apenas promover uma reflexão, considerando aspectos didáticos, sobre o manejo da crise, levantando alguns elementos que nos parecem relevantes em nossas práticas antimanicômias, porém não são de forma alguma absolutos e nem acabados em si mesmos.

A postura do profissional de saúde mental

Sabemos que na aplicação deste manejo existe uma linha muito tênue entre consciente e inconsciente, envolvendo tanto o terapeuta quanto o paciente.

De acordo com Knobloch (1998), o profissional que realiza o atendimento à crise se debruça diariamente sobre situações que rompem o mundo representacional, e, neste caso, o terapeuta constitui-se como uma ponte entre o paciente e a realidade.

Por esta razão, a postura do profissional deve ser baseada fundamentalmente na postura de suporte – suportar esta condição seria afirmar a realidade do acontecimento da crise, no sentido de sustentar sua força destrutiva para que ela encontre destinos mais criativos para o sujeito.

Este suporte implica a consideração da crise como o paciente a considera, quer dizer, como *fator real* na expressão de Ferenczi, o caráter afetivo da experiência que o sujeito afirma ter vivenciado pede que o outro reconheça isso, testemunhe esse fato e o inscreva em sua história, ou seja, é preciso que o terapeuta conceda crédito à realidade do evento e ao sofrimento embutido nele, sem necessariamente sustentar e fortalecer o delírio, por exemplo.

E, embora em suas práticas Knobloch e Sterian sigam referenciais psicanalíticos diferenciados, ambas consideram que nas terapias de emergência o terapeuta deve apresentar-se como uma pessoa benigna, interessada, disponível e participante, pois assim, na medida do possível, evita-se a instauração de uma relação destrutiva.

Assim, o profissional da saúde mental, nos momentos de crise, deve funcionar para o usuário como “um agente que liga, que cimenta os fragmentos do sujeito” (Knobloch, 1998, p.72).

A valorização do sujeito

Valorizar o sujeito em crise implica levar em consideração sua condição de ser humano, e não apenas de doente e também não apenas como sujeito em crise; significa respeitar seu tempo, sua individualidade e singularidade, que nem sempre vão de encontro com a expectativa da equipe. “A proposição de não procurar apenas lesões, falhas ou disfunções, por si só já abre um outro campo para a relação entre terapeuta e paciente” (Sterian, 2000, p.53). Propomos, assim, o respeito e a valorização do sujeito *na* crise, sem desconsiderar o sujeito *da* crise.

A escuta terapêutica

Segundo Sterian (2000), escutar não é uma tarefa fácil quanto parece. Ouvir discursos repletos de dor, angústia e sem nexos aparentes, pode vir a se constituir num trabalho muito árduo, que exige de quem ouve habilidades e uma ética específica.

De acordo com a teoria psicanalista, ao falar com o profissional, o discurso do paciente adquire um novo sentido aos ouvidos de quem o discurso é endereçado, diferente do sentido que este mesmo discurso teria para um vizinho, amigo ou familiar. O profissional de saúde

mental, ao escutar algo que se manifesta verbalmente ou na linguagem não verbal, não dá razão nem desaprovação, não emite juízo moral, apenas escuta.

Este discurso pode manifestar-se através da fala, do fazer, do sintoma, etc. Mas para o terapeuta “o que importa não são os sintomas aparentemente positivos ou negativos em si mesmos, mas o que significa para aquele que vive” (Dolto, 1983, citada por Sterian, 2000); e, ao oferecer a escuta, criamos a demanda, o sujeito se dispõe a se abrir e a ser ajudado.

Outro fator fundamental para a escuta terapêutica é saber diferenciar o eu do outro, conhecer profundamente a si mesmo para evitar que as subjetividades envolvidas no processo terapêutico se misturem.

“Escutar uma pessoa exige que se tenha em mente que, apesar de estarmos diante de um nosso semelhante, estamos sempre, também, diante de um diferente: um indivíduo com características próprias e peculiares exclusivas” (Sterian, 2000, p.53).

É fundamental salientar que, nem sempre, ao escutarmos o outro, teremos uma resposta imediata para aplacar sua angústia; e se, por um lado, isso gera uma grande angústia a quem ouve, por outro lado, a ânsia por uma resposta ou por um instrumento de cura, pode privar o terapeuta de escutar.

Por fim, acredito ser importante acrescentar também que, embora muitas vezes aquilo que escutamos apresenta-se como destituído de sentido, esta fala, este fazer ou este sintoma, tem sempre uma significação; significação esta, muitas vezes captada pelo conteúdo do delírio ou da alucinação, por exemplo. De acordo com Birman (1983), ao colocarmos este conteúdo em análise, seu sentido pode ser restaurado, e fica restabelecida a possibilidade de se encontrar uma solução para o conflito que está na base da crise.

A corporeidade do sujeito em crise

Durante longos anos da atenção à saúde mental, os pacientes portadores de sofrimento psíquico foram tratados como se não fossem possuidores de um corpo que sente, e tiveram suas mentes dissociadas deste mesmo corpo, às vezes por eles mesmos e muitas vezes pelos próprios profissionais da saúde.

Parte deste cenário ainda se mantém. Em muitos equipamentos de saúde, pacientes com o “carimbo” de pacientes psiquiátricos não possuem permissão para apresentarem problemáticas clínicas de qualquer outra ordem que não às “doenças da mente”; talvez, por isso, a investigação orgânica de um diagnóstico psiquiátrico é muitas vezes negligenciada, e inúmeros pacientes passam anos a fio no circuito psiquiátrico, mesmo que na realidade apresentem distúrbios na tireóide, doenças infecciosas, tumores cerebrais, entre outros, que em sua evolução, podem desencadear sintomas psicóticos.

Da mesma forma, o inverso também acontece com frequência, ou seja, crises intensas de angústia podem precipitar a formação de alergias, cegueiras, gastrites, paralisias, parestesias e outros tipos de descompensações físicas, que dão sinais do agravamento do quadro de sofrimento; e com exceção dos casos mais graves ou mais aparentes, na maioria das vezes, estes pacientes, ao darem entrada nos Prontos Socorros são imediatamente remetidos apenas às enfermarias psiquiátricas.

Além das queixas físicas “cientificamente compreendidas” pela medicina, nas psicoses e principalmente nas situações de crise, também aparecem freqüentes queixas de manifestações corporais de uma outra ordem: sensação de desmembramento, ausência de órgãos, transformações no corpo, alterações sinestésicas e perda da própria dimensão dos

limites corporais. Estas manifestações devem ser percebidas pela equipe e cuidadas para que não adquiram um grau de sofrimento para o sujeito maior do que sua existência já lhe proporciona.

Knobloch (1998) concorda com Ferenczi em sua teoria de que o corpo possui memória: “as lembranças permanecem imobilizadas no corpo e é somente aí, que elas podem ser despertadas” (p.268).

Esta posição implica em uma nova forma de pensar o terapêutico, as conversões histéricas e as vivências corporais dos pacientes em crise, que deixam de representar encenações ou puramente alterações da percepção e passam a constituir-se como “o que seria falar em atos, se referindo a uma dimensão agida, que seria a dimensão corpórea” (Knobloch, 1998, p.67); como se o corpo adquirisse uma “autonomia” própria se tornando o lugar do psíquico, expressando a multiplicidade de estados afetivos não representáveis verbalmente.

Por isso, a importância de vivências de expressão corporal e do cuidado que se deve ter a cada intervenção direta na corporeidade do sujeito em crise, seja na administração medicamentosa, nos cuidados da higiene, no toque ao falar ou em atividades específicas como massagens, relaxamentos, etc.

O auxílio psicofarmacológico

Mencionamos até agora aspectos importantes da clínica de atenção à crise do sujeito em sofrimento psíquico, aspectos estes, relacionados principalmente à dinâmica da relação estabelecida entre profissional e paciente. No entanto, toda esta abordagem na saúde mental sofreu considerável modificação após a introdução dos psicofármacos como mais um importante viés do tratamento.

O efeito farmacológico é uma modificação comprovável que um medicamento produz no organismo humano, em um ou mais de seus órgãos. Esta atividade pode expressar-se no nível bioquímico ou funcional e está nitidamente relacionada com a administração do medicamento (Saraceno et al., 2001, p.35).

Os diferentes medicamentos, de acordo com o mesmo autor, possuem uma eficácia terapêutica⁶ que pode ser classificada como sintomática, curativa ou preventiva. Em psiquiatria é mais comum o uso de medicamento com eficácia terapêutica sintomática, ou seja, quando o objetivo da intervenção é o de “controlar ou suprimir uma expressão do problema do paciente que é nociva ou demasiado incômoda para ele, ou que impeça uma comunicação que se acredita úteis entre o paciente, seu ambiente e o meio assistencial” (Saraceno et al., 2001, p.36).

No entanto, na Saúde Mental, além da redução sintomatológica, a medicação tem o papel de não modificar, por si própria, o curso natural do problema do paciente, mas de estabelecer condição de relação diferente entre o paciente e seu problema, entre paciente e equipe, paciente e meio ambiente.

Por esta razão, para Saraceno et al. (2001), cada decisão de uma intervenção farmacológica deve estar incluída dentro de uma estratégia geral que tem em seu centro o projeto terapêutico singular do usuário e não a simples eliminação dos sintomas. Caso contrário, da mesma forma que os psicotrópicos podem representar um importante meio de trabalho e de comunicação dentro e fora da instituição, facilitando a relação entre o paciente e

3 Segundo Saraceno (2001) a eficácia terapêutica, em psicofarmacologia, é a capacidade de uma substância produzir uma modificação útil ou positiva no curso de uma enfermidade.

a vida, quando mal administrado, podem também representar o maior obstáculo desta mesma relação.

A Utilização dos recursos Institucionais

Para o atendimento à crise são necessários alguns aspectos básicos da infraestrutura institucional. Entre eles, podemos citar:

Recursos financeiros e materiais que disponibilizem o funcionamento adequado de um serviço 24 horas.

Condições arquitetônicas antimanicomiais, diferentes das do *panóptico* das instituições totais. Um ambiente humanizado, porém que seja cuidado para que evite situações de risco como, janelas e/ou sacadas desprotegidas com relação à altura e que ofereçam perigo, vidros em abundância, longas escadas. Enfim, um espaço que ofereça condições favoráveis de segurança aos usuários e trabalhadores.

Criação e manutenção de leitos para a retaguarda noturna (leitos-noite ou leitos-crise, em número próximo de oito) para pacientes descompensados ou nas situações de crise já descritas anteriormente. A Retaguarda noturna nos próprios equipamentos substitutivos 24 horas evitariam o máximo possível a utilização de leitos nas enfermarias psiquiátricas ou internações nos hospitais psiquiátricos, garantindo assim, que o sujeito em crise seja cuidado pelas mesmas pessoas que estão no seu convívio, fora da crise, em contextos menos traumáticos, oferecendo assim, maior segurança e tranquilidade ao usuário e maior legitimidade ao tratamento de atenção à crise.

Recursos humanos: Para um atendimento “adequado” ao sujeito em crise, necessitaríamos de uma equipe interdisciplinar constituída, no mínimo, por psiquiatras, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, além da equipe de suporte. (administrativo, limpeza e segurança). É importante que estes profissionais sejam capacitados e treinados para exercerem esta função, uma vez que já foi apontado a complexidade que ela envolve.

Além disso, trabalhar em equipe nem sempre é tão simples quanto parece. É preciso, fundamentalmente, “descentrar espaços”, termo de Lobosque (2001), que significa desmistificarmos a cultura do lugar central do médico na articulação do tratamento do usuário, pois como vimos, na crise e em todo tratamento, as necessidades do paciente deixam de ser endereçadas de forma específica ao psiquiatra e passam a ser trabalhada por toda equipe interdisciplinar.

Consideramos também importante ter em mente que a eficácia da intervenção terapêutica está estreitamente correlacionada à organização do trabalho da equipe, e para que este parâmetro não se coloque como desfavorável ao tratamento, Saraceno (2001) aponta algumas características de uma equipe integrada e automaticamente favorável à transformação positiva do sujeito em crise ou fora da crise:

- Comunicação clara e não contraditória;
- Distribuição de poder;
- Importância dos conhecimentos, da afetividade e da responsabilidade;
- Discussão e planejamento do trabalho;

- Socialização dos conhecimentos;
- Autocrítica e avaliação periódica.

É importante salientar que a integração da equipe deve ser interna entre os membros da equipe e externa entre a equipe e a comunidade.

Entretanto, embora sejam essenciais estes apontamentos dados por Saraceno como importantes para a formação de uma equipe integrada, sabemos que em nossa prática cotidiana estes aspectos não poderiam ser seguidos como uma cartilha simples, em decorrência dos inúmeros atravessamentos subjetivos que perpassam a organização do trabalho.

Neste sentido, entra em cena o papel da gestão em seus aspectos técnicos, àquilo que Campos (2003), em *Saúde Paidéia*, defende como sendo o oferecimento de arranjos e dispositivos que proporcionariam a transformação da lógica instituída.

Entre os possíveis arranjos, a autora cita a instauração de matriciamentos, equipes de referência e o colegiado gestor como possibilitadores da “exploração da governabilidade e da autonomia das equipes... fundamental e fundante de sua grupalidade” (Campos, 2003, p. 124). Como dispositivos são citados cursos, oficinas, supervisões, treinamentos, assembléias etc., que visariam subverter as linhas de poder instituídas.

Ainda em relação à integração da equipe é importante realizarmos uma consideração a respeito das diferenças existentes entre os membros da equipe, diferenças que podem ser teóricas, pessoais e de diversas outras ordens. Sejam quais forem, levam-nos a questionar sobre a importância de se suportar essas diferenças, uma vez que é justamente isso que nos fornece instrumentos para lidar com diversos usuários que também são diferentes entre si e diferentes de nós. É o que Oury (1991) chama de Polifonia da equipe, que proporciona, inclusive, complementaridades inconscientes, entre trabalhadores e pacientes “pois sabemos que aí existe uma ressonância, uma espécie de adequação entre a potencialidade manifesta do companheiro de trabalho e a particularidade do sujeito que se apresenta” (Oury, 1991, p.47). Ou seja, um membro da equipe que para os outros integrantes pode parecer absolutamente inadequado (é claro que com certos limites), para alguns usuários este sujeito pode, exatamente por suas características particulares, acolher uma determinada existência psicótica “melhor” do ponto de vista do usuário do que outros poderiam fazê-lo.

Espaços de interlocução também são essenciais, pois qualquer instituição que lide com sofrimento psíquico de alta complexidade exige a disponibilidade institucional de espaços de interlocução entre os membros da equipe, espaços onde os profissionais podem se comunicar, trocar experiências e saberes, discutir casos, serem cuidados e cuidar uns dos outros. Podemos citar como exemplos destes espaços as passagens de plantão, as reuniões de equipe e mini-equipe, as supervisões clínico-institucionais e os espaços de convivência, fundamentais para a constituição da unidade dos membros da equipe e, principalmente, para os profissionais conseguirem lidar com o sentimento de mal-estar com o qual, muitas vezes, a clínica da crise nos depara.

Segundo Knobloch (1998), a clínica da crise é sempre uma clínica do mal estar, no sentido em que entrar no traumático é possibilitar o encontro com este lugar estranho e ao mesmo tempo familiar. Mal-estar que se dá por diversos aspectos: pelos freqüentes paradoxos que a loucura e sua relação com a sociedade nos impõem, pela constante mobilização das pulsões de morte ou pelos limites da técnica com o qual nos deparamos no cotidiano da clínica.

Em relação a este aspecto, Foucault (2000) nos mostra o tempo todo que estamos em contato com campos de forças ao mesmo tempo materiais e misteriosamente invisíveis, uma experiência de transformação na qual o distanciamento que separa a consciência do profissional e do usuário em crise, não é medida pela distância que separa o conhecimento da doença e sua ignorância. O usuário, por mais lúcido que esteja, não tem sobre seu mal a mesma perspectiva do médico, por exemplo, pois ele não ocupa este distanciamento especulativo que lhe permita apreender a doença como um processo objetivo desenrolando-se nele, sem ele. E neste momento, deparamos-nos com o limite da técnica, pois, de fato, o processo de adoecer e a maneira pela qual um sujeito aceita ou recusa sua doença e o modo como a interpreta, constitui uma das dimensões essenciais da existência deste sujeito, dimensão com a qual, na maioria das vezes, não aprendemos a lidar nas academias.

Por isso, os espaços de interlocução - onde tensões como estas podem extravasar e ser compartilhadas, onde haja uma atenção direcionada à subjetividade dos operadores - mostram-se como fundamentais para a construção de um ambiente saudável de trabalho, bem como para ampliar as possibilidades de um bom tratamento para os usuários inseridos nestas instituições.

Por fim, consideramos fundamental que todo este trabalho não seja feito pela instituição de saúde mental (o CAPS, por exemplo) isoladamente. É imprescindível para o tratamento do sujeito, a criação de uma *rede de suporte também extra CAPS*.

Esta rede pode ser constituída tanto no aspecto ainda tradicional da saúde como a articulação da assistência ao paciente com os Centros de Saúde (quando fora da crise), Prontos-Socorros e SAMU, quando necessário; como também no aspecto intersetorial, com a criação e manutenção da articulação de diferentes secretarias: saúde, esportes, Cultura, Assistência Social, etc... e ainda o fortalecimento de seus laços afetivos e sociais, incluindo a família, amigos, comunidade e com seu próprio território, pois nos momentos, dentro ou fora da crise, estes laços não podem ser interrompidos, a não ser em casos pontuais de extrema gravidade e necessidade.

Afinal, de acordo com Dell' Acqua (1998) a crise se desenvolve no âmbito coletivo e o usuário deve poder atravessá-la conservando, na medida do possível, sua continuidade existencial e histórica, garantindo a ele a manutenção dos vínculos com seu ambiente, pessoas significativas em sua vida e pela formação de novos vínculos no próprio serviço.

Conclusão

Tentamos, por meio deste trabalho, contribuir para a discussão da melhor forma de realizarmos o atendimento à crise em saúde mental. Para isso, consideramos importante apresentar as diferentes definições de crise construídas na contemporaneidade, sem desconsiderar o processo histórico pelo qual estes conceitos foram submetidos para atingirem os significados que possuem hoje no contexto da saúde mental.

Como podemos verificar, as formas de tratamento do que hoje denominamos “crise” também se alteram durante a história da humanidade, e hoje tem uma profunda ligação com a terapêutica estabelecida entre equipe de saúde e o próprio usuário, bem como o usuário e a instituição na qual está inserido, considerando também seu território, seus vínculos sócio-afetivos e a subjetividade dos próprios operadores.

A forma com que estas relações se constituirão e a filosofia do atendimento à crise que propomos visam desmistificar este momento como uma situação ruim que deve ser bloqueada e controlada com a maior rapidez possível; ao contrário, tentamos mostrar que “as crises pertencem à vida: não são algo que deva ser deplorado e evitado, mas explorado, assumido, acolhido, exaurido em seu valor enriquecedor para novas formas de vida” (Boff, 2002, p.26).

Esta nova forma de relação com o inédito, com o estranho e inusitado, permite-nos perceber que o sujeito, ainda que em crise, é capaz de manifestar afeto, criatividade, expressão e desejos; que o universo da crise não é apenas um corte arbitrário na sua história, nem o estado último no qual culmina seu devir, pois,

. . . se a finalidade de uma intervenção for só a de tirar o sujeito da crise estaríamos lhe tirando a oportunidade que a ele se abre (de subjetivação, de transformação). E ao simplesmente calarmos o agudo, perderíamos esse tempo do acontecimento pela sua reintrodução precoce no tempo cronológico, o que poderia acarretar um favorecimento da cronificação e nos transformarmos em cúmplices de sua manutenção” (Knobloch, 1998, p.145).

Em outras palavras, o que propomos é a criação de uma nova ética para o atendimento à crise, pela qual precisamos nos questionar, o tempo todo, a quem de fato estamos atendendo: se estamos contribuindo para que o sujeito, num estado de profundo sofrimento, possa causar um desvio em sua vida ou se estamos respondendo aos ideários sociais de ordem, aos conceitos ortodoxos de saúde e aos protótipos de normalidade.

Ferigato, S. H., Campos, R. T. O., & Ballarin, M. L. G. S. (2007). The attendance the crisis in Mental Health: Extending Concepts. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 31-44.

Abstract: *We search with this work to make possible the conceptualization reflection and discussion around the subject of the crisis, not only as a state of sharpening of the psychiatric symptom that should have to be suppressed with the fastest possible agility, but as a moment that must be carefully invested in its transforming and creative potential. For this, we consider important the accomplishment of one brief historical context insertion of the processes of attention to the crisis in the psychiatric practices so later we could power up the moment of the relation currently established between the health team and the user, understanding this meeting as an extremely significant moment it to the unwinding of this crisis.*

Keywords: *mental health, crisis, relation team-user.*

Referências

- Birman, J. (1983). O lugar do psíquico na experiência da loucura. *Ciência Hoje*, 1(6), 30-36.
- Boff, L. (2002). *Crise - oportunidade de crescimento*. Campinas: Verus.
- Campos, G. W.S. (2003). A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In G. W. S. Campos (org.), *Saúde Paidéia* (pp. 51-82). São Paulo: Hucitec.
- Campos, R. O. (2003). A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In G. W. S. Campos (org.), *Saúde Paidéia* (pp. 122-149). São Paulo: Hucitec.
- Caplan, G. (1980). *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Dell'Acqua, G., & Mezzina, R. (1998). Resposta à crise. *Per la salute mentale – pratiche ricerche culture dell'innovazione*, 1(1), Trieste.
- Foucault, M. (2004). *História da Loucura*. (J. T. C. Neto, trad., 7ª ed.). São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (2004). *Vigiar e Punir - História da violência nas prisões* (R. Ramallete, trad., 29ª ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Foucault, M. *Doença Mental e Psicologia* (L. Shalders, trad., 6ª ed.). Rio de Janeiro: Tempo brasileiro.
- Knobloch, F. (1998). *O tempo do traumático*. São Paulo: Educ.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (1986). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lobosque, A. M. (2001). *Experiências da Loucura*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Moebus, R., & Fernandes, J. B. (s.d.). Crise – A propósito de uma base conceitual. *Metipolá*, 34-36.
- Oury, J. (1991). Itinerários de formação (J. I. Goldberg, trad.). *Revue Pratique*, 1, 42-50.
- Saraceno, B., Ascoli, F., & Tognoni, G. (2001). *Manual de saúde mental* (W. Valentini, trad., 3ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Sterian, A. (2000). *Emergências Psiquiátricas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.