

# **Acolhimento à crise na Rede de Atenção Psicossocial de Mato Grosso: desafios e enfrentamentos**

## **Crisis care in the Psychosocial Care Network of Mato Grosso: challenges and confrontations**

Joyce Camargo Corrêa Fonseca<sup>1</sup>  
Manuela Leite Dorileo<sup>2</sup>  
Marcella Jackeline Lima Mascarenhas<sup>3</sup>  
Renata Vilela Rodrigues<sup>4</sup>

### **Resumo**

Este artigo objetiva entender como se dá o acolhimento à crise pelos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de um município de médio porte do Mato Grosso. Em específico, problematiza quais desafios se entrelaçam a esse cuidado e quais possíveis estratégias de enfrentamento os profissionais constroem. Para tanto, realizamos sete entrevistas semiestruturadas com os profissionais dos equipamentos que compõem a RAPS. A partir do aporte teórico-metodológico da análise do discurso de Michel Foucault e da ferramenta de incidentes críticos de Dolores Galindo, levantamos e discutimos como incidentes: (1) Da doença mental ao surto: entendimentos sobre crise pelos profissionais que diz sobre as concepções acerca do conceito de crise; (2) Estruturando e tecendo a Rede de Atenção Psicossocial em Mato Grosso, que diz sobre a educação continuada e/ou capacitações, espaço físico, ausência de profissionais e alta rotatividade e o (3) Acolhimento e Manejo à crise do referido município ao que refere aos aspectos voltados ao entendimento do conceito de crise, interlocução da equipe e compartilhamento do cuidado na Rede, no qual visualizamos que nos discursos dos profissionais a ideia de crise está associada ao surto e à doença a partir de uma perspectiva biomédica. Como considerações finais, debatemos que é essencial que os profissionais inseridos na rede de saúde mental construam uma perspectiva do que é crise a partir dos ideários técnico-teóricos da atenção psicossocial, bem como trabalhem no viés da interdisciplinaridade, se pautando na clínica ampliada e compartilhada.

**Palavras-chaves:** Atenção à Crise; Psicologia; RAPS; Acolhimento.

### **Abstract**

This article aims to understand how the crisis is handled by professionals from the Psychosocial Care Network (RAPS), in a medium-sized municipality in Mato Grosso. Specifically, it problematizes which challenges are intertwined with this care and which possible coping strategies professionals construct. To this end, we carried out seven semi-structured interviews with the equipment professionals that make up RAPS. Based on the theoretical-methodological contribution of Michel Foucault's discourse analysis and Dolores Galindo's critical incidents tool, we raised and discussed the following incidents: (1) From mental illness to the outbreak: understandings of crisis by professionals about their conceptions of the concept of crisis; (2) Structuring and weaving the Psychosocial Care Network in Mato Grosso, which talks about continuing education and/or training, physical space, absence of professionals and high turnover and (3) Reception and Management of the crisis in the aforementioned municipality to which refers to aspects aimed at understanding the concept of crisis, team dialogue and sharing of care in the Network., in which we see that in professionals' speeches the idea of crisis is associated with the outbreak and the disease from a biomedical perspective. The final considerations, we debate that it is essential that professionals inserted in the mental health network build a perspective of what a crisis is based on the technical-theoretical ideas of psychosocial care, as well as working in an interdisciplinarity perspective, based on the expanded and shared clinic.

**Keywords:** Crisis Attention; Psychology; RAPS; Reception.

---

<sup>1</sup> Assistente social, acadêmica do 10º semestre do curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG).

<sup>2</sup> Acadêmica do 10º semestre do curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG).

<sup>3</sup> Acadêmica do 10º semestre do curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG).

<sup>4</sup> Psicóloga, Doutoranda e Mestra em Estudos de Cultura Contemporânea, atualmente professora do Curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG).

## 1. Introdução

*“[...] É possível que a produção de verdade da loucura possa se efetuar em formar que não sejam as de relação de conhecimento?” (Michel Foucault, 1979, p. 128).*

Este artigo tem por finalidade analisar quais as dificuldades e os desafios enfrentados pelos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS na realização do acolhimento à crise de pessoas adultas no Município de médio porte do Estado de Mato Grosso, através de entrevistas semiestruturadas. Tem por objetivos específicos analisar quais serviços de saúde mental de acolhimento e terapêuticos são utilizados no manejo da crise pelos profissionais da referida Rede e compreender como a Psicologia pode contribuir para a construção de um olhar acerca da atenção à crise, na perspectiva da atenção psicossocial.

Amarante (2007) define a RAPS como um serviço de base territorial, por ser capaz de desenvolver relações com os vários recursos presentes na sociedade, visa buscar quebrar o estigma de hospitais, os quais são formados apenas por profissionais da saúde, dispondo de profissionais externos a essa área como músicos, artesãos e outros, a fim de atender as demandas e as possibilidades de cada território.

O mesmo autor ainda argumenta que a RAPS é um serviço de implementação de uma Rede que oferta serviços ao usuário de forma múltipla, abrangendo diferentes graus de complexidade, a fim de promover uma assistência integral às diferentes necessidades, variando da mais simples a mais complexa. Essa ideia é sustentada dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que apoia abordagem e conduta baseadas em evidências científicas e atualizadas constantemente. Logo, a RAPS permite promover uma maior integração e participação social do indivíduo em sofrimento psíquico (Amarante, 2007). A RAPS foi aprovada no Brasil por meio da Portaria 3.088 em 23 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011).

Com base nesta Portaria, entende-se que para que a atenção à crise se dê de acordo com as diretrizes do modelo da atenção psicossocial, se faz necessário que essa atenção aconteça de forma contínua, com articulação entre tais serviços de saúde mental: Centros de Atenção Psicossocial - CAPS que funcionem 24h, SAMU, UPA e Pronto Socorro (leitos de internação em unidades de urgência), com interlocução com a rede de regulação do acesso a RAPS que garanta os serviços territoriais em detrimento da internação como principal resposta. Desse modo, a RAPS depende de arranjos consistentes de trabalho estendido em equipes que tenham a garantia de direitos e formação do vínculo como

aposta fundamental (Brasil, 2011).

## 2. Metodologia

Esta pesquisa foi realizada no período entre os meses de agosto a novembro do ano de 2023, que consistiu na produção de dados por meio de sete entrevistas com os profissionais que compõem a RAPS do Município de médio porte do Estado de Mato Grosso. A pesquisa tem cunho qualitativo, pois tem o intuito de perpassar a dinâmica e abordagem do problema pesquisado permitindo analisar, observar, descrever e realizar práticas interpretativas de um fenômeno a fim de compreender seu significado (GIL, 2002).

Quanto aos objetivos, é uma pesquisa exploratória-explicativa, segundo Gil (2002), essa pesquisa é utilizada com o propósito de proporcionar melhor compreensão do problema, gerar hipóteses e fornecer elementos para a construção de instrumentos de coleta de dados, assim como problematiza e explica o porquê do fenômeno. Por fim, desenvolvemos uma pesquisa de campo, que se valeu de instrumento de produção de dados das entrevistas semiestruturadas. De acordo com Gil (2002), a pesquisa de campo parte do interesse em se debruçar sobre uma comunidade, podendo ser de trabalho, estudo, lazer, bem como qualquer outra atividade humana, dado que visa captar suas explicações e interpretações do que ocorre no grupo.

Desenvolvemos a presente nos equipamentos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial de um município de médio porte do Estado de Mato Grosso, são eles: um Centros de Atenção Psicossocial Crack, álcool e outras drogas (CAPS AD); um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III); duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA I e UPA II); um Centro Especializado em Saúde (CES); um Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Centro de Testagem e Aconselhamento em ISTs – (SAE/CTA) e; um Pronto Socorro Municipal (PS).

Nessa direção, realizamos uma entrevista em cada equipamento com um profissional que possuía experiência com atenção e manejo à crise, que se dispôs a participar da pesquisa. Após, a entrevista foi realizada na própria unidade de trabalho dele, em um local que disponibilizou. Teórica e tecnicamente, utilizamos o modelo de entrevista semiestruturada que, segundo Gil (2002), permite ao entrevistado a liberdade de falar abertamente sobre o assunto elencado, de modo mais flexível e dinâmico.

Na seleção dos participantes utilizamos como critérios de inclusão, profissionais: (1) maiores de 18 anos; (2) atuantes na RAPS com o manejo da crise e; (3) que consentiram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Não

participaram desta pesquisa, além de profissionais menores de 18 anos e que não consentiram assinar o TCLE, aqueles que não tinham nenhum contato com atenção e manejo à crise.

Seguindo as Resoluções nº 510 de 07 de abril de 2016 e nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, inicialmente, fizemos contato presencial com o profissional, entre eles, enfermeiro, psicólogo e assistente social que atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos nesta pesquisa. Após, apresentamos o tema da pesquisa e elucidamos a importância da participação dos profissionais para a mesma, informando que não era obrigatório a participação e que os mesmos poderiam desistir a qualquer momento.

Ainda na etapa inicial, apresentamos o TCLE e, após a leitura e compreensão do mesmo, foi devidamente assinado pelo participante. Somado a isso, reforçamos ao participante sobre seus direitos, a opção de desistência a qualquer momento e os riscos, a ética, sigilo e o compromisso social, informando, também, que as entrevistas seriam gravadas e transcritas, mantendo as informações coletadas arquivadas em um HD pessoal da pesquisadora responsável pelo período de cinco anos.

Neste artigo, os discursos dos profissionais das unidades participantes foram apresentados da seguinte maneira: Entrevistado 1 - UPA I; Entrevistado 2 - UPA II; Entrevistado 3 - CAPS AD III; Entrevistado 4 - PS; Entrevistado 5 - CAPS III; Entrevistado 6 - CES e; Entrevistado 7- SAE/CTA.

Como suporte teórico-metodológico, utilizamos a análise do discurso foucaultiano que consiste em um conjunto de frases ou de falas que podem ser atribuídas aos indivíduos, cuja reunião nos permite caracterizar um grupo social específico relacionado a determinada função social ou situação problemática por meio da análise das relações de saber/poder que incidem nas práticas discursivas (Foucault, 1970).

Para Foucault (1970), o discurso pode ser entendido como um sistema, bem como uma estrutura que tem uma separação do enunciado dentro dessa estrutura, regido por regras que podem fornecer a possibilidade de surgimento e o desaparecimento de enunciados que podem definir as ausências e as presenças deles. O discurso funciona como uma maneira de se construir a realidade, sendo necessário que esteja envolvido de algum tipo de simbolismo para se conseguir realizar as questões que existem e assim defini-las.

Desse modo, o discurso é aquilo que vai fornecer os enunciados para compor as vontades, os desejos e fornecer as possibilidades de se ter um objetivo dentro de um dado

discurso, bem como a chance de se falar uma coisa ou outra, tudo dependendo da posição que o sujeito ocupa dentro do discurso, as relações que são formadas entre os diferentes sujeitos vão definir aquilo que pode ou não ser dito por cada um deles (Foucault, 1970).

Além disso, é preciso considerar as relações de saber e poder presentes no discurso, e estas relações não se estabelecem de forma vertical, onde o superior exerce domínio sobre seus subordinados, mas sim como sendo algo multidirecional, ao qual está presente em todas as subdivisões da sociedade, em todas as suas formas. Ademais, o exercício do poder exemplifica a elaboração de saberes e, com isso, relações de poder, uma vez que o conhecimento é inventado, não nasce da essência do homem, portanto, o ato discursivo não é um ato interpretativo, mas sim um ato que busca a validação da verdade constituída pelo sujeito, como uma maneira de analisar estas relações de poder expressas nas relações entre sujeitos (Foucault, 1987).

A partir da análise dos discursos dos profissionais, analisamos neste artigo os desafios que os profissionais da saúde mental e atenção psicossocial possuem ao realizar atenção à crise, dando visibilidade às relações de saber/poder que atravessam as práticas discursivas e não-discursivas do cotidiano estudado.

Ainda como ferramenta metodológica da analítica do discurso, delimitamos os incidentes críticos que, de acordo com Galindo e Rodrigues (2014), permitem observar as diferentes posições assumidas pelos atores sociais na argumentação de sentenças acerca dos sentidos da vida dentro da interrupção induzida pelas práticas discursivas e não-discursivas. Dessa forma, ao analisar as entrevistas e os discursos dos profissionais definimos incidentes críticos como eventos-chave para investigar sobre quais os desafios e enfrentamentos que os profissionais da RAPS do Município de médio porte do Estado de Mato Grosso enfrentam na atenção à crise.

O tópico de análise de dados foi dividido em três incidentes críticos: (1) Da doença mental ao surto: entendimentos sobre crise pelos profissionais; (2) Estruturando e tecendo a Rede de Atenção Psicossocial em Mato Grosso e; o (3) Acolhimento e Manejo à crise. O incidente crítico do conceito de crise e entendimento dos profissionais da Rede, diz sobre as diferentes percepções conceituais sobre a crise presentes nas práticas e discursos dos profissionais entrevistados. O tópico que aponta sobre a estrutura da rede discorre a respeito da falta e, ao mesmo tempo importância, da educação continuada e/ou capacitações, bem como a ausência de estrutura física e de profissionais dada a alta rotatividade. Já o incidente crítico relativo ao acolhimento e ao manejo traz aspectos

voltados ao entendimento do conceito de crise, interlocução da equipe e compartilhamento de cuidado na Rede.

### **3. Da doença mental ao surto: entendimentos sobre crise pelos profissionais**

Neste tópico iremos discorrer sobre o entendimento acerca do conceito de crise, obtidos por meio dos discursos dos profissionais no decorrer desta pesquisa, no qual foi possível elencar a problemática acerca do conceito de crise, bem como a prática voltada para a visão biomédica na atuação na atenção à crise.

Ao nos debruçarmos sobre o conceito de crise, podemos perceber que existem diferentes concepções acerca deste. Neste artigo, destacamos os saberes da perspectiva biomédica, da atenção psicossocial e da psicanálise, sendo que todas buscam formas para explicar e compreender a experienciação do sujeito em situação em crise.

Antes de apresentar as diferentes percepções sobre o conceito de crise, é necessário discorrer sobre a origem das palavras crise e surto, uma vez que desde suas concepções diversos profissionais trazem associações relacionadas às mesmas. A palavra crise, de acordo com Ferigato, Campos e Ballarin (2007 apud Boff, 2002), tem origem grega (*krisis*) e traz significados como “desembaraçar” e “purificar”. Compreende-se que a mesma está associada a elementos que carregam sentidos diversos, como o de separação, mudança, desequilíbrio transitório, com possibilidade de crescimento, entre outros. Alguns profissionais que entrevistamos utilizam a palavra surto para remeter a essa ideia de desequilíbrio e desorganização psíquica:

*[...] É claro que nós psicólogos, no primeiro momento a gente não faz tanta mediação, porque aquele paciente está em surto. Então a gente espera ele estabilizar a partir do momento que ele dá uma estabilizada a gente já consegue mediar. Tá? E aí é exatamente assim que funciona nesse quesito [...]*  
(Trecho entrevistado 4, PS).

Entretanto, em sua origem a palavra surto vem do Latim *surctus* e significa erguido, surgido de repente, levantado, de baixo para cima, guiar, manter-se reto. Logo, é usada principalmente no meio médico para apontar uma manifestação inesperada de alguma coisa ou doença, é associada a doenças psicóticas uma vez que entendem essa como um desequilíbrio (Barbosa, 2010).

Gomes e Barsaglini (2022) entendem que um dos desfechos possíveis da crise é o surto, segundo eles este seria o momento em que a crise atinge seu ápice, em que o sujeito realiza atitudes incompreensíveis ou inaceitáveis para si e para o meio social. Desse modo, essa perspectiva contribui com a concepção de não probabilidade dos

comportamentos dos sujeitos em sofrimento psíquico, perante a suscetível compreensão de haver possibilidade nas pessoas consideradas normais.

Na visão biomédica Amarante (2007), mostra que esse estado de desorganização psíquica é interpretado como uma situação de grave alteração acarretada por decorrência do adoecimento do paciente. No desenrolar da história da atenção ao sujeito em sofrimento psíquico, principalmente durante o século XVIII, no período da psiquiatria clássica, a crise e toda sua complexidade baseada em sofrimento foi reduzida ao que podemos chamar de “agudização da sintomatologia psiquiátrica” (Ferigato; Campos; Ballarin, 2007, p.34).

Podemos citar sob essa perspectiva uma variedade de sintomas característicos registrados, tais como: delírios, alucinações visuais e auditivas, agressividade, agitação psicomotora, entre outros. A anulação destes conjuntos de sintomas buscaria a homeostase, a partir de um modelo adequado e estabilizado, entendidos como positivos, rompendo com tal homeostase e organização é, imediatamente, entendido como algo destruidor (Ferigato; Campos; Ballarin, 2007).

Durante a entrevista com o entrevistado 5 do equipamento CAPS III, ao ser questionado sobre o entendimento de crise, apresenta uma perspectiva sintomatológica como observado:

*[...] Crise vai depender de como que o paciente vai chegar aqui, agressivo, alucinações visuais, auditivas, crise verbal, crise física né que eu já falei, então, an...depende de como ele chega, aí que a gente vê, porque as vezes o paciente ele...o paciente ou familiar ele chega, mas o paciente está em crise, qual é essa crise, que às vezes crise pra mim, paciente tendo em crise pra mim, pra você não é uma crise, então vai depender de como ele chega aqui, e aí a gente vai ver a gente vai decidir, a equipe decide pra ver qual que é, que tipo de crise que ele está tendo[...]* (Trecho entrevistado 5, CAPS III).

O modelo biomédico de compreensão do sofrimento psíquico surge a partir dos estudos e postulados, sobretudo, de Phillippe Pinel que contribuiu contrapondo as ideias presentes, inicialmente, em que o hospital era visto como um lugar de asilamento e, posteriormente, ocupou um espaço de ordem social e, então, só a partir do início do século XX, se tornou um local de cuidado onde visava ofertar deste por meio da internação, bem como da contenção medicamentosa, mecânica e/ou física (Amarante, 2007).

A RAPS, em contrapartida, vem com o intuito de quebrar as correntes propostas pelo enclausuramento e medicalização presentes nos hospitais com o processo de institucionalização, porém é necessário que tenhamos em mente que a lógica hospitalocêntrica vai para além da estrutura física de um hospital, mas sim nas mentalidades dos indivíduos, pois diz sobre uma ideologia, uma concepção que se tem

sobre a loucura, sobre a simbologia que cerca o saber/ poder médico em relação ao sujeito.

Ainda nessa visão, Ferigato, Campos e Ballarin (2007) mostram que a crise na perspectiva biomédica é antecedida por uma ou mais condições que, às vezes, perpassam as competências do indivíduo ou do sistema de manter seu equilíbrio, logo a mesma pode ser entendida como um enfraquecimento passageiro ou pode continuar afetando o estado de equilíbrio do sujeito com relação ao seu corpo e ao meio ambiente, assim, a crise pode resultar de diversas situações que são imprevisíveis como um adoecimento, envelhecimento e outros fatores. Nesse viés, pode ser observado na fala do entrevistado 2 uma visão de crise como um desequilíbrio e inerente ao sujeito.

*[...] Eu entendo pela crise que é uma fase aguda, onde o paciente, ele precisa de atendimento, precisa de um acolhimento, que ele na verdade, tipo assim, que ele não responde por ele ou pelos atos né, então ele está na fase aguda que precisa primeiro tirar ele dessa fase aguda pra ele depois fazer acompanhamento [...]* (Trecho entrevistado 2, UPA II)

Em contrapartida, na visão psicossocial, de acordo com Amarante (2007), a crise é entendida como resultado de diversos determinantes tais como, contexto social, socioeconômico, familiar, entre outros que de alguma forma, encontram-se precários ou desestabilizados, fazendo com que o sujeito vivencie esse estado de vulnerabilidade que se pode considerar como crise.

Nesse sentido, Brasil (2013) afirma que a crise se constitui em um desarranjo, desorganização, desespero que se expressa numa tentativa de resolução de problemas e sofrimentos cruciais na vida do sujeito. Sendo essencial que os sintomas não sejam suprimidos, pois devem ser acolhidos e suportados para que a crise seja experienciada para que, assim, o indivíduo atribua novos significados ou novo sentido à mesma. Como indica o discurso do entrevistado 6 do equipamento CES: “[...] *Eu entendo enquanto crise é quando a gente verifica a instabilidade de lidar com qualquer situação vivenciada. Sem o apoio, né, familiar ou de qualquer outro [...]*”.

No discurso desta profissional é possível entender que a mesma compreende que a crise pode ocorrer em qualquer momento da vida e que toda pessoa está sujeita a vivenciar essa experiência, sendo ela despertada por qualquer situação ou evento que traga sofrimento à vida do sujeito, sem necessariamente haver uma condição que predestina a ocorrência desses eventos, ou seja, multifatoriais. Apesar desta profissional trazer o seu discurso pautado na perspectiva psicossocial para entender a crise, pudemos perceber um consenso nos discursos dos demais profissionais entrevistados, que estão pautados seu entendimento, bem como sua atuação, isto é o seu manejo frente aos

atendimentos de usuários que chegam em crise às unidades, na perspectiva em que ressalta os sintomas e a contenção dos mesmos, ou seja, perspectiva biomédica.

Importante mencionar que, o discurso dos profissionais de associação entre crise e surto em nada se assemelha a abordagem psicanalítica. Muitos autores relacionam o conceito de crise ao conceito de trauma, que segundo Laplanche e Pontalis (1986 apud Ferigato; Campos; Ballarin, 2007), a crise constitui-se em um episódio que é caracterizado por sua intensidade, bem como pela inaptidão em que o sujeito acredita ter para responder de forma adequada, devido ao transtorno e aos efeitos duradouros que provoca na organização psíquica do sujeito psicótico em seus delírios.

Nesta perspectiva, é preciso entender que na psicanálise o surto está associado a uma estrutura psicótica que diz da inexistência de um mecanismo simbólico, o qual tem como função de subjetivar experiências. Freud explica que a psicose diz respeito sobre um conflito entre o ego e o mundo externo, sendo entendida como a perda relativa ao mundo externo, o que diz sobre a perda na dimensão simbólico-social, acarretando um processo deteriorativo das funções do ego e causando algum prejuízo do contato com a realidade (Silva e Castro, 2018). Ademais, Freud (1996), em seu texto “A perda da realidade na neurose e na psicose”, mostra o quão parecidos são os mecanismos psíquicos da neurose e da psicose e dos seus delírios, afirmando que se assemelham desde a tentativa de negar o desprazer até a falha dessa mesma tentativa.

A crise psicótica esgarça a trama tecida pelo tempo, irrompe, rompe, paralisa, impõe seu tempo, sua realidade, seu princípio de “irrealidade”. A psicose nos defronta com o problema da ruptura: o diálogo interior entra em crise, está cindido, feito em pedaços, fragmentado, desmantelado, disperso. A experiência psicótica de um mundo que explodiu em pedaços é a exteriorização de um cataclismo interior, de um tempo apocalíptico que viola as barreiras do exterior (Cassorla, 1999, p. 1)

Mesmo com o medo de vivenciar crises, se faz necessário entender 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 as novas formas de vida” (Baff, 2002, p.26 apud Ferigato, Campos e Ballarin, 2007, p.43).

Assim para Knobloch (1998 apud Ferigato; Campos; Ballarin, 2007), o surto na perspectiva psicanalítica pode ser descrito como uma vivência em que há algo insustentável, no sentido explícito de não haver sustentação, experiência que nos residimos como um precipício de perda de sentido, em que se fogem as principais

conexões. Este precipício se apresenta como um exagero de energia pulsional que rompe a competência de simbolização, mas, ao mesmo tempo, acarreta uma iminente condição de ligações até então irreais, denominando essa situação um surto.

Birman (1983 apud Ferigato; Campos; Ballarin, 2007), afirma que o sujeito que vivencia o surto encontra-se em um estado mental em que não consegue aprender algo indispensável, o que lhe causa angústia, uma vez que provoca a sensação de algo importante como se a própria vida esteja escapando de si mesmo, ou seja, produz um sentimento de perda de seus parâmetros em que ameaça a perder a sua própria identidade.

A psicanálise atua por meio do estabelecimento da transferência permitindo com que o sujeito possa identificar no outro, um local de afeição ou de ódio. O endereçamento desse sentimento é responsável por sustentar o discurso do psicótico e seus delírios com finalidade de validar e acolher a fala e a realidade apresentada, dando sentido ao delírio e proporcionando a organização do sujeito por meio desse secretariado ao alienado (Mendonça, 2012; Meyer, 2008 apud Dos Santos; Bernardes, 2018). Partindo dessa ideia, entende-se que a psicanálise foca o tratamento nos sintomas analíticos e não na doença em si.

Diante disso, e dos discursos dos profissionais entrevistados é percebido que muitos defendem a conduta onde se escuta o paciente assim como na psicanálise, onde permite uma fala livre, mas na prática trabalham na lógica do encaminhamento, tendo como realidade, o envio desse sujeito para internação no hospital psiquiátrico. Por mais que a psicanálise diz não categorizar/diagnosticar o sujeito a partir dos transtornos, na lógica da atenção à crise ela não se mostra fidedigna, uma vez que não permite a experiência, mas compactua com a prática da medicalização e internação utilizada pelo modelo biomédico que está presente nos espaços de saúde, desde o século XX, com a ideia de tratamento dos sintomas, promover o alívio da angústia do paciente, a desospitalização e a reinserção social.

Desta forma, quando tentamos trazer toda esta complexidade do conceito para a dimensão específica da saúde mental, deparamo-nos com diversas contradições que merecem uma reflexão especial. Podemos observar uma considerável modificação da assistência em Saúde Mental, desde a reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, em que era proposto um tratamento não asilar e não excludente, investindo nos serviços de atenção à crise, como por exemplo a RAPS.

Atualmente, o modelo proposto por Pinel ainda se faz muito presente, uma vez que, muitos profissionais que compõem a RAPS, ao realizarem a atenção à crise ainda

utilizam da contenção mecânica/física e medicamentosa como sua principal estratégia de enfrentamento nessas situações, conforme discurso do entrevistado 2 da UPA II, ao ser perguntado sobre como costuma ser a conduta ao realizar o acolhimento de um paciente que chega a unidade em crise: “[...] *A primeira coisa é ter a abordagem medicamentosa, farmacologia tem que fazer a medicação né, a conduta médica e medicação [...]*”

A concepção vigente do saber e fazer dos profissionais nos espaços de saúde está pautada na perspectiva biomédica que visa a lógica de contenção da crise, uma vez que para esta concepção é necessário que se contenha e medicalize, para que o sujeito volte ao seu comportamento “adequado” ou “normal”. Em parte, o modelo de atenção medicamentosa direcionada ao sujeito em sofrimento psíquico se deve a concepção que os profissionais possuem atrelada ainda aos pressupostos biologizantes e patologizantes. Percebemos nos discursos que as relações de poder/saber médicas ainda atravessam as práticas dos profissionais e performam a constituição de que a crise decorre da doença mental. Como bem aponta Foucault (1979), é preciso que nos espaços de saúde mental e atenção psicossocial, possamos dar aos sujeitos em sofrimento psíquico

[...] a tarefa e o direito de realizar sua loucura levando-a até um fim numa experiência em que os outros podem contribuir; porém jamais em nome de um poder que lhes seria conferido por sua razão ou normalidade; mas sim destacando as condutas, os sofrimentos, os desejos de estatuto médico que lhes tinham sido conferido, libertando-os de um diagnóstico e de uma sintomatologia que não tinham apenas valor classificatório, mas de decisão e de decreto, invalidando enfim a grande retranscrição da loucura em doença mental, que tinha sido empreendida desde o século XVII e acabada no século XIX (p. 127-128).

Esta perspectiva vai ao desencontro com as discussões e debates da atenção psicossocial a qual visa a importância do olhar para a experiência do sujeito em crise para que ele possa ressignificar e/ou dar sentido a situação da crise. Portanto, o desencontro sobre a concepção do conceito de crise, bem como o manejo causa prejuízos ao sujeito, uma vez que é necessário que o sujeito seja compreendido na sua integralidade e que seja considerado os multifatores que o levaram a essa situação de vulnerabilidade, que normalmente não são apresentados no primeiro momento para os profissionais que fazem esse atendimento.

#### **4. Estruturando e tecendo a Rede de Atenção Psicossocial em Mato Grosso**

Durante a pesquisa, observamos que para realizar um atendimento ao sujeito em crise na unidade os profissionais pressupõem a necessidade de um espaço físico reservado exclusivamente a esse tipo de atendimento, uma vez que um paciente ao chegar em crise,

muitas vezes com agitação física e motora, pode desestabilizar e gerar transtornos e constrangimentos a outros usuários.

É nessa direção que a estrutura física, bem como o preparo e formação dos profissionais tornam-se os principais desafios para os profissionais inseridos nas unidades que entrevistamos. A precariedade no que se refere a ausência de espaço adequado disponível para ofertar o cuidado integral para os usuários na realização da atenção à crise pode ser visualizado no discurso do Entrevistado 1, da unidade UPA I:

*[...] A gente não tem espaço físico adequado, a gente não tem tempo hábil... Porque o paciente de Saúde Mental é um paciente requisitante ao extremo, é um paciente que requer que você fique com ele o tempo inteiro, ele é, a maioria das vezes são poli queixosos. Entendeu, então assim, eu não tenho profissional, eu não tenho local, eu não tenho estrutura, seria um paciente de uma área mais ampla, de um ambiente mais, eu não digo ergonômico mais um ambiente mais, mais sensível... Entendeu, sem outros pacientes em volta por que, porque o surto as vezes acaba é descompensado outros pacientes e a gente já teve vários casos que o paciente tá em surto, tá gritando, tá batendo e ter um cardiopata que descompensa, uma criança que assusta por que o box de emergência atende toda essa população, esse público... Eu não tenho local para fazer o acolhimento, a escuta ativa, aqui não pode ficar celular, eu não tenho televisão, eu não tenho fumódromo, entendeu, então assim são questões que restringem né aa o contato com eles, a maioria das vezes eles querem ficar andando e eu não posso deixar por que eles vão falar com outro paciente, eles vão mexer com outros pacientes, às vezes o paciente tá entubado e eles tão lá tentando manipular, entendeu, eu não tenho esse espaço como o Adauto tem a horta, o terrário, o pátio, eu não tenho, é um espaço mínimo [...]* (Trecho do entrevistado 1, UPA I).

No que concerne à estrutura física, dispomos da Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012 em que assegura espaços em Hospitais Gerais com leitos de atenção às pessoas que encontram-se em sofrimento, sendo destinadas ao atendimento e cuidado. Ademais, para a realização da atenção à crise, é importante que disponha de alguns aspectos básicos da infraestrutura institucional, para assim ofertar um cuidado integral aos usuários, entre eles estão os recursos financeiros e materiais que possibilitam o funcionamento apropriado de um serviço 24 horas, assim como condições arquitetônicas antimanicomiais. Para isso, torna-se pertinente proporcionar um ambiente humanizado, porém com alguns cuidados para evitar situações de risco como janelas e/ou sacadas desprotegidas com relação à altura e que ofereçam perigo, bem como vidros em abundância e longas escadas (Ferigato; Campos; Ballarin, 2007). A estrutura inadequada a atenção à crise também foi percebida na fala do entrevistado 04, do equipamento CAPS AD:

*[...] Aqui, necessariamente, precisaria de um espaço pra essas demandas, um espaço, principalmente, de leitos, leitos pra pacientes que têm transtorno, leito pra pacientes que têm vulnerabilidades. Aqui é a porta aberta, mas aqui não tem um espaço adequado pra esses pacientes,, eu acho que a nossa maior dificuldade é ter um espaço pra esses pacientes, tá. Pra que eles não fiquem*

*desassistidos, pra que os profissionais que venham aqui abrangendo outras áreas, cuidando de outras áreas de saúde, não tenham aquela sensação de medo ou aquela sensação, eu não quero ficar do lado dessa pessoa, né... E, no final, entender a questão de que eles precisam de um espaço mais eficaz, fidedigno, pra se sentirem pertencente em uma unidade hospitalar e não como uma pessoa que tem que ficar isolada, tem que ficar amarrada, tem que ficar sem apresentar surtos, porque isso se torna uma negação pra quem está em volta. Então, eu acho que se tivesse um espaço exclusivamente pra que esses pacientes aqui, a gente conseguiria dar muito mais acolhimento, ter mais um atendimento fidedigno em relação até que esse paciente receba outras áreas aí [...]* (Trecho do entrevistado 4, CAPS AD).

Em contrapartida, como já mencionamos, a crise é um estado de intenso sofrimento psíquico, logo entende-se que em alguns casos também vem acompanhado por uma certa agitação e descontrole se fazendo necessário um espaço físico com leitos psiquiátricos como é assegurado pela portaria supracitada, já que o cuidado que o sujeito necessita perpassar o cuidado físico. Mas, cabe, também, ressaltar que esse espaço não se faz indispensável. Visto que, para que se realize um acolhimento efetivo e de qualidade basta ter um ambiente tranquilo, podendo ocorrer em uma sala ou um corredor, enfim, onde se possa acolher aquele sujeito em sofrimento naquele momento através de uma escuta qualificada, dando voz e valor a subjetividade de quem sofre. Logo, se faz necessário que os profissionais inseridos nos espaços de saúde reflitam acerca da sua percepção das condições essenciais para realizar o cuidado.

Além disso, durante as entrevistas percebemos alguns déficits em comum dentro da estrutura da Rede, a exemplos da ausência de capacitação e/ou educação continuada. Logo, diante das diversas demandas que esses profissionais inseridos na Rede enfrentam, dentre elas a realização da atenção à crise, é necessário que sejam ofertadas capacitações para os profissionais inseridos nesses espaços, bem como cursos de preparação para estarem aptos a lidar com as necessidades existentes dentro da unidade. Como podemos verificar na fala do entrevistado 7, do equipamento SAE/CTA, ao ser questionado se ao entrar na unidade recebeu algum tipo de preparo, para lidar com esse tipo de demanda o mesmo relatou:

*[...] Então assim, é.. de ter uma capacitação não, não, não tive, pelo menos eu não, não tive pra, pra lidar com isso, foi mesmo no, no dia a dia e aprendendo e a partir daqueles conhecimentos que a gente adquire enquanto ser humano né, enquanto pessoa que, que pode lidar com a dor do outro, enquanto pessoa que consegue se colocar às vezes no lugar do outro [...]* Trecho entrevistado 7, SAE/CTA).

Segundo Santana e Moraes (2005), se faz necessário que, além de capacitação, cursos e supervisões, os profissionais construam espaços de discussão, para assim gerar reflexões sobre sua prática, suas necessidades, suas dificuldades e traçar estratégias.

Ainda nesse contexto o entrevistado 2 da unidade UPA II relata:

*[...] É... eu acho que há uma necessidade de uma educação continuada com a equipe de apoio também porque assim, às vezes chega o paciente em surto, né? ... Mas não só um surto psicótico, mas um paciente que chega aí com uma crise de ansiedade, então nós tendo a equipe capacitada, treinada atualizada, é uma equipe que vai dar um bom suporte porque não vem aqueles termos de ah tá dando piti, tá dando chique, né? Então acho que seria interessante, tem os enfermeiros e os médicos da Sport do serviço social que trabalha impecavelmente aqui nesta unidade, não sei nas outras, mas aqui trabalha impecavelmente, mas eu acho que há uma necessidade sim numa equipe de apoio... Pra imersa nisso e nesse cuidado [...] (Trecho entrevistado 2, UPA II).*

A proposta de Educação Permanente percebe os trabalhadores como sujeitos de um processo de construção social de saberes e práticas, habilitando-os para serem autônomos nos seus processos de formação ao longo de toda a sua vida. A Educação Permanente de Saúde visa ofertar prática reflexiva e não somente mecanizada pela intensidade da necessidade do fazer, logo, uma prática mediada pela capacidade de pensar e de mudar quando a finalidade humana é requerida e, ainda, a partir dos processos desencadeados no trabalho (Da Costa; et al., 2017).

Percebemos, da análise dos discursos, que os profissionais atrelam às dificuldades que enfrentam em relação ao manejo à crise a falta de oferta de cursos e capacitações como forma de aperfeiçoamento para os mesmos, acarretando prejuízos para atuação do profissional e conseqüentemente aos usuários na atenção à crise. Em contrapartida, é necessário que os profissionais inseridos na Rede, percebam a necessidade de buscar conhecimento, capacitação, formação continuada e atualizações, consistindo assim no seu aprimoramento para a melhor oferta do serviço ao usuário, bem como melhorando seu empenho profissional.

Outros desafios apontados pelos profissionais entrevistados concernem à falta de profissionais e a alta rotatividade dos mesmos, o que conseqüentemente acaba prejudicando o cuidado integral dos usuários como relata o entrevistado 6 do equipamento CES:

*[...] entrou no concurso 16 pessoas, neste concurso a gente tem hoje eu não sei, eu acho que nem 5 porque foram desistindo, foram fazendo outras coisas que fariam com que eles financeiramente ficassem, mais né... Eu acho que o principal é a falta de pessoal, se tivessem mais psicólogos talvez daria conta e aí a gente vai pensar também no cuidado da população como um todo em relação à saúde mental que ninguém... existe uma sobrecarga... Como a gente tá com pouco profissional, existe uma fila de espera. Uma fila de espera pra adulto, que aí comporta de 15 anos a 120 em sistema, tá demorando cerca de 5 a 6 meses pra conseguir uma primeira consulta [...] (Trecho entrevistado 6, CES).*

Diante disso, entendemos que existe uma ausência de concursos que possibilitem a efetivação dos profissionais nesses espaços, bem como uma alta taxa desistência dos cargos e não preenchimento das vagas, assim como nesses espaços ainda ocorrem uma alta rotatividade que segundo Robbins (2002, apud Medeiros et al., 2010), caracteriza-se como uma permanente entrada e saída de pessoal na organização, voluntária ou involuntariamente. Segundo o autor, toda organização possui alguma rotatividade, que pode ser positiva, na medida que funcionários não essenciais deixam a organização, entretanto, a rotatividade normalmente implica perda de pessoas importantes, o que gera um fator de ruptura e, conseqüentemente, prejudica a eficiência e o funcionamento dos espaços.

Contudo, através das entrevistas, percebemos que a falta de profissionais e/ou a alta rotatividade acarreta diversas dificuldades ao funcionamento da unidade, como podemos observar na fala do entrevistado 5 da unidade CAPS III: “[...] porque na verdade assim... aqui em Várzea Grande existe muita rotatividade de servidores. Então quando você vai lá numa unidade, se você for de novo, em outro período, às vezes ele não está lá mais [...]”. A rotatividade é traga pelos profissionais como uma das causas do acúmulo de demandas o que impacta na realização da atenção à crise e um cuidado continuado e construção de vínculo. Como indica o entrevistado 01 do equipamento UPA I:

*[...] e o pessoal né, eu não tenho, não tenho uma pessoa pra ficar com cada paciente...é muito complicado porque a gente não tem como sanar, infelizmente eu não tenho tempo pra poder acolher o doente e a família, não tenho nem condições, nem pessoal e nem habilidade para isso, entendeu? [...]*  
(Trecho entrevistado 1, UPA I).

Com base no que foi apresentado nos discursos percebemos a necessidade de se ofertar recursos financeiros do governo para a RAPS tanto para suprir as necessidades físicas da unidade quanto para dispor do aumento do número de profissionais efetivos, a fim de diminuir a sobrecarga de trabalho dos mesmos, para que assim, se sintam minimamente amparados e respaldados, encontrando meios para colaborar com o planejamento de implantação dos serviços ofertados aos usuários da Rede. Logo, para que possa haver uma diminuição da rotatividade dos profissionais, bem como possa ter um aumento no número de profissionais inseridos nos espaços de saúde, uma das possibilidades para a resolução desse problema seria a abertura de concursos públicos.

Portanto, percebemos que todos os aspectos apresentados e discutidos neste tópico estão indiretamente interligados, uma vez que a falta de recursos financeiros voltados à estruturação física dos equipamentos e a formação na Rede neste Município de médio

porte em Mato Grosso, implica na falta de estrutura, ausência de capacitações, falta de profissionais e alta rotatividade, acarretando prejuízos na atuação do profissional por estar repleto de dúvidas e incertezas, bem como por não possuir recursos para lidar com as demandas que surgem na rotina das unidades, prejudicando não só eles na sua atuação, mas também no cuidado de quem é atendido.

### **5. Acolhimento e Manejo à Crise**

A partir da análise das entrevistas identificamos que a ideia de crise que os profissionais possuem está associada ao surto, como exposto anteriormente. Somado a essa ideia, percebemos a dificuldade de comunicação entre os profissionais da equipe e o compartilhamento de cuidado na Rede, os quais acarretam como desafios e enfrentamentos para os profissionais na realização da atenção à crise na RAPS.

Importante mencionar que, a realização do acolhimento à crise independe de estrutura física, pois conforme é apresentado na cartilha de Referência Técnica para Atuação de Psicólogos no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, o acolhimento se constitui como um planejamento facilitador da estruturação dos processos de trabalho que se canalizam no sujeito, favorecendo a construção de uma relação de confiança desde o primeiro encontro entre os profissionais e os usuários, aprimorando a intervenção terapêutica efetiva e voltada para a singularidade do sujeito/família/comunidade, possibilitando o cuidado integral ao usuário da RAPS (Conselho Federal de Psicologia, 2022).

Logo, entendemos que para se realizar um acolhimento efetivo para além de um “espaço adequado” relacionado a uma sala esterilizada e branca do hospital psiquiátrico, como no ideários dos profissionais, faz-se necessário que o acolhimento seja universal, aberto a todo aquele que necessita de cuidado, isso significa que toda e qualquer demanda deve ser acolhida, ou seja, recebida, ouvida e respeitada e respondida, ainda que este precise se dar em um espaço aberto ou na própria recepção das unidades (Conselho Federal de Psicologia, 2022).

Na perspectiva biomédica, quando se fala em manejo da crise trabalha-se com contenção. Nesta ótica, podemos exemplificar quatro tipos de contenção como formas de manejo, sendo elas: a contenção física, mecânica, medicamentosa/química e a verbal. A contenção física de acordo com Mantovani (2010), se define pelo uso da imobilização do usuário por várias pessoas da equipe que o seguram firmemente no solo, já a contenção mecânica se determina pela utilização de faixas de couro ou tecido, em quatro ou cinco pontos fixando o usuário ao leito no qual está posto, bem como a contenção química

representa o uso de medicamentos em pacientes que apresentam alguma agitação psicomotora. Ademais a contenção verbal, segundo Rodrigues e Brognoli (2014), é uma escuta qualificada em que é possível produzir vínculos entre o indivíduo e o profissional, valorizando e permitindo a demonstração dos sentimentos, bem como o sofrimento e consequentemente acarreta o alívio do sentimento do mesmo, logo é por meio dessa escuta qualificada que será analisada se haverá a necessidade de contenção mecânica, física e/ou química.

Nesse sentido, entendemos que toda forma de contenção do sujeito parte da premissa de controle dos corpos, normatização dos sujeitos e manutenção de uma ordem social, daquilo que é aceito enquanto normal, uma representação da ideia de Pinel de forma mais literal, visto que não se aprisiona mais o sujeito em instituições, mas que de todo modo, a medicalização faz com que o sujeito seja controlado, sendo privado de experienciar o que lhe causa sofrimento e de certa forma, continua aprisionado em si mesmo.

Nesse viés, de acordo com Gomes e Barsaglini (2022) um processo que vai em direção ao manejo da problemática da crise, subentendendo-se que a medicação causa o silenciamento da voz das pessoas em direção ao controle dos sintomas, configurando a medicalização do sofrimento. Portanto, segundo Gomes e Barsaglini (2022) se faz necessário diante desta concepção que ocorra um refinamento na sensibilidade dos profissionais que atuam na atenção psicossocial, para que assim não limite o sujeito em sofrimento à doença mental, engessando os mesmos em padrões, mas instigar as singularidades e subjetividades nas interpretações e práticas representadas por um conceito de saúde como direito social comprometido com a vida.

Tendo em vista a fala do entrevistado 4 do equipamento PS, foi observado que a principal estratégia de manejo da crise é a contenção química como é relatado: “[...] *No primeiro momento se o paciente estiver em surto. Primeiro momento, medicamento. Tá? Então o médico de um hospital clínico mesmo consegue dar esse medicamento de imediato. Seguimento, solicitar psiquiatra e o psicólogo [...]*”.

Perante o exposto, ainda foi possível identificar como desafio para o profissional na realização do manejo à crise, que o conceito de crise para o mesmo, está diretamente associado ao conceito de surto, sendo essa visão predominante ao que chamamos de modelo biomédico, não apresentando uma relação de consenso sobre o entendimento da crise na perspectiva psicossocial.

Segundo Martins (2017) a crise pode se apresentar em decorrência das variadas fases da vida, por diversas condições, impactando no equilíbrio emocional e comportamental do sujeito, um momento de sofrimento que abala, contudo, o próprio sujeito e as pessoas ao seu redor. Nessa perspectiva, Santos e Ramos (2013 apud Martins, 2017) diz que a manifestação da crise se dá diante de inúmeras maneiras como: choro, irritabilidade, imobilidade, agitação, delírios e alucinações, gritos, perda de contato com a realidade, desorganização no comportamento de fala entre outras expressões com o propósito de acabar com o tal sofrimento.

O surto psicótico nessa perspectiva, segundo Barbosa (2010), é caracterizado por um agrupamento de sintomas que, estão muitas vezes relacionados a um transtorno mental, ao uso de substâncias psicoativas ou a uma resposta a um aspecto estressor, podendo ter uma breve duração de tempo levando o sujeito a experimentar ideias paranóicas ou extremamente desorganizadas.

A visão diagnosticante é comum entre os profissionais que compõe a RAPS, a exemplo o entendimento que os profissionais da RAPS têm a respeito dos respectivos conceitos, apresentamos o discurso do entrevistado 7 do equipamento SAE/CTA:

*[...] no primeiro momento eu pensei em surto né, o entendimento é que o paciente chegou em crise né, chegou em surto, o paciente já tem um diagnóstico de esquizofrenia, bipolaridade ou alguma doença nesse sentido né, mas depois refletindo e pensando sobre esse assunto, o que eu imagino que seja a crise. Pode sim ser uma crise que se caracteriza em surto, ou uma crise mesmo de sofrimento psicológico, pelo paciente descobrir o diagnóstico né, pelo paciente não estar bem psicologicamente naquele momento, estar choroso, estar angustiado entendeu, então eu acredito que nesse aspecto pode ser considerado como uma crise, sendo ela média, forte ou uma crise leve digamos assim, dependendo das características que aquele paciente tende a apresentar, muitas vezes sim, chegam pacientes, então nessa perspectiva sim, a gente atende pacientes em crise né [...]* (Trecho entrevistado 7, SAE/CTA).

Nessa perspectiva, percebemos que há discordâncias sobre o que se entende do conceito de crise, onde a profissional apresenta em sua fala perspectivas da atenção psicossocial, biomédica e psicanálise, sendo uma característica também identificada na fala de outros profissionais da Rede, pois faz associações voltadas à descontrole e agressões, descontrole emocional como choro, bem como um intenso sofrimento psíquico que trazem malefícios para o funcionamento dos sujeitos que se encontram sob os cuidados dos profissionais que compõem a RAPS.

Logo, entendemos que não existe uma concordância e/ou ideia concreta sobre a crise, existindo uma prevalência da perspectiva biomédica de controle dos corpos, ideia essa trazida por Pinel e que se perpetua ainda atualmente. Diante disso, entendemos que passou da hora de quebrar essa conduta estigmatizante e excludente, passando a atuar

com base na perspectiva psicossocial, na lógica da experiencição e ressignificação da crise, para que assim se possa ofertar um cuidado integral, já outros atuam se pautando na perspectiva biomédica, na lógica de contenção o usuário ao invés do acolhimento.

Além disso, também constatamos, através dos discursos do entrevistado 3, sobre a dificuldade de comunicação entre os profissionais da equipe nos espaços de cuidado das unidades da RAPS no Município de médio porte do estado de Mato Grosso exemplificado abaixo:

*[...]uma equipe assim porque pra você ser numa crise, tem que tá uma equipe coesa, tipo assim uma assistente social, um enfermeiro, um psicólogo, todos falando a mesma língua e não cada um, porque assim se não tiver aquela equipe organizada, sinto, tiver sintonia, que aí uma fala uma coisa o outro fala outra e então você acaba, ao invés de você estabilizar o paciente você não ajuda. Então a principal coisa que eu acho assim até na atenção na crise é você ter a confiança é você deixar ele confiar em você... e o que eu falei pra vocês o importante é a equipe, uma equipe unida, coesa o trabalho anda, mas agora quando a equipe está dividida nada dá certo[...]* (Trecho entrevistado 3, CAPS AD).

É importante ressaltar a relevância da existência desses espaços de interlocução, uma vez que, de acordo Ferigato, Campos e Ballarin (2007) qualquer instituição que trabalha com indivíduos em sofrimento psíquico exige a disponibilidade institucional desses espaços entre os profissionais da equipe, onde os mesmos se comunicam, trocam experiências e saberes, discutem casos, recebem cuidados e cuidam uns dos outros, com o objetivo de prestar um atendimento de qualidade ao usuário. Sendo exemplo desses espaços, as reuniões de equipe e as supervisões clínico-institucionais que se mostram fundamentais para os profissionais conseguirem lidar com as demandas existentes na saúde mental.

Contudo, a partir do trecho da entrevista que foi mencionado acima, é possível constatar a dificuldade de comunicação na maioria das unidades, prejudicando as relações interpessoais entre os profissionais da equipe. Quando falamos de comunicação da equipe, retomamos conceitos importantes que expressam a respeito da articulação de saberes e a interdisciplinaridade em que se integra diversas áreas do conhecimento que englobam conceitos, teorias e práticas a fim de se obter um cuidado integral dos sujeitos. Logo, sem essa articulação da equipe, não é possível se estabelecer uma concordância sobre como dar continuidade ao cuidado dos usuários, gerando instabilidade e desorganização nos equipamentos que compõem a Rede e, conseqüentemente, um cuidado mecanizado e ambulatorial.

Além da dificuldade de comunicação entre as equipes nas unidades da RAPS deste Município, detectamos a falta de compartilhamento do cuidado como outra problemática, exemplificada por meio do discurso do entrevistado 2 da unidade Upa II, citado abaixo:

*[...]e é um paciente é... que realmente precisa de uma abordagem de internação a gente faz, demora muito, uns 20, 40 dias, mas a gente manda pro Adauto. Quando é um paciente que só estava em uma fase aguda e um familiar trouxe as medicações, foi ajustada i... o paciente já está, já saiu da fase aguda aí é encaminhado para o CAPS. Ou é CAPS ou Adauto [...] (Trecho entrevistado 2, UPA II).*

Perante o exposto, foi observado que em casos de crise aguda, o procedimento padrão do profissional da Rede é de encaminhamento para hospital psiquiátrico Adauto Botelho, ideia essa comum entre os discursos dos entrevistados 2 da Upa II, acima, e o entrevistado 1 da Upa I, a seguir: “[...] depende muito do quadro clínico. Normalmente se a pessoa já faz acompanhamento no CAPS e se desregulou, aí é caso pro Adauto[...]”.

Perante a ideia de compartilhamento do cuidado, algo comum foi analisado no discurso que não diz sobre a ideia da atenção psicossocial de clínica ampliada e cuidado no território, mas sim de uma ideia manicomial, onde aponta que se não é resolvido o “problema” voltado à crise, o sujeito é realocado no hospital psiquiátrico, espaço que ele receberá o devido cuidado na internação. Reforçando, assim, o controle dos corpos e a ideia hospitalocêntrica proposta por Pinel já mencionada.

Em relação à incorporação entre equipe, segundo Ferigato, Campos e Ballarin (2007), é importante realizar uma consideração a respeito das diversas formas de atuação existentes daqueles que a integram, que devem ser teóricas, pessoais e de inúmeras ordens, sejam quais forem, leva ao questionamento sobre a importância de se suportar essas maneiras de atuação, uma vez que é justamente isso que fornece instrumentos para lidar com a diversidade de usuários, bem como com a singularidade dos mesmos.

Diante dessa perspectiva, foi analisado que atualmente a ideia proposta pela psiquiatria de Pinel, no século XVIII, que se tinha o tratamento em saúde mental como hospitalar, medicinal e voltado para a diminuição de sintomas, num contexto de princípios disciplinares sustentados, sobretudo, por medidas de vigilância e controle se faz muito presente (Amarante, 2007). Nesse sentido, Foucault (1979), afirma que a medicina durante o desenvolvimento contemporâneo passou a ter uma função mais higienista do que de cunho terapêutica, tendo como finalidade organizar e fazer funcionar a ordem social, ao invés de promover cuidado a alguém que apresenta algum mal-estar e demanda um espaço de problematização.

Na sua análise do poder psiquiátrico, Foucault (2006) nos mostra que o uso do

medicamento permitiu que a calma, prescrita nas instituições asilares, se prolongasse ao interior do corpo do doente. Essas instituições conjugaram as funções “de prova e produção de verdade, de um lado; a constatação e conhecimento dos fenômenos do outro” (Foucault, 2006, p. 446). Assim, Foucault (1979, apud Galindo, et al. 2014) deixa uma importante herança, ao evidenciar que a produção e a fomentação das relações de poder, como exercício e dinâmica de força, forjam conhecimento e construção de corpos saudáveis, ativos, habilitados, adequados, obedientes politicamente, treinados para o trabalho e para a educação disciplinar. Além disso, a inserção do Estado no campo da saúde socializou não só a medicina como também o corpo, que passa a ser visto como uma realidade biopolítica.

Nesse viés, percebemos que os profissionais inseridos na Rede sofrem uma grande influência do poder saber médico, visto que foram entrevistados profissionais de diferentes áreas de saberes, com visões e perspectivas diferentes, mas que ao adentrarem nos espaços de saúde dessa Rede são sucumbidos por aquilo que é melhor aceito pela maioria que diz sobre a contenção dos corpos, tendo como base o conhecimento soberano sintomatológico da medicina, ignorando a subjetividade e simbolização/experienciamento do sofrimento do outro. Logo, devido essa questão acarreta uma grande dificuldade de comunicação, anulação e compartilhamento de saberes, apresentando uma grande divisão hierárquica voltada a títulos e uma supervalorização do saber médico. Posto isso, a construção desta Rede pode estagnar e se enrijecer pelos procedimentos burocráticos e normativos, mediante regras preestabelecidas que repetem velhos métodos de gerir o cuidado (Franco, 2006).

## **6. Considerações Finais**

Este artigo busca proporcionar uma reflexão acerca do Acolhimento à Crise na Rede Atenção Psicossocial de Mato Grosso. Diante disso, elencamos como interesse principal, a discussão na análise sobre quais são as dificuldades e desafios enfrentados pelos profissionais da RAPS nos espaços de saúde na realização do acolhimento à crise em um município de médio porte deste Estado.

Ademais, utilizamos como base metodológica para a realização deste artigo a pesquisa de campo de cunho qualitativa, exploratória-descritiva, usando como instrumento entrevistas semiestruturadas que permitiram analisar e descrever as práticas interpretativas compreendendo seu significado e explorando as dificuldades resultantes da atenção à crise. Para análise destas entrevistas, utilizamos como aporte teórico a

metodologia da análise do discurso foucaultiano que possibilitou analisar um conjunto de frases ou de falas atribuídas aos indivíduos, em que permitiu caracterizar um grupo relacionado a determinada função social ou situação problemática por meio da análise das relações de saber/poder que incidem nas práticas discursivas.

Tendo como foco de discussão levantar quais os principais desafios enfrentados pelos profissionais da RAPS, assim, foram apresentados três incidentes críticos, sendo eles: (1) Da doença mental ao surto: entendimentos sobre crise pelos profissionais que diz sobre as concepções acerca do conceito de crise; (2) Estruturando e tecendo a Rede de Atenção Psicossocial em Mato Grosso, que diz sobre a educação continuada e/ou capacitações, espaço físico, ausência de profissionais e alta rotatividade e o (3) Acolhimento e Manejo à crise do referido município ao que refere aos aspectos voltados ao entendimento do conceito de crise, interlocução da equipe e compartilhamento do cuidado na Rede.

Nesse mesmo sentido, existem alguns assuntos importantes que foram percebidos ao longo da construção deste artigo, como os pontos em comum que envolvem a atuação dos profissionais da Rede acerca do encaminhamento dos usuários ao Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho.

Como abordado anteriormente, a RAPS surge na tentativa de substituir os hospitais psiquiátricos de Pinel, com a responsabilidade do cuidado e do acompanhamento do sujeito na sua integralidade, porém percebemos uma ineficácia desse serviço, visto que mesmo com a existência de CAPS III no município, a demanda que não é acolhida pela RAPS, por unanimidade, o profissional faz o encaminhamento para o hospital psiquiátrico como única forma de resolução para o usuário. O encaminhamento direto ao hospital psiquiátrico torna-se uma estratégia de silenciamento dos corpos e dos desejos, uma vez que é deixado de oferecer espaço para fala, não possibilitando ao sujeito experienciar e vivenciar sua crise e com a visão de que somente a medicalização poderá surtir efeito para esses casos.

Nesse sentido, se faz necessário ponderar o que consideramos normal, ou aceito socialmente e culturalmente na contemporaneidade acerca das condições do sujeito e o que se entende sobre um sujeito em situação de crise, uma vez que o sujeito em sofrimento psíquico não vai responder dentro da normalidade que é imposta socialmente. Logo, por não se adequar ao que é previsto ou desejado, o sujeito continua sendo o outro, o estranho, o alienado, o louco e, assim, encaminhado para o hospital psiquiátrico.

Outro fator importante para discussão foi a conduta comum utilizada pelas

unidades que compõem a RAPS deste Município, através dos discursos dos profissionais entrevistados observamos que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, quando acionado, na maioria das ocorrências presta socorro acompanhado pela polícia militar, realiza a contenção medicamentosa ao paciente e, então, o encaminha para as UPAS ou PS, transmitindo a ideia de periculosidade do sujeito em situação de crise e para garantir a integridade dos profissionais, é preciso que sejam escoltados pela polícia, o que reforça e dissemina a ideia proposta por Pintel, de que o louco é perigoso, o alheio a razão e que precisa ser contido ou internado.

Esta pesquisa abre, ainda, para futuras pesquisas que queiram debater sobre a realização da atenção à crise no público infantojuvenil, entender quais são as circunstâncias da atuação dos profissionais com esse público, para assim propor estratégias efetivas para o cuidado especializado para esses usuários que necessitam da prestação desse serviço que é ofertado na RAPS deste Município.

Sendo assim, esperamos que este artigo contribua, a longo prazo, promovendo uma reflexão e a disseminação do conhecimento teórico e prático sob a perspectiva psicossocial acerca da realização da atenção à crise na Rede. Desse modo, compreendemos que a conduta do profissional da RAPS tem como premissa ser direcionada ao indivíduo, em sua subjetividade e relações psicossociais, pautada na prática de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de maneira crítica e baseando-se nos princípios fundamentais e éticos da sua profissão. Nesse viés, os profissionais devem basear sua atuação na compreensão do sujeito em sua integralidade, promovendo um ambiente acolhedor que permita a experienciação da crise, bem como a ressignificação do sentido atribuído a mesma para o indivíduo.

## 7. Referências Bibliográficas

AMARANTE, P. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, nº 34**. Brasília, 2013.

BARBOSA, E. **Dicionário Origem das Palavras**. 1ª ed. São Paulo: RG editora, 2010.

CASSORLA, R. M. S. **Psicanálise e Surto Psicótico: Considerações Sobre Aspectos Técnicos**. Congresso Brasileiro de Psicanálise, Rio de Janeiro, 1999.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012**, Brasília, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogos (os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n.º 510 de 07 de abril de 2016**, Brasília, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para atuação de Psicólogos (os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2022.

DA COSTA, T. D. et al. Contribuindo para a educação permanente na saúde mental. **Biológicas e Saúde**, v.7, n.23, p. 9-15, 2017.

DOS SANTOS, L. K.; BERNARDES, E. **A Posição Designada Ao Outro Do Sujeito Psicótico Na Transferência Analítica**. VII Congresso Internacional de Psicologia da UEM. 2018.

FAGUNDES, E. C. et al. A Construção do Delírio: Da Psiquiatria à Psicanálise. **Revista De Trabalhos Acadêmicos–Universo Belo Horizonte**, v. 1, n. 5, 2021.

FERIGATO, S. H. ; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O Atendimento à Crise em Saúde Mental: Ampliando Conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, p. 31-44, 2007.

FREUD, S. A perda da realidade na neurose e na psicose (1924). **FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. 19, p. 205-239, 1996.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. São Paulo, 1970.

FOUCAULT, M. **A Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)**. São Paulo: Martins Fonte, 2006.

FRANCO, T. B. **As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 459-474.

GALINDO, D. et al. Vidas Medicalizadas: por uma Genealogia das Resistências à Farmacologização. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 34, n. 4. p. 821-834, 2014.

GALINDO, D. ; RODRIGUES, R. V. Incidentes Críticos, um Fio de Ariadne na Análise Documental. In: SPINK, M. J. P. et al. **A Produção de Informação na Pesquisa Social: Compartilhamento Ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein , 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: editora Atlas S.A., 2002.

GOMOS, L. G.; BARSAGLINI, R. Problemática, Crise, Surto e Equilíbrio em Devir: Representações Sociais sobre Pessoas com Sofrimento Mental. In: SODRÉ, F. et al. **Perspectivas teórico-metodológicas de análise em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Telha, 2022.

MANTOVANI, C. et al. Manejo de paciente agitado ou agressivo. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 32, p. 96-103, 2010.

MARTINS, A. G. A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. **Revista Mental**, Minas Gerais, v. 11, n. 20, p. 226-242, 2017.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, p.1521-1531, 2010.

RODRIGUES, .; BROGNOLI, . F. Acolhimento no serviço de atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 6, n. 14, p. 61–74, 2014.

SANTANA, M. A.; MORAIS, M. DE L. S. Saúde Mental em Francisco Morato: percepção dos trabalhadores do CAPS sobre a atenção praticada e suas dificuldades. **Bis**. p. 31-33, 2005.

SILVA, B. de S.; CASTRO, J. E. A construção do conceito de psicose de Freud a Lacan e suas implicações na prática clínica. **Analytica**, São João del Rei , v. 7, n. 13, p. 145-160, 2018.