

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA,  
FISIOTERAPIA E DANÇA

**JULIA GIUSTI**

**ALGUNS DESAFIOS DO ACOLHIMENTO A CRISE EM SAÚDE MENTAL**

Porto Alegre

2021

**JULIA GIUSTI**

**ALGUNS DESAFIOS DO ACOLHIMENTO A CRISE EM SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Graduação em Educação Física – Bacharelado, da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Fernando Silva Bilibio

Porto Alegre

2021

**JULIA GIUSTI**

**ALGUNS DESAFIOS DO ACOLHIMENTO A CRISE EM SAÚDE MENTAL**

Conceito final:

Aprovado em ..... de .....de.....

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Analice de Lima Palombini

---

Orientador: Prof. Dr. Luiz Fernando Silva Bilibio

## **ALGUNS DESAFIOS DO ACOLHIMENTO A CRISE EM SAÚDE MENTAL**

*Some challenges in patient care in the mental health crisis*

**Julia Giusti**

**RESUMO:** No âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira, a assistência às crises psíquicas continuam representando um desafio aos serviços de saúde mental. Nesse sentido, objetivou-se analisar a partir de parâmetros balizadores descritos na literatura, um atendimento a crise, descrito por meio de um caso pensamento. A partir da análise temática, é possível constatar que o fenômeno da crise é singular e cheio de sentidos e significados. Conclui-se também que os profissionais ainda encontram barreiras institucionais no manejo da crise e na flexibilidade de respostas para a mesma. Portanto, o trabalho instigou reflexão sobre questões relevantes para o processo de cuidado e elaboração na crise.

**PALAVRAS-CHAVE:** Intervenção na crise. Acolhimento. Saúde Mental

**ABSTRACT:** Within the scope of the Brazilian Psychiatric Reform, assistance to psychiatric crises continues to represent a challenge to mental health services. In this sense, the objective was to analyze, from the guiding parameters described by Dassoler and Palombini (2020), a crisis assistance, described through a case thought. From the thematic analysis, it is possible to verify that the crisis phenomenon is singular and full with senses and meanings. It is also concluded that professionals still face institutional barriers in handling the crisis and in the flexibility of responses to it. Therefore, the work instigated reflection on issues relevant to the process of care and elaboration in the crisis.

**KEYWORDS:** Crisis Intervention. User embracement. Mental health

## **Introdução**

A reforma psiquiátrica brasileira como movimento social nas décadas de 1970 e 1980, visava desconstruir a lógica da exclusão manicomial. Foi um processo importante de desinstitucionalização da loucura, caracterizado por anos de muita militância e com significativa influência da Reforma Psiquiátrica italiana. Nesse contexto de desinstitucionalização, as crises psíquicas e as intervenções em saúde mental foram para as ruas; os novos espaços para a expressão da loucura, sem que o estigma da periculosidade e o medo do louco tenham sido desconstruídos no âmbito da sociedade (Amarante, 2007).

O fato é que somente a partir do início da luta antimanicomial e das reformas psiquiátricas é que foi possível observar grandes e importantes reformas na atenção à saúde mental. Um desses investimentos significativos foi nos serviços de atenção a crise, entre eles os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial). Orientada pelo cuidado em liberdade, pela garantia dos direitos humanos e civis, pela afirmação da participação do usuário em seu projeto terapêutico e pela implosão da noção da loucura como expressão de doença mental, criou-se a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), por meio de um conjunto de dispositivos espalhados pelo país, em especial, o CAPS.

O CAPS tem a função de promover a inserção da pessoa com transtorno mental à sociedade, prestar atendimento clínico em caráter de atenção diário, evitando dessa forma futuras internações em hospitais psiquiátricos. É função também regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e prestar suporte a atenção a saúde mental na rede básica.

O processo de trabalho em saúde mental fundamenta-se no conceito de saúde ampliada com base no SUS, o que está implícito na relação com o contexto econômico, social e cultural do país, ou seja, abrange moradia, saúde, renda, alimentação, educação, acesso a lazer e bens (Machado, 2009). Essa perspectiva de saúde também é destinada a produção do cuidado junto às pessoas que fazem uso abusivo e prejudicial de drogas.

A realização do cuidado no Centro de Atenção Psicossocial ao usuário de álcool e outras drogas (CAPS AD) precisa lidar com a singularidade das pessoas e as intervenções desenvolvidas devem promover o potencial do usuário e sua autonomia na vida. Um processo de cuidado em negociações permanentes entre os diferentes sujeitos, onde o próprio conceito de 'crise' exige e pode gerar novas possibilidades de atenção.

A crise costuma ser a porta de entrada para o ciclo da saúde mental. Não raro ela é marcada como rótulos de perigo, como desvios a serem corrigidos por medicamentos psicotrópicos, como motivos de hospitalização; argumentos para continuar a lógica da hospitalização, do isolamento e da exclusão. Por isso, entendemos que responder a uma crise não se trataria apenas da sustentabilidade do próprio CAPS, como principal equipamento alternativo para a rede. Além disso, também se trata das condições de sustentabilidade e possibilidade do projeto de atenção à saúde mental ligado a uma sociedade mais justa e igualitária (Machado, 2008).

Nesta perspectiva, este trabalho irá analisar uma situação de atendimento a crise com o objetivo de produzir alguns sentidos sob esse desafio que continua sendo atual às equipes de saúde mental; que o trabalho consiga favorecer novas práticas de cuidado em situação de crise. Para isso, a aposta de escrita é apresentar um caso pensamento – uma situação fictícia baseada em fatos reais – de um atendimento à crise num suposto CAPS Ad III para, na sequência, analisar tal atendimento a partir do que os autores Dassoler e Palombini (2020) descrevem como parâmetros balizadores da saúde mental; referências importantes para um cuidado mais humanizado, democrático e sensível às situações de crise em saúde mental.

### **Mas afinal, o que é crise?**

A palavra crise em seu sentido etimológico é carregada sentidos referentes à mudança, desequilíbrio, separação e que podem conduzir à construção de rearranjos inéditos. Situação que pode estar ligada a aspectos

sociais, históricos, familiares, pessoais, entre outros. A crise é um conceito amplamente usado em diversas áreas do conhecimento, como na sociologia, economia, política, psicologia, psicopatologia, etc. (Lima; Teixeira; Pinheiro, 2012). O termo, na sua origem filológica, traz a ideia de purificação. Em grego, crise (ou simplesmente *krisis*, *krínein*) significa decisão em um juízo. Toda situação de crise, para ser superada, exige uma decisão e seu processo está rodeado de mudanças, criações e questionamentos. Ou seja, o termo está presente no nosso cotidiano desde o discurso mais corriqueiro até os especializados em diferentes campos, entre eles, a saúde mental.

No contexto da saúde mental, a crise é uma possibilidade real na vida de qualquer sujeito. Esta possibilidade aumenta para as pessoas que apresentam um transtorno mental severo ou quando o uso de drogas se torna um problema. Mas afinal, o que é a crise? Crise para quem? Crise existencial, crise de idade, crise dos serviços em saúde mental, crise econômica, crise psicótica. A crise nos convoca, nos desafia, nos emudece, nos coloca diante de situações desagradáveis, nos mobiliza para algo, seja negativo ou positivo, algo do desconhecido e do improvável, enfim, diversas sensações e entendimentos são mobilizados na crise.

O atendimento à crise continua sendo um grande desafio para os serviços que produzem cuidado no campo da saúde mental e, nesta direção, Dassoler e Palombini (2020) escrevem um importante artigo direcionado a esse desafio. Estes autores, constatam que historicamente o referencial médico era visto como ator principal de manejo a crise, funcionando por meio da identificação e tradução do sofrimento subjetivo em doença/transtorno; a crise como uma questão apenas psiquiátrica. Neste cenário, as equipes multiprofissionais muitas vezes se sentiam – e por vezes ainda se sentem – sem instrumentos e sem condições para atender essa situação. Uma das consequências desse enquadramento psiquiátrico seria a desvalorização das práticas de cunho simbólico que se colocariam em operação a partir da fala. Ocorre aqui uma desautorização ao sujeito para buscar, em sua história de vida, os apoios e balizamentos necessários no percurso da existência, mesmo

em situações de crise. Segundo os autores existe um déficit na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Se, por um lado, tivemos grandes avanços com a luta antimanicomial, por outro lado um dos calcanhares de Aquiles desse processo é o entendimento e o manejo da crise em saúde mental. Eles entendem que é possível criar outros jeitos para que o usuário do serviço simbolize a crise; um jeito mais humanizado e que rompe com a questão da medicalização.

Dessa forma, os autores problematizam como os serviços estão atendendo às situações de crise e apontam alguns subsídios importantes que serão explorados neste trabalho. Nessa direção, Dassoler e Palombini (2020) elaboram oito parâmetros balizadores que são importantes referências para a produção do cuidado na crise. Estes parâmetros buscam um cuidado mais humanizado, que valorize a verbalização, a simbolização do sofrimento e a necessidade de criar condições institucionais adequadas para o entendimento da crise. Uma das ideias centrais dos parâmetros é possibilitar ao sujeito que está em sofrimento uma abertura para que seja feita uma pausa temporal, uma pausa no tempo, desacelerando o pensamento. O tempo a ser pausado é o tempo da intensidade, o tempo sentido estimulando assim, a compreensão na experiência subjetiva.

Os parâmetros balizadores descritos pelos autores visam auxiliar na produção e elaboração de cuidado durante a crise e são descritos abaixo:

1. No campo da atenção à crise, as intervenções solicitam um dispêndio de tempo e energia diferenciado em comparação com as demandas convencionais, exigindo das equipes uma maior flexibilidade na construção de respostas;
2. A crise é uma demanda que requer o acolhimento imediato, embora nem toda crise se qualifique como urgência;
3. A qualificação de urgência é uma prerrogativa que cabe, fundamentalmente, ao usuário e descreve uma experiência de caráter insuportável;



4. A pausa é um ato clínico que se introduz como estratégia clínica ante a temporalidade da pressa;
5. A pausa abre as condições para a fala, como aposta terapêutica no recurso simbólico com vista à retomada do fio narrativo;
6. A crise não equivale obrigatoriamente a um diagnóstico de transtorno, de forma que medicar pode ser uma parte do trabalho, mas não a sua síntese;
7. O acolhimento é um dispositivo eminentemente clínico e não se confunde com triagem nem é voltado a um encaminhamento;
8. Muitos usuários apresentam autonomia em relação à necessidade de circulação na rede de atenção. Para esses casos, os serviços devem se manter como referência para serem acessados por iniciativa do sujeito (Dassoler e Palombini, 2020, pgs 288 e 289).

São com esses parâmetros que será analisado um caso pensamento de atendimento a crise visando produzir algum sentido sobre esse desafio no serviços de saúde.

### **Apresentação da situação**

A situação que apresentarei a seguir trata-se de um caso pensamento, no qual se utiliza de uma estratégia de escrita inventiva, ao invés de relatar fielmente determinadas cenas de produção do cuidado em saúde mental.

No trabalho atual, o caso pensamento trata o incidente como uma coexistência atual e virtual (Deleuze, 1996). Nessa perspectiva, os eventos nunca são absolutos, precisos e estabelecidos, mas em geração eterna; podemos falar sobre a mesma situação de mil maneiras. As marcas, sentimentos e símbolos vividos e alienados no acontecimento se organizam no caso pensante como afirmação da memória de certos elementos selecionados

em invenção. Uma invenção interessada na possibilidade de desencadear determinados questionamentos e não outros.

Portanto, a situação a ser compartilhada advém mais do plano da memória enquanto trabalhadora da saúde mental. É expressão de incomodo, uma vontade perturbadora de falar e que exige um relato mais livre e inventivo sobre o acontecer do cuidado à crise. Segue o conto de Sergio.

Era final da manhã de um quinta-feira em um CAPS-AD. A equipe do respectivo turno já se preparava para a passagem de plantão para a equipe que chegaria logo em seguida, quando Sergio chegou ao CAPS.

Sergio acessou o serviço carregando sua mochila, trazendo nela seus pertences, algumas peças de roupas e alimento, trazia em seu rosto um semblante de cansaço. Inquieto e com tom de voz alterado, solicitou atendimento com o terapeuta de referência (TR) Paulo, lhe foi informado que Paulo chegaria apenas no turno da tarde. Foi atendido pela equipe da manhã, relatou ter feito uso de cocaína e crack na noite anterior e estava sem dormir. Apesar de Sergio já ter sido atendido, ele permaneceu no CAPS e mantinha a solicitação de conversar com Paulo, pois só ele o entendia. Sergio e Paulo haviam criado um vínculo Ali se estabeleceu um vínculo entre profissional e usuário.

Há mais de 10 anos em situação de rua, já com vivências constituídas na rua, Sérgio sofreu diversas violências psicológicas e físicas, sem contato com familiares, os serviços de saúde e da assistência que ele acessa são locais em que, segundo ele, conversa e as pessoas lhe entendem.

Ao chegar os profissionais do turno da tarde, Sergio encontrou Paulo, mas houve demora no atendimento, pois Paulo tinha usuários marcados em sua agenda que já estavam lhe aguardando e Sérgio permaneceu aguardando no espaço de ambiência do serviço, junto com outros usuários que ali agradavam atendimento também. Quando Paulo chamou Sérgio para conversarem já se passavam das 16h da tarde e naquele momento, Sergio já estava mais agitado do que quando havia chegado. Ele referiu que precisava ficar no espaço de Acolhimento Noturno (AN), pois estava em uso intenso, com muita exposição no território, há dias sem dormir e se alimentar de forma regular. Após a conversa, foi acordado junto a equipe seu ingresso. Seguindo o plano de contingência, foi realizado teste de antígeno para detecção da covid 19, contado seus pertences e alocados em um armário, que é aberto em

horários específicos durante os turnos. O Acolhimento Noturno é uma ferramenta de cuidado ofertada a usuários que necessitem de um espaço protegido, reorganizar algumas questões de vida e utilizado também para desintoxicação do uso.

A tarde já se findava e ocorreu um desentendimento entre Sergio e outro usuário que aguardava atendimento. Sérgio foi manejado verbalmente por Paulo e o médico do turno e, o outro usuário foi orientado a buscar outro serviço ou retornar em outro dia para atendimento. Sergio ao ver o outro usuário sair do CAPS vai atrás dele, mas foi contido por alguns profissionais que conversam com ele sobre a importância dele permanecer ali, enquanto Sergio, com tom de voz alto, explanava:

*“Eu vou ali e já volto” “Preciso resolver isso, o que vão pesar de mim na rua? Que eu não sou homem? Que levei soco na cara e não fui atrás?” “Eu tenho que resolver isso, eu vou voltar aqui, eu prometo”*

Em meio aos seus argumentos, Sérgio aceitou que conversassem em uma sala. Paulo indagou Sergio sobre seu desejo de permanecer no espaço do CAPS e explica sobre as normas do AN, que após ter feito o ingresso e realizar teste para detecção de covid-19, não é possível sair do serviço e retornar. Sergio responde novamente que precisava resolver *isso aí* e saiu da sala apressado, encontrou o portão fechado e com a agilidade de um felino, pula a grade de metal que separa o CAPS da rua.

Após a saída de Sergio, parte da equipe composta por educadora física, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico e enfermeiro, estava em roda compartilhando a experiência sobre atenção aos fatos ocorridos. O que mais poderia ter sido feito? O que fazer? Como fazer? Estávamos seguindo o protocolo do serviço.

Sergio retornou cerca de 20 minutos depois, conforme nos havia prometido, pedindo para permanecer ali *“Eu quero ficar aqui, eu disse que ia voltar, eu precisava ter ido”*. Ele foi atendido por Paulo e reafirmou seu desejo de permanecer no CAPS. Ao atendimento se somaram o médico e o enfermeiro, que mesmo entendendo da necessidade de cuidado de Sergio, reafirmaram que após a sua saída ele não poderia, conforme as normas, reingressar naquele espaço.

Sergio argumentou sobre seu espaço de cuidado *“O cara tá aqui precisando de ajuda e vocês estão negando, querem que eu me ajoelhe pra pedir?”* Paulo ofertou

outro espaço de cuidado que poderia ajuda-lo naquele momento e que ficava próximo a esse serviço e, que ali ele poderia retornar em outro momento.

*“Eu me trato aqui, tu me conhece, eu tô precisando de ajuda”*

Paulo entrou em contato por telefone com outros serviços de saúde para compartilhar o caso e encaminhar Sérgio, conseguiu uma vaga em outro CAPS próximo, formalizou o encaminhamento por documento e entregou a Sérgio, que disse que não iria para outro serviço. Tomado pela ira Sergio disse que iria embora, mas queria seus pertences, que já estavam alocados em um armário, de volta. Foi devolvido a ele sua mochila e constatou que estava faltando alguns objetos. No AN, antes do usuário ingressar é feito uma revista nos pertences para serem alocados em um armário e, ao revistas os pertences de Sergio foi encontrado alguns materiais perfurocortantes, que não poderiam ser devolvidos na sua saída para preservar a vida dele e de terceiros. Aos gritos, argumentava que queria suas coisas de volta e estava em fúria. Por segurança, uma porta de vidro foi fechada, pois Sergio estava jogando objetos pelo pátio. Havia batidas e gritos *“Vão abrir por bem ou por mal? quero minhas coisas”*

Paulo de dentro verbalizava *“Por bem! Te acalma que vamos abrir”*. Novamente *“Vai abrir por bem ou por mal? E a resposta era a mesma: “Por bem, se acalme, vamos conversar”*. Sergio, naquele momento, não queria mais conversar, já haviam se esgotados todos os diálogos: *“Vocês vão ver, não querem abrir”* e a voz foi se distanciando e ao mesmo tempo ficando mais alta e pesada. A equipe presente do outro lado do vidro, com olhar atento aos movimentos de Sergio, deu alguns passos para trás ao perceber o que Sergio pegara na calçada em frente.

Sergio, como num piscar de olhos, adentrou ao pátio do CAPS e arremessou um concreto em direção ao vidros que ali separavam o lado de dentro com o de fora. Atravessando e rompendo, de forma clara, o que nos separava, espalhando pelo chão os estilhaços. A voz continuava carregada e outros pedaços de concretos surgiam em direção a outros vidros. Sergio, parecia ter se esgotado fisicamente, olhou por mais uma vez em direção aos estilhaços e no silêncio, foi sumindo em meio aos carros que passavam pela rua. Havia apenas cacos e mensagens penduradas nos estilhaços. Ainda que não se escutasse mais a voz, ela permaneceu dentro e fora. Essa voz, a voz da angústia, do medo, do desamparo e da violência. O silêncio pairou e ouvia-se

apenas os ruídos, dos estilhaços e da mente, ainda assimilando o que havia acontecido.

### **Pensando o caso pensamento**

O caso pensamento apresentado pode ser analisado a partir de alguns aspectos presentificados nos parâmetros balizadores acima apresentados. Mais especificamente, a proposta é desenvolver uma análise da situação narrada por meio dos parâmetros nos quais estão mais diretamente envolvidas as questões do acolhimento, da pausa como ato clínico e da flexibilização das respostas de saúde. A aposta de análise é que são estes os parâmetros que mais foram negligenciados na situação de cuidado apresentada.

A questão do acolhimento está explicitamente presente nos parâmetros 2 e 7 da formulação de Dassoler e Palombine (2020). No parâmetro 2, os autores escrevem que a crise “é uma demanda que requer o acolhimento imediato, embora nem toda crise se qualifique como urgência”. No parâmetro 7, eles indicam que o acolhimento “é um dispositivo eminentemente clínico e não se confunde com triagem nem é voltado a um encaminhamento” (pg. 289).

A pausa como ato clínico está localizada nos parâmetros 4 e 5. Respectivamente, os autores indicam que a “pausa é um ato clínico que se introduz como estratégia clínica ante a temporalidade da pressa” e que ela “abre as condições para a fala, como aposta terapêutica no recurso simbólico com vista à retomada do fio narrativo” (pg. 289).

A questão da flexibilização das respostas é o primeiro parâmetro indicado pelos autores. Neste parâmetro eles indicam que na atenção à crise, “as intervenções solicitam um dispêndio de tempo e energia diferenciado em comparação com as demandas convencionais, exigindo das equipes uma maior flexibilidade na construção de respostas” (pg. 288).

Voltar ao caso pensamento levando em consideração os parâmetros relativos ao acolhimento, permite levantar algumas reflexões, por exemplo, em

relação ao acolhimento. Para Dassoler e Palombini (2020) o acolhimento já faz parte da clínica da situação de crise. É a partir do momento em que o usuário chega e se faz o acolhimento que se inicia a dimensão clínica. Uma clínica que também deveria ser marcada pela ética de considerar o histórico da vida, para além do que o sujeito traz naquele momento; tratar a dimensão simbólica do real. Neste sentido, o vínculo parece desempenhar uma função muito importante.

*Sergio acessou o serviço carregando sua mochila, trazendo nela seus pertences, algumas peças de roupas e alimento, trazia em seu rosto um semblante de cansaço. Inquieto e com tom de voz alterado, solicitou atendimento com o terapeuta de referência (TR) Paulo, lhe foi informado que Paulo chegaria apenas no turno da tarde.*

*(...) Apesar de Sergio já ter sido atendido, ele permaneceu no CAPS e mantinha a solicitação de conversar com Paulo, pois só ele o entendia. Sergio e Paulo haviam criado um vínculo. Ali se estabelece um vínculo entre profissional e usuário.*

Ou seja, neste trecho do caso pensamento é perceptível que o acolhimento mais potente ofertado naquele momento seria com o TR. Um acolhimento que estava inviabilizado em função da organização do serviço e do horário de trabalho de Paulo. Entretanto, não teria sido possível viabilizar uma ligação telefônica ou uma chamada de vídeo pelo aplicativo WhatsApp? O uso inusitado de uma ferramenta de comunicação, visando que Sérgio ficasse mais tranquilo ao escutar do próprio Paulo que chegaria em breve para lhe escutar e ajudar. Possibilidades e outras dimensões de cuidado que surgem pensando na flexibilidade de respostas, indicado no parâmetro 1, que me faz refletir o quanto ainda o cuidado ofertado nos dispositivos de saúde, tem limitações ou são engessados por protocolos e normas a serem seguidas.

A equipe que atendeu Sergio no momento de sua chegada ao serviço, seguiu os protocolos ditos pelo espaço de que ele deveria aguardar até a chegada de Paulo. Não conseguiram pausar o tempo para pensar e sentir que o contato com o TR naquele momento seria importante para Sergio. Penso no

parâmetro 4 e 5 que tratam da pausa, do alargamento do tempo como condição de possibilidade para a criação de respostas sensíveis, torção do tempo necessária à invasão de sensibilidade e criatividade aos atos implicados com o cuidado humanizado nas situações de crise em saúde mental.

*Ao chegar os profissionais do turno da tarde, Sergio encontrou Paulo, mas houve demora no atendimento, Paulo tinha usuários marcados em sua agenda que já estavam lhe aguardando e Sérgio permaneceu aguardando no espaço de ambiência do serviço (...)*

Nos parâmetros 2 e 3, os autores descrevem que a crise requer um acolhimento imediato, mesmo que nem toda crise se caracterize como urgência. Por qual motivo, naquele momento, o atendimento e a urgência de Sergio não foram priorizadas? O que era mais importante? Sergio estava aguardando Paulo desde o final daquela manhã.

Se é a partir da chegada e do acolhimento que a dimensão clínica se abre, orientada pela ética de tratar o real pelo simbólico Dassoler e Palombini (2020). Para Sergio não poderia haver demora, sua questão era urgente. Precisava ser ouvido, escutado, amparado. Qual o cuidado e escuta que Paulo poderia oferecer, poderia pedir a um de seus colegas para que atendesse os que em sua agenda lhe aguardavam, Sergio tinha pressa de cuidado. Dassoler e Palombini (2020) falam que as possibilidades de cuidado à crise supõem que a dimensão de escuta tenha estatuto de ato, ou seja, seja uma intervenção que coloque borda onde havia desamparo e ofereça uma localização ao sujeito que lhe possibilite formalizar algum tipo de elaboração sobre seu sofrimento onde antes havia uma suspensão temporária das condições de subjetivação. Se a urgência se caracteriza quando o tempo falta, é desde aí que o simbólico se apresenta como pausa, recurso terapêutico estratégico visando à apropriação da angústia e sua transformação em sintoma pela produção narrativa de contornos simbólicos ao real. Na equipe, Paulo era quem mais encarnava a possibilidade desse enquadramento clínico e no tempo mais potente se as condições para tal fossem afirmadas.

Contudo, nem sempre essa é uma tarefa fácil de cumprir, seja porque o sujeito está premido pela angústia a ponto de não conseguir formular com clareza uma demanda, seja porque recusa o atendimento.

*A tarde já se findava e ocorreu um desentendimento entre Sergio e outro usuário que aguardava atendimento (...) Sergio ao ver o outro usuário sair do CAPS vai atrás dele (...) “Eu vou ali e já volto” “Preciso resolver isso, o que vão pensar de mim na rua? Que eu não sou homem? Que levei soco na cara e não fui atrás?” “Eu tenho que resolver isso, eu vou voltar aqui, eu prometo”*

*(...) Sergio responde novamente que precisava resolver isso aí e saiu da sala apressado, encontrou o portão fechado e com a agilidade de um felino, pula a grade de metal que separa o CAPS da rua.*

A pausa temporal descrita nos parâmetros 4 e 5 é uma função do processo de cuidado, ofertada pela equipe em situações que se faz necessário tirar o pé do acelerador e não entrar junto na pressa e na urgência. A pausa também é uma estratégia que pode ser utilizada como forma de comunicação por meio do manejo verbal, para que produza sentido sobre aquele sofrimento, aquela angústia. É uma estratégia de cuidado que uma equipe poderia chamar de tecnologia leve (Merhy, 2002), visando estimular a própria experiência subjetiva do sujeito.

Sergio, verbalizou que voltaria, sua demanda era urgente, o que lhe constituía enquanto homem, segunda sua fala, ele precisava *resolver isso aí*. Porém, os profissionais estavam seguindo as ‘normas’. As normas são referências que concretizam o cuidado. Mas elas deveriam ser atendidas como se fosse uma bula de remédio a ser seguida à risca? Cada sujeito é singular e único na sua experiência de ser e sentir, não cabe ao outro medir seu sofrimento a partir da própria régua. As normas não seriam essas regras alheias institucionalizadas? Dificilmente contemplam o inusitado inerente à experiência sentida da crise.

Muitas vezes na situação de crise ocorre um jogo de forças entre o desejo do usuário e o que o serviço ‘entende’ que seria melhor naquele momento. Não raro, ocorrem constrangimentos externos ou coerções



desnecessárias à ação do indivíduo por parte da equipe. Uma ação voluntária com um certo tipo de história causal. Deste modo, reconhecer como relevante a liberdade de ação é presentificar na clínica, a possibilidade de se fazer de modo diverso e de ver a crise de outras formas e não mais com a lente dos valores moralizantes. O cuidado que aposta na liberdade é um elemento importante para transformar o modo de viver e sentir o sofrimento do sujeito no seu cotidiano.

*Sergio retornou cerca de 20 minutos depois, conforme nos havia prometido, pedindo para permanecer ali “Eu quero ficar aqui, eu disse que ia voltar, eu precisava ter ido”.*

*(...) reafirmaram que após a sua saída ele não poderia, conforme as normas, reingressar naquele espaço.*

*Sergio argumentou sobre seu espaço de cuidado “O cara tá aqui precisando de ajuda e vocês estão negando, querem que eu me ajoelhe pra pedir?”*

Sergio retornou conforme havia ‘combinado’. Ele precisava ir. Contudo, em seu retorno sua entrada foi ‘barrada’, de acordo com as normas e protocolos de cuidado daquele espaço. Sergio clamava por ajuda e ouvia que ali não poderia mais ficar e de certa forma os profissionais não lhe escutavam, não houve pausa para escutar as angustias de Sergio, como indicado nos parâmetros 4 e 5.

Se, por um lado, Dassoler e Palombini (2020) indicam a relevância da pausa visando a recuperação e revalidação da eficácia do repertório simbólico (pg.283) da pessoa em crise, por outro lado, entendemos que tal pausa se direciona principalmente à micropolítica do cuidado (Merhy, 2002). Ou seja, o alargamento do tempo precisa ocorrer na subjetividade dos membros da equipe –, pois são eles e elas os/as responsáveis pelo manejo clínico da situação de crise. Se a urgência é caracterizada pelo tempo que falta, é a partir daí que o simbólico se apresenta na pausa enquanto recurso terapêutico no tempo, visando a transformação da angústia em narrativa (Dassoler e Palombini, 2020, pag 286). Deste modo, é a equipe de saúde que precisa

viabilizar a produção de respostas flexíveis e as condições de recuperação do repertório simbólico.

*Aos gritos, argumentava que queria suas coisas de volta e estava em fúria.*

*Havia batidas e gritos “Vão abrir por bem ou por mal? quero minhas coisas”*

*Sergio, naquele momento, não queria mais conversar, já haviam se esgotados todos os diálogos: “Vocês vão ver, não querem abrir” e a voz foi se distanciando e ao mesmo tempo ficando mais alta e pesada.*

*(...) como num piscar de olhos, adentrou ao pátio do CAPS e arremessou um concreto em direção ao vidros que ali separavam o lado de dentro com o de fora. Atravessando e rompendo, de forma clara, o que nos separava, espalhando pelo chão os estilhaços.*

Sergio havia chegado no seu limite, ele não queria mais ouvir. Naquele momento a crise tinha assumido totalmente seu caráter de urgência, pela ruptura do vínculo que, até então, foi nutrido durante anos. Quebra o vidro real e estilhaça os vínculos negados na crise. Rompe a barreira que havia sido criada pela falta de acolhimento, pelo acelerar da equipe e sua falta de flexibilidade.

Não houve flexibilização de respostas como indicados no parâmetro 1. Essa circunstância pressiona o sujeito e traz a possibilidade de que a solução se faça pela via do ato, o que deixa evidente que a crise comporta um viés que convoca o laço social (Dassoler e Palombini, 2020, pag 285).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os parâmetros descritos por Dassoler e Palombini (2020) sinalizam um novo olhar sobre a crise e os atendimentos à crise. Propõem, sob outra ética, o acolhimento a crise e a crise da urgência, abrindo caminhos para novas possibilidades de se fazer a clínica em saúde mental. O cuidado é o principal elemento para transformar o modo de viver e sentir o sofrimento do sujeito com transtorno mental e sua família no seu cotidiano. É um campo fértil e de

preocupações e fomentações e quando se fala em cuidado, também se fala também no cuidado em crise.

A partir do caso pensamento analisado, percebe-se que, muitas vezes, o despreparo dos profissionais de saúde frente às crises de atendimento pode ser o impulsionador de ações violentas, com recurso a métodos repressivos sem finalidade terapêutica, como solicitações desnecessárias à polícia e abuso de restrições físicas ou químicas (Bonfada; Guimarães; Brito, 2012).

A crise na saúde mental necessita de um atendimento mais humanizado, visando olhar mais integral sobre o sujeito, para aqueles usuários com transtorno grave ou para aqueles que atravessam alguma experiência aguda de sofrimento psíquico. Mesmo aqueles que não tenham um histórico pregresso de crise, trazem consigo não só as expectativas vindas da sociedade de padrões de comportamento e conduta adequada mas, também a produção de um enorme e significativo sofrimento. É preciso que a experiência de crise seja pensada e analisada com cuidado, por todos que a compartilham.

A problematização do atendimento e cuidado a crise, não é uma tarefa fácil de ser reconhecida e fica fragilizada quando há a burocratização do cuidado através das instituições que delimitam e ditam as “normas” a serem cumpridas.

Percebe-se a importância da relação que deve ser estabelecida entre a equipe profissional e o paciente, por isso certos aspectos do gerenciamento de crises são essenciais para o cuidado adequado, como a postura dos profissionais de saúde mental, a ênfase no assunto, o caráter terapêutico do Ouvir, combinando-os é uma atitude extremamente importante, que faz uma grande diferença durante o período de atendimento (Ferigato; Campos; Ballarin; 2007).

A flexibilização na construção de respostas nos atendimentos a crise, a pausa temporal como recurso simbólico, necessária para a retomada do fio narrativo ante a temporalidade da pressa e o acolhimento já atrelado a dimensão da clínica, sendo classificado ao não em caráter de urgência,

fomentam a necessidade de repensar as práticas de cuidado em serviço. O caso pensamento descrito acima aponta dificuldades e barreiras dentro dos serviços de saúde no acolhimento e intervenção a crise e deixa claro que o atendimento a crise escancara uma crise de atendimento.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

BONFADA D.; GUIMARÃES, J.; BRITO A. A. C. Concepções de profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel quanto à urgência psiquiátrica. Rev Rene, Fortaleza, v. 13, n. 2, 2012

DASSOLER, V. A; PALOMBINI, A. L. Atenção à crise na contemporaneidade: desafios à reforma psiquiátrica brasileira. Saúde em Debate, [S.L.], v. 44, n. 3, p. 278-291, out. 2020. UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042020e323>.

DELEUZE, G. (1996). Meu próximo livro vai chamar-se Grandeza de Marx. Depoimento a Didier Eribon. Cadernos de subjetividade: Gilles Deleuze, 4(especial), pg. 26-30

FERIGATO, S. H; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. (2007). O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. Revista de Psicologia da UNESP, 6(1), 31-44.

LIMA, S.S., TEIXEIRA R.M., PINHEIRO, C.M. O conceito de Crise na clínica para usuário de álcool e outras drogas: ampliando reflexões. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 275-281, abr/jun. 2012

MACHADO, Graziela S. O trabalho do Serviço Social nos CAPS Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 8 n. 2, p. 241-254, jul./dez. 2009.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.