



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

ATENÇÃO ÀS PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICAS: UMA EXPERIÊNCIA
EM UM CAPS III DE CURITIBA
Mariana Cardoso Puchivailo

Brasília
2018



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

ATENÇÃO ÀS PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICAS: UMA EXPERIÊNCIA
EM UM CAPS III DE CURITIBA

Mariana Cardoso Puchivailo

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura no Instituto de Psicologia como parte dos requisitos exigidos para obtenção do grau de Doutora em Psicologia Clínica.

Orientador Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

Co-orientador Prof. Dr. Adriano Furtado Holanda

Brasília

2018

ATENÇÃO ÀS PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICAS: UMA EXPERIÊNCIA
EM UM CAPS III DE CURITIBA

Banca Examinadora

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa (Presidente – PsiCC/PCL/IP/UnB)

Prof. Dr. Nilton Júlio de Faria (Membro Titular – PUC Campinas)

Prof^a. Dr^a. Tânia Inessa Martins de Resende (Membro Titular – UniCEUB)

Prof^a. Dr^a. Edeilce Aparecida Silva Buzar (Membro Titular – FE/UnB)

Prof^a. Dr^a. Maria Inês Gandolfo Conceição (Membro Suplente– PsiCC/PCL/IP/UnB)

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Ileno, pelo apoio e parceria em busca de um sonho em comum, o de buscar uma atenção às pessoas em crise do tipo psicótica e seus familiares mais qualificada e respeitosa. Muito obrigada.

Ao meu co-orientador Adriano, por todo carinho, calma, dedicação e generosidade. Obrigada pelas provocações, indagações, problematizações, por me fazer pensar e melhorar sempre. Esse projeto também começou com nosso grupo de estudo em saúde mental, com o Labfeno, com o compartilhamento desse interesse por um pensar fenomenológico dentro da Saúde Mental.

Aos professores membros da minha banca, Prof. Dr. Nilton Júlio de Faria, Prof^a. Dr^a. Tânia Inessa Martins de Resende, Prof^a. Dr^a. Edeilce Aparecida Silva Buzar, pelo acolhimento e contribuições para meu desenvolvimento profissional.

À equipe do CAPS pela acolhida e disponibilidade para contribuir com meu estudo. Especial agradecimento aos psicólogos que acompanharam a pesquisa desde o começo. Obrigada pelo esforço, por acreditarem no projeto e dedicarem seu precioso tempo a esta pesquisa.

Às famílias e pessoas em primeiras crises que participaram da pesquisa. Obrigada pela confiança, por abrirem suas vidas em um momento tão difícil. Agradeço por me permitirem compartilhar suas histórias, suas lutas e conquistas. Tenho profunda admiração e carinho por todos vocês e desejo a vocês o melhor que a vida pode oferecer.

Ao meu marido Anibal, pelo companheirismo e parceria em minha vida. Você sempre apoiou meus sonhos sem pestanejar, obrigada.

Aos meus pais Wilson e Júlia pelo amor, dedicação e carinho incondicional. Foi me amando que vocês me ensinaram a amar, sem amor o trabalho na saúde mental é impossível.

A meu irmão Ricardo, pela torcida, pelas risadas, pelas dicas ortográficas, acima de tudo pela amizade e a certeza que ela nunca vai acabar.

Aos meus amigos e família pela compreensão pelas ausências nos últimos tempos. O processo

de construção de uma tese não é um sacrifício para apenas aquele que a escreve...

Às amigas, especialmente, Amanda, Cintia, Maristela, Carol, Lilian, Carina e Paula pelo apoio, cumplicidade e ajuda em momentos felizes ou difíceis, de preocupação ou comemoração. Amigas de todos os momentos.

À Cris e a Hay pelo apoio, amizade e ensinamentos; tenho profunda admiração pelo trabalho de vocês, as duas são eternas inspirações para meu trabalho com primeiras crises.

Ao Labfeno pelas ricas contribuições, amizade e apoio. Tenho muito orgulho do ambiente que conseguimos construir, de parceria, em que é possível errar sem receio, pensar e crescer juntos.

Aos pequizeiros, alunos e colegas, que compartilham comigo essa construção de uma atenção às primeiras crises em Curitiba. Obrigada pela dedicação.

À Nicole pelas conversas a caminho do CAPS, pelo apoio na pesquisa, pela escuta atenciosa nos momentos difíceis, e pelas trocas de ideias. A primeira e mais dedicada pequizeira.

Às amigas professoras da FAE, pelo acolhimento de sempre nos desafios da vida acadêmica, pelo apoio e torcida. Obrigada por possibilitarem um ambiente e uma equipe tão agradável de se trabalhar.

A todos que me marcaram nesse caminhar dentro da saúde mental, desde professores, profissionais, amigos, colegas e grupos inspiradores, mas acima de todos, a meus “pacientes”, que me ensinam todos os dias sobre o que é viver.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas.....	viii
Lista de Siglas	ix
Resumo.....	12
Abstract.....	13
INTRODUÇÃO.....	14
1. ATENÇÃO ÀS PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICAS.....	22
1.1 Atenção à crise no Brasil.....	27
1.2 Atenção às primeiras crises psicóticas.....	30
1.2.1 GIPSI – Grupo de Intervenção Precoce às Primeiras Crises do Tipo Psicóticas.....	35
1.3 Problematizações a respeito da atenção às primeiras crises psicóticas.....	39
1.4 Delimitação do objeto da pesquisa: Atenção às primeiras crises do tipo psicóticas.....	41
2. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA EM CAMPO: DESENVOLVENDO UMA PROPOSTA DE ATENÇÃO ÀS PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICAS EM UM CAPS III DE CURITIBA.....	44
2.1 De onde partimos: fenomenologia como epistemologia.....	44
2.1.1 Contribuições da fenomenologia para a atenção à saúde mental.....	52
2.2 Metodologia da pesquisa.....	58
2.3 Descrição da proposta de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas.....	62
2.3.1 Os participantes da pesquisa em primeiras crises do tipo psicóticas.....	67
2.3.2 Que tipo de atenção às primeiras crises foi realizada nesses casos?.....	77
2.3.2.1 Acolhimento e compreensão do sujeito, da família e da crise.....	77
2.3.2.2 Encontro familiar.....	79
2.3.2.3 Encontros individuais.....	86
2.3.2.4 Outros acompanhamentos.....	88
2.3.2.5 Conversas com a equipe.....	91
2.3.3 A experiência de participação na pesquisa dos familiares e do sujeito em crise	92
2.3.3.1 Impactos nas relações familiares.....	92
2.3.3.2 Impactos na pessoa em primeira crise do tipo psicótica.....	95
2.3.3.3 Mudanças na compreensão sobre a crise.....	98
2.3.3.4 Questionamentos a respeito da proposta de atenção e do CAPS.....	100
2.3.4 Como estão os casos atualmente.....	103
3. PROBLEMATIZAÇÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE CAMPO.....	105
3.1 Existe atenção às primeiras crises no CAPS?	105

3.1.1 Qual a porta de entrada das primeiras crises?.....	108
3.1.2 Manejo de situações de crise no CAPS.....	109
3.1.3 Quem trabalhava no CAPS tinha experiência ou interesse no campo da saúde mental? Isso interfere no manejo das primeiras crises?.....	111
3.2 Demonstração de interesse pelos encontros familiares.....	112
3.3 Há muita demanda de trabalho para os profissionais.....	114
3.3.1 Quais casos “ganham mais atenção”?.....	115
3.4 Dificuldade em trazer a família para a participação nos encontros familiares.....	116
3.5 Reflexões sobre a cultura da centralidade no indivíduo, tutelação e o modelo biomédico.....	118
3.6 Experiência de crise considerada apenas como sintoma: o que perdemos com isso?.....	122
3.7 Os profissionais discorrem sobre a pesquisa	123
3.8 É possível uma atenção às primeiras crises no CAPS III?.....	128
4. POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES PARA A ATENÇÃO ÀS PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICAS.....	134
4.1 Foco a partir do sujeito e não na doença.....	135
4.2 Colocar os preconceitos e pressupostos anteriores em suspensão.....	136
4.3 Reflexão crítica.....	137
4.4 Postura compreensiva.....	140
4.5 Acompanhar e não tutelar.....	141
4.6 A crise não é só do sujeito.....	143
4.7 Falar de crise é falar de vida.....	145
4.8 O sintoma tem sentidos.....	147
4.9 Não filiação a nenhuma abordagem psicológica ou ideológica.....	150
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	152
Referências.....	161
Anexos.....	170

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Componentes centrais da intervenção precoce.....30

LISTA DE SIGLAS

- ASAS - Avaliação e Acompanhamento de Adolescentes e Jovens Adultos
- CAEP – Centro de Atendimento Estudos Psicológicos da UnB
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- FEAES - Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba
- GIPSI – Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicóticas
- PTS – Projeto Terapêutico Singular
- RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
- RUE - Rede de Urgência e Emergência
- SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TR – Terapeuta de Referência
- UPA – Unidade de Pronto Atendimento
- UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer consubstanciado do CEP-FS/UnB	170
ANEXO 2 – Parecer consubstanciado do CEP-SMS	178
ANEXO 3 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido da pessoa em primeira crise do tipo psicótica.....	181
ANEXO 4 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido do profissional	183
ANEXO 5 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido dos familiares	185

RESUMO

A atenção ao momento de crise é um dos temas mais polêmicos, difíceis e desafiadores do processo de Desinstitucionalização, por isso deve ser constante e cuidadosamente abordada, discutida e refletida. O tema das primeiras crises ainda é pouco abordado, com poucas pesquisas na área ou grupos de intervenção especializados nesse tipo de atendimento. No entanto, as primeiras crises têm especificidades que devem ser levadas em conta e, quando há uma preocupação em adequar a atenção frente a estas diferenças, obtemos melhores resultados. O recorte desta pesquisa está em um tipo de primeira crise, as do tipo psicóticas, que são caracterizadas como os primeiros momentos de crises intensas, que muitas vezes são diagnosticadas como psicoses pela forma de suas expressões, mas não são denominadas de psicoses a priori nesta pesquisa, pois entendemos serem antes tentativas de organização de vivências que dizem da relação entre sujeito e mundo, e como tal, parte da vida. Nossa pesquisa tem como objetivo problematizar a atenção às primeiras crises do tipo psicóticas, a partir de uma experiência em um CAPS III (Centro de Atenção Psicossocial) de Curitiba, Paraná, Brasil. Para isso, realizamos uma pesquisa de campo de abordagem qualitativa, que utilizou como ferramenta de coleta de dados o diário de campo e entrevistas realizadas com o sujeito em crise, seus familiares e os profissionais envolvidos na pesquisa. O processamento e a análise desses dados foram feitos por meio do método empírico-fenomenológico de Amedeo Giorgi. A fenomenologia é utilizada enquanto recurso epistêmico que fundamentou a construção da proposta de atenção às primeiras crises e permeou toda a concepção e realização desta pesquisa. Foram acompanhados cinco casos, que serão utilizados como suporte às reflexões sobre a atenção às primeiras crises realizadas. A partir da análise dessa experiência, levantamos algumas problematizações e reflexões a respeito da saúde mental e da atenção às primeiras crises, buscando trazer possíveis contribuições para este campo.

Palavras-chave: Primeiras crises, Saúde Mental, CAPS, Fenomenologia.

ABSTRACT

The care of the moment of crisis is one of the most controversial, difficult and challenging issues of the Deinstitutionalization process, so it must be constantly and carefully addressed, discussed and reflected on. The theme of the first crises is still little addressed - with few research in the area or intervention groups specialized in this type of care. However, the first crises have specificities that must be taken into account, and when there is a concern to adjust attention to these differences we have better results. The delimitation of this research is a type of first crisis, psychotic type, which are characterized as the first moments of intense crises, which are often diagnosed as psychoses by the form of their expressions, but are not considered psychoses in this research, since we understand that they are rather attempts to organize experiences of the relation between subject and world, and as such, part of life. Our research aims to problematize attention to the first crises of the psychotic type, from an experience in a CAPS III (Center of Psicosocial Attention) of Curitiba, Paraná, Brazil. In order to do this, we conducted a field research with a qualitative approach, which used as a data collection tool the field diary and interviews with the subject in crisis, their families and the professionals involved in the research. The processing and analysis of these data were done through the empirical-phenomenological method of Amedeo Giorgi. Phenomenology is used as an epistemic resource that founded the construction of the proposal of attention to the first crises and permeated the whole conception and accomplishment of this research. Five cases were followed, and will be used to support the reflections on the attention to the first crises. From the analysis of this experience we raise some problematizations and reflections regarding mental health and attention to the first crises in order to bring possible contributions to this field.

Key words: First crises, Mental Health, CAPS, Phenomenology.

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa começou a ser gestada a partir do interesse pelo campo da saúde mental. Penso que esta trajetória tenha começado em meu estágio de último ano do curso de graduação em Musicoterapia, em 2008. Este estágio foi realizado em um hospital psiquiátrico de Curitiba. Nesse local eu era literalmente trancada junto com as pessoas lá internadas em um pátio com cerca de 70 homens, a ala masculina. Inicialmente senti medo, que aos poucos foi se transformando em um sentimento de desafio e empolgação. Foi um mergulho no mundo das crises, mas especialmente um mergulho no mundo das pessoas. Conheci lá pessoas maravilhosas que tenho muito carinho até hoje, mesmo não sabendo qual foi o destino de muitas delas.

Iniciei um trabalho com os “asilares” (pessoas que viviam no hospital psiquiátrico há décadas). Um trabalho que exigia criatividade, paciência, atenção ao que cada olhar ou gesto poderiam estar indicando. “Ele quer minha aproximação? Ou será que me aproximei demais? Esta música que eu toco faz sentido para ele?” Isso porque a maioria desses senhores não falava mais, e tinham pouquíssimo contato humano, apesar de estarem cercados por 70 homens, além dos profissionais, todos os dias. A contradição da convivência humana, podemos estar cercados de pessoas, mas não ter contato com nenhuma, era o caso deles. Minha aproximação teve que ser esculpida à maneira e às necessidades de cada um, e aos poucos fui ganhando sua confiança e um espaço em suas vidas.

Eu me apaixonei por cada um deles. Muitos dos profissionais que trabalhavam lá não encaravam isso de uma forma positiva. Senti muita raiva pelos maus-tratos e pelas condições “de vida” que eram ofertadas, mesmo que parecesse “normal” a quase todos. Eles viviam deitados na grama, ou andando pelo pátio, muitas vezes descalços e com pouca roupa (mesmo no inverno de Curitiba) dentes malcuidados, doenças de pele, corpo malcuidado. Chorei de emoção com eles, mesmo que fosse malvisto chorar na frente “dos pacientes”. Compus músicas pela primeira vez na vida. Músicas feitas para eles ou sobre eles. Músicas que me ajudavam a lidar com a dor e alegria de estar ao lado deles. Foi um estágio que amei e odiei, pela instituição. Jurei nunca mais trabalhar em um hospital psiquiátrico. Ao final do estágio um desses senhores faleceu, por maus-tratos. No dia que recebi a notícia, escrevi uma música. Talvez nesse momento é que decidi que pegaria meu amor, minha dor, e criaria, construiria, escreveria. A partir de então todas minhas produções

acadêmicas e minhas práticas profissionais estão no contexto da saúde mental; são dedicadas a eles.

Quando conheci o grupo GIPSI, *Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicóticas*, da Universidade de Brasília, vi ali a possibilidade de uma atenção à saúde mental diferenciada, de qualidade. Durante o mestrado (por 2 meses) e o doutorado (por 5 meses) acompanhei o grupo em Brasília, conhecendo-o, aprendendo sobre atenção às primeiras crises. Esse contato possibilitou uma abertura no olhar para os potenciais de atendimento à saúde mental; influenciou diretamente a pesquisa aqui apresentada. A partir daí entendi que seria importante ampliar essa possibilidade de atendimento das primeiras crises para além de Brasília.

Segundo Jardim e Dimenstein (2007), a atenção ao momento de crise é um dos temas mais polêmicos, difíceis e desafiadores do processo de Desinstitucionalização, por isso deve ser constante e cuidadosamente abordada, discutida e refletida. Para as autoras, os serviços de urgência são os observatórios do sistema de saúde, já que ajudam a compreender como se atende a crise e a analisar os processos de Reforma Psiquiátrica. Caso se necessite, nas crises, de internações prolongadas em hospitais psiquiátricos ou que se tenha a contensão física ou química, como estratégia principal dessa atenção, estes são sinais de que a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) não está dando conta da atenção integral à Saúde Mental.

Para as autoras essa rigidez dos procedimentos de atendimento à crise não apenas dificulta, bem como determina a emergência das crises. O movimento de ciranda, de crise-supressão-crise (porta giratória), que vemos muitas vezes na rede de saúde mental, é encadeado pelas formas de cuidado que estão sendo oferecidos aos indivíduos em sofrimento, e principalmente a uma dificuldade na atenção à crise. Costa (2013) defende a necessidade de se caminhar em direção a modelos operativos de atenção à crise mais complexos e mais aperfeiçoados.

A pesquisa de Kondo, Vilella, Borba, Paes e Maftum (2011) realizada em um centro Municipal de Urgências Médicas de Curitiba demonstrou, através do relato de enfermeiros, a dificuldade e despreparo desses profissionais na abordagem ao paciente. No contato com os serviços e com as pesquisas sobre atenção à crise, podemos verificar que a dificuldade e o despreparo não pertencem a uma só classe de profissionais, mas a todas, nos alertando para a necessidade de educação permanente sobre novos serviços e adaptações dos existentes.

O tema central desta pesquisa é a atenção às primeiras crises do tipo psicóticas. O que acontece com as pessoas que entram em crise pela primeira vez, para onde elas vão? Como elas

são atendidas? Após a primeira crise a pessoa sempre terá crises, utilizará medicamentos por toda a vida? Isso depende do tipo de crise que o sujeito passa? As crises psicóticas são mais graves? Tem piores prognósticos?

O tema das primeiras crises ainda é pouco abordado. Temos poucas pesquisas na área, poucos grupos de intervenção e de pesquisa especializados nesse tipo de atendimento ou grupos de pesquisas focados nessa temática. Mas será que precisamos abordar essa temática? É importante diferenciar a atenção às primeiras crises da atenção prestada a sujeito com o histórico de muitas crises ao longo de sua vida? Ao longo desta tese mostraremos que sim, as primeiras crises têm especificidades que devem ser levadas em conta, e quando há uma preocupação em adequar a atenção frente a estas diferenças temos melhores resultados.

Escolhemos então nesta pesquisa nos voltarmos ao atendimento à crise, com o recorte na atenção às primeiras crises do tipo psicóticas. Estas são caracterizadas como os primeiros momentos de crises intensas que muitas vezes são diagnosticadas como psicoses pela forma de suas expressões. Costa (2017) define as primeiras crises do tipo psicóticas como:

[...] substratos fenomênicos da manifestação da experiência chamada psicose, porém pensando-as como um dos paradigmas da constituição humana [...] primeiras manifestações de sofrimento psíquico intenso [que] não serão denominadas de psicoses a priori, posto que as manifestações prodrômicas de tais crises/experiências são antes uma tentativa de organização de sofrimentos sentidos, experimentados, vividos, intensificados no indivíduo e nas suas relações, portanto em sua condição existencial. (p.65)

A partir de Costa, pontuamos a importância de compreender o momento de crise como uma situação que faz parte do próprio viver humano. Todos temos crises, todos teremos crises ao longo da vida. Porém algumas vezes precisamos de auxílio no enfrentamento desses momentos. Há também casos em que as características da crise acionam, no sistema de atenção à saúde mental e no entorno da pessoa em crise, uma maior preocupação. Este é o caso das crises do tipo psicóticas que geralmente recebem diagnósticos e prognósticos bastante negativos que impactam a vida social do sujeito de forma abrupta através de estigmatizações. O que demonstra a importância de

um acompanhamento precoce nesses casos, já que sua vulnerabilidade social se apresenta de forma mais preocupante.

Nossa pesquisa tem como objetivo problematizar a atenção às primeiras crises do tipo psicóticas, a partir de uma experiência em um CAPS III de Curitiba. Para isso nossos objetivos específicos são:

- Descrever, a partir dos documentos oficiais disponíveis, as atuais formas de atenção à crise no Brasil e a atenção à crise em Curitiba.
- Delimitar o que são primeiras crises do tipo psicóticas em suas especificidades e descrever grupos que pesquisam e oferecem atendimento a esse público no Brasil.
- Descrever a construção da proposta de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas realizada em um CAPS III de Curitiba.
- Problematizar questões referentes à saúde mental e atenção às primeiras crises a partir da experiência de campo realizada.
- Apresentar contribuições para a atenção às primeiras crises do tipo psicóticas.

Esta pesquisa está vinculada ao *Laboratório de Fenomenologia e Subjetividade* da UFPR, ao *Grupo de Intervenção Precoce nas primeiras crises do tipo psicóticas (GIPSI)* da UnB, ao Grupo de Pesquisa - *Estudos Fenomenológicos em Primeiras Crises do Tipo Psicóticas* e ao *Grupo de extensão e acolhimento de primeiras crises do tipo psicóticas (PEQUI)*, os dois últimos da FAE Centro Universitário, ambos coordenados por mim.

Esta tese é dividida em quatro capítulos. O primeiro propõe descrever, a partir dos documentos oficiais disponíveis, as atuais formas de atenção à crise no Brasil e a especificidade da atenção à crise em Curitiba. Caracterizamos as primeiras crises do tipo psicóticas e a especificidade de seu atendimento. Apresentamos alguns principais grupos de pesquisa e de atenção às primeiras crises no Brasil.

O segundo capítulo realiza uma descrição da forma como a proposta de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas foi construída em um CAPS III de Curitiba. Inicia com a apresentação da fenomenologia enquanto recurso epistêmico que fundamentou a construção da proposta de atenção às primeiras crises e permeou toda a concepção e realização desta pesquisa. Partimos da concepção de Husserl da fenomenologia. Trazemos como exemplo algumas repercussões do uso da fenomenologia no campo da saúde mental e da psicopatologia através de Jaspers, Laing e Basaglia.

Neste capítulo também é descrita a metodologia desta pesquisa que consiste num estudo qualitativo realizado a partir de uma experiência de campo. Os instrumentos de coleta de dados foram: observação, anotações em um diário de campo, entrevistas com profissionais, familiares e pessoas em situação de crise do tipo psicótica. (Minayo, 1993). O registro das observações foi realizado em um diário de campo e as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas. O processamento e análise desses dados foi feita através do método empírico-fenomenológico de Amedeo Giorgi (2000).

Apresentamos também os participantes da pesquisa em uma breve descrição dos cinco casos acompanhados para que, ao longo das descrições e reflexões realizadas a respeito da atenção às primeiras crises o leitor possa se situar contextualmente. Descrevemos o tipo de atenção ofertado nesses casos: acolhimento e compreensão do sujeito, da família e da crise; encontros familiares; encontros individuais; outros acompanhamentos (grupos terapêuticos, trabalho, estudo, entre outros); conversas com a equipe. Finalizamos o capítulo com relatos dos sujeitos em crise e de suas famílias a respeito da experiência de participação no processo de atenção às primeiras crises.

O terceiro capítulo desenvolve algumas problematizações e reflexões a respeito da saúde mental e da atenção às primeiras crises a partir da análise da experiência de campo. Iniciamos comentando sobre o tipo de atenção à crise e às primeiras crises que observamos no CAPS. Percebemos que não existia uma especificidade na atenção às primeiras crises, apesar delas estarem presentes no CAPS. Também notamos uma cultura de individualização e tutela da atenção, cujo enfoque estava no cuidado centralizado apenas no indivíduo, e a terapêutica principal era a medicação. A experiência de crise era reduzida a expressões sintomáticas de uma doença, que era só do indivíduo, e portanto, era somente ele que deveria ser “tratado”. Lógica baseada em um modelo biomédico, com pouca presença da família e da comunidade no tratamento.

Havia uma dificuldade tanto de chamar as famílias que não estavam acostumadas a participarem dos processos terapêuticos, quanto dos próprios profissionais que sentiam que o cuidado não deveria ser compartilhado, que era esperado deles a responsabilidade total sobre os casos. Nessa tomada de toda a responsabilidade sobre os casos, muitas vezes se realizava um cuidado tutelado, retirando a autonomia do sujeito sobre sua própria vida, o que resultava na subutilização de recursos em potencial do sujeito, da sua família e sua comunidade, além de sobrecarregar o profissional, que já se sentia assoberbado por demandas demais. Os profissionais

reclamavam muito em relação a uma sobrecarga de trabalho. Devido a isso nem todos os casos ganhavam a atenção necessária, muitas vezes os casos de primeiras crises se encontravam nesse grupo de casos que são menos acompanhados e discutidos. A experiência de crise considerada apenas como sintoma, como consequência de comportamentos, de falas, dentre outras expressões do sujeito, acabava não sendo compreendida em profundidade. Ao final do capítulo apontamos alguns temas trazidos pelos profissionais a respeito da atenção às primeiras crises.

O quarto capítulo traz possíveis contribuições para a atenção às primeiras crises do tipo psicóticas a partir da experiência no CAPS e da análise realizada na pesquisa. São pontos básicos que não estão vinculados a nenhuma abordagem psicológica específica, nem mesmo a somente uma área de atuação no campo da saúde mental. Estes pontos foram elencados para que pudessem ser realizados por qualquer profissional que trabalhe no contexto da saúde mental. São fundamentos que estavam presentes em nossa proposta de atenção como partes essenciais. Eles estão intimamente articulados com a fundamentação da fenomenologia presente neste trabalho, mas que ao serem trazidos para uma articulação com a prática dentro do contexto da saúde mental se tornam acessíveis a qualquer profissional, mesmo que não tenham tido nenhum contato com a fenomenologia. Os fundamentos elencados são: a crise não é só do sujeito; colocar o conhecimento e pressupostos anteriores em suspensão; postura reflexiva e crítica; postura compreensiva; foco a partir do sujeito e não da doença; acompanhar e não tutelar; falar de crise é falar de vida; o sintoma tem sentidos; não filiação a nenhuma abordagem psicológica ou ideologia.

Primeiramente é importante que o foco esteja na compreensão da pessoa que se encontra a nossa frente, em suas vivências e sentidos, em sua vida e suas relações, não permitir que nosso foco esteja apenas na doença, na investigação de possíveis sintomas. Para isso é necessário que coloquemos nossas teorias e experiências prévias em suspensão, temporariamente “entre parênteses”, para que possamos encontrar com aquele sujeito e sua família de forma aberta, sem pressupostos atravessando e atravessado nosso olhar e compreensão. Essa reflexão crítica sobre nossos saberes e fazeres deve ser uma ação permanente, sempre nos perguntando o que nos leva a propor uma ação, a fazer uma pergunta, a agir de tal forma a sentir o que sentimos pelo sujeito e sua família. O que conduz nossas ações? Serão essas as melhores possibilidades para este sujeito e sua família?

A postura nesses casos é compreensiva acima de tudo, e não explicativa. Não estamos lá para explicar o porquê o sujeito está vivenciando aquela crise, mas para compreender aquela crise

junto com o sujeito contextualizada de forma ampla em sua vida, e não descolada desta. “O sintoma tem sentido”, as expressões do sujeito em crise, que muito comumente intitulamos impulsivamente e sem muita reflexão de sintomas, estão entrelaçadas a uma vida plena de sentidos. As expressões do momento de crise dizem dessa vida, das relações do sujeito, de suas preocupações e desejos. Essa busca pela compreensão dos sentidos da crise e da vida do sujeito deve ser sustentada pelo profissional muitas vezes; é comum que a família entenda aquelas expressões apenas como sintomas esvaziados de sentido. Ajudar também o sujeito a compreender sua vivência, muitas vezes ele também se encontra perdido em suas ideias e sentimentos.

Essa postura propicia o cuidado e acompanhamento, em detrimento da tutela, não sou eu que sou o detentor do conhecimento sobre a vida do sujeito e o que é o melhor para ele, este é um processo construído em conjunto, através da escuta de muitas vozes. Não só do sujeito, nem só da família, nem só do profissional. A crise não é só do sujeito, assim, a atenção proposta não deve englobar apenas este, ou deixar a família em último plano, apenas como um acessório ao tratamento. A crise diz de relações, então é preciso estar atento as pessoas mais próximas, especialmente a família, para compreender a crise. É importante cuidar e auxiliar essa família a compreender que também está implicada nesse momento de crise, e que talvez também precise compreender suas formas de relações, suas atitudes um com o outro, e pensar nas melhores formas de lidar com o momento de crise. Aqui entendemos que um cuidado compartilhado, pode ser mais trabalhoso inicialmente, como aponta a fala de alguns profissionais, mas essencial para uma atenção às primeiras crises, e um desafogamento das demandas do CAPS a longo prazo, quando o sujeito tem mais de um lugar e uma pessoa a quem recorrer a demanda se torna mais escassa para o serviço. A crise é da vida, deve ser cuidada na vida, no contexto do sujeito, em sua comunidade, com o recurso de suas relações. Isso não quer dizer prescindir de qualquer auxílio profissional, já vimos que a atenção precoce às primeiras crises é importante, mas que cada vez mais esse cuidado possa ser dado pela própria comunidade e o CAPS ou qualquer outro serviço do SUS ou SUAS se torne o local secundário desse cuidado.

É importante em prol da possibilidade de diálogo e troca com diferentes profissionais que a atenção às primeiras crises não esteja filiada a uma só abordagem psicológica ou a qualquer teoria de forma dogmática, irreflexiva, de forma a se entender que aquela teoria dará conta de todo o fenômeno das primeiras crises. Nenhuma teoria consegue explicar a totalidade do que é viver,

do que é morrer, do que é amar, do que é sofrer. Certamente não dará conta de explicar a complexa vivência das primeiras crises do tipo psicóticas.

Esperamos que ao longo desta tese o leitor possa conhecer um pouco mais sobre a atenção às primeiras crises do tipo psicóticas e refletir sobre questões referentes a saúde mental como um todo. Almejamos trazer contribuições a este campo de estudo, que a nosso ver precisa ser mais divulgado e discutido.

1. ATENÇÃO ÀS PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICAS

Quando falamos em crises, podemos nos reportar a múltiplas situações: crise econômica, crise da meia idade, país em crise, família em crise. A palavra *crise* possui diversos significados e é utilizada para nomear um espectro amplo de fenômenos; não há um consenso do que se chame de crise. Abordamos neste trabalho crises em saúde mental, para isso delimitamos alguns pontos sobre a crise para que possamos nos direcionar ao principal tema de interesse desta pesquisa, que é a atenção às primeiras crises do tipo psicóticas.

A partir de Foucault (1961/1978) podemos conceber que certas representações do que seria a crise foram sendo delimitadas ao longo da história. No século XIX surge a ligação entre crise e a “doença mental”. Neste caso, a representação da crise toma um viés negativo, é considerado apenas enquanto uma doença que prejudica a vida do indivíduo (Campos, 2001). A crise, a partir do surgimento da psiquiatria, é considerada um momento de “agudização” da sintomatologia psiquiátrica, indicando a “ruptura” de uma doença mental ou o agravamento de uma doença já cronicada. A crise é considerada sob esse viés como uma ruptura aguda na homeostase ou integridade física do organismo. O objetivo da ação psiquiátrica é então, diante desta compreensão, o de retomar a homeostase o mais rápido possível (Barreto, 2004).

Mas essa compreensão que inicia na psiquiatria durante o século XIX, tem suas raízes no século XVIII. Foucault afirma que com a Medicina Moderna, a partir do final do século XVIII, há uma substituição da lógica botânica¹, observacional e classificatória das doenças, para um modelo “gramatical” da análise dos signos. Neste há uma busca pelo sentido trazido pelo sinal (sintoma) a partir de uma lógica pré-estabelecida pelo médico, o que requer um controle da observação (através do ambiente do hospital, por exemplo). É o médico que possui o poder de desvendar os signos, e sua atuação não mais é realizada em seu ambiente natural; o doente precisa ir até o hospital para ser avaliado e tratado, e não se tem mais acesso direto ao ambiente do sujeito.

Laplantine (1986/1991) identifica diversos modelos etiológicos das doenças, presentes em diferentes momentos históricos, no campo científico e fora dele. Inicialmente delimitam-se dois

¹ Laplantine (1986/1991) refere-se ao modelo botânico de classificação de doenças como aquele que cataloga as propriedades “essenciais” de cada doença, divididas em famílias, gênero e espécies.

modelos representacionais principais: um ontológico e um relacional (ou funcional). O modelo ontológico está centrado na doença (seu objeto de estudo), geralmente com um enfoque no corpo ou numa parte deste, e como exemplos, temos a medicina clássica e a medicina moderna.

Este modelo é fundamentado pelo padrão de construção da ciência natural. A ciência natural empírica aos poucos se modificou ao longo do século XVIII, ganhando uma caracterização mais experimental e se afastou cada vez mais de teorias abstratas, o que culminou na clínica médica anátomo-patológica² do século XIX, típica da Medicina Moderna. As autópsias e dissecação de corpos se tornam instrumentos fundamentais da medicina, que encontra no corpo seu ponto de garantia de cientificidade. Expressão dessa transformação, temos a substituição da pergunta do médico: “O que é que você tem?”, por onde começava, no século XVIII, o diálogo entre o médico e o doente, com sua gramática e seu estilo próprios, por esta outra em que reconhecemos o jogo da clínica e o princípio de todo seu discurso: ‘onde lhe dói?’” (Foucault, 1963/1973, p. XVIII). Essa modificação exprime a transformação do diálogo médico-paciente pautado na modificação do olhar, que agora compartimentaliza e localiza no corpo (por meio de signos e sintomas), desvelando as relações entre tecidos e órgãos, cuja consequência de formas patológicas ou não de funcionamento são observáveis.

O espaço da experiência parece identificar-se com o domínio do olhar atento, da vigilância empírica aberta apenas a evidência dos conteúdos visíveis. O olho torna-se o depositário e a fonte da clareza; tem o poder de trazer à luz uma verdade que ele só recebe à medida que lhe deu à luz abrindo-se, abre a verdade de uma primeira abertura: flexão que marca, a partir do mundo da clareza clássica, a passagem do ‘Iluminismo’ para o século XIX (Foucault, 1963/1973, p.XI-XII).

O que se destaca desta fala de Foucault é o impacto do modelo de construção de conhecimento das Ciências Naturais na forma do médico compreender e observar o fenômeno estudado. A forma de construção de conhecimento e representação da doença impacta o fazer prático. Há uma vigilância apenas para aspectos aceitos como evidência visível. Através dos

² O método anátomo-patológico consiste em reconhecer patologias através não somente através das alterações morfológicas ou estruturais, mas também através das alterações funcionais. (Laplantine, 1986/1991)

estudos anátomo-patológicos, a construção da ideia do patológico foi desenvolvida na comparação entre os órgãos de funcionamento “normal” e os órgãos de funcionamento “alterado”. Assim também se deu com as psicopatologias, que utilizavam da mesma comparação mecânica, construída em torno de agentes externos, lesões ou disfunções orgânicas. O cérebro, então, se torna o local das disfunções orgânicas (Foucault, 1954/1968). Quanto mais se voltava ao corpo a ideia de causalidade da doença, mais individualizados os estudos, as observações e as ações.

O segundo modelo descrito por Laplantine (1986/1991), o modelo relacional ou funcional, é centrado na pessoa doente. Entende-se a doença não como uma “entidade estranha”, mas como um desequilíbrio causado por um excesso ou uma falta. Um desequilíbrio do sujeito com ele mesmo (psicológico) ou com o corpo (fisiológico). “Desta vez, a opção etiológica é tanto em um caso quanto no outro, decididamente *funcional* e não mais lesional, *monista* e não mais dualista, *quantitativa* e não mais qualitativa. A doença como alteridade é substituída pela doença como *alteração*” (Laplantine, 1986/1991, p. 59); a concepção funcional ainda permanece tão substancialista³ e naturalista quanto a concepção lesional, carregando a mesma lógica naturalista. Este modelo persiste desde a medicina humoral de Hipócrates, desembocando na fisiopatologia do século XVII e na psicanálise no século XIX. Neste modelo, passa-se a entender a doença não como um agente patogênico que deve ser destruído ou extirpado, mas enquanto um processo de reação. Há também nesse modelo um olhar não “geográfico” à etiologia, e sim “histórico”, voltado para a compreensão da história do sujeito doente e a função da doença (Laplantine, 1986/1991).

Podemos notar que tanto o modelo ontológico quanto o funcional enfatizam um *indivíduo*, considerando-o um objeto a ser estudado e explicado pelo terapeuta, médico ou pesquisador. Podemos relacionar o modelo etiológico funcionalista com as concepções psicodinâmicas do final do século XIX. Neste período, a concepção organicista materialista é complementada pela concepção psicodinâmica mentalista (Laplantine, 1986/1991). A partir de Charcot, Breuer, Freud, dentre outros, busca-se uma causa secundária aos eventos psicopatológicos, forjando-se, assim, um conceito de “doença mental”. A centralidade do cuidado está no sujeito, a “doença está nele”.

Quando mencionamos a atenção à crise na saúde mental, elas estão atravessadas por essas representações da “doença mental”, hegemônicas até hoje. O que justifica as ações de atenção à

³ Substancialista, pois nessa lógica o desequilíbrio é causado por uma falta ou excesso de alguma substância. (Laplantine, 1986/1991)

crise majoritariamente voltadas às contenções físicas e químicas, explicitando a presença dessa perspectiva sobre a crise enquanto uma agudização da “doença mental”. (Jardim e Dimenstein, 2007; Costa 2003, 2010, 2013; Kondo, et al, 2011; Dell’Acqua & Mezzina, 1991)

A atenção à crise é um tema polêmico na saúde mental. Uma dessas razões é porque a crise é o momento de maior expressividade das possíveis “estranhezas da loucura”. Holanda (2014) afirma que lidamos de diferentes formas com a diversidade humana, com “o diferente”, “o divergente”, “o exótico”, “o estranho”, “o estrangeiro”, “o esquisito”. Porém, algumas representações e formas de lidar, tem como consequência a estigmatização (Goffman, 1961/1996). Enquanto seres humanos temos dificuldade em lidar com nossa própria diversidade e diferenças, e o momento de crise, no contexto da saúde mental, não se livra das consequências disto, como o autor pontua.

Gilberto Velho (1974/2003) traz uma importante discussão a respeito das relações sociais que constituem o que é considerado desvio e divergência. O autor coloca que há um papel central da estrutura social e cultural no desenvolvimento de um comportamento desviante. “A ideia de desvio, de um modo ou de outro, implica a existência de um comportamento ‘médio’ ou ‘ideal’, que expressaria uma harmonia com as exigências do funcionamento do sistema social” (p. 17). Ou seja, a ideia de desvio necessita de uma ideia de *ideal*, e essas delimitações são construídas também socialmente. O momento de crise seria então um fenômeno microsocial em que algumas expressões e comportamentos do sujeito são validados como divergentes por outros de sua comunidade, em razão de um contexto cultural ou microcultural (tal como a família ou relações mais íntimas do sujeito). Velho coloca que o sujeito considerado pelo seu meio social como “inadaptado” não enxerga o mundo “sem significado” (p. 21), ou seja, apesar de ser considerado “à parte”, não o está totalmente. Apenas vê no mundo um significado diferente, faz uma leitura divergente. “Ele não será sempre desviante. Existem áreas de comportamento em que agirá como qualquer cidadão “normal”. Mas em outras áreas divergirá, com seu comportamento, dos valores dominantes” (p. 21-22).

Assim, é importante de antemão pontuar o caráter histórico e cultural atrelados ao que consideramos enquanto crise. Foucault (1973/1963) explicita que a representação do que consideramos *crise* não é algo natural, universal, a-histórico. Porém, falar da historicidade dos sentidos de loucura ou de crise não deve reduzir fenômenos tão complexos a uma causalidade

social. Velho (1974/2003) aponta a importância de uma não dicotomização das experiências do “desvio”, para não cair na ruptura *indivíduo* versus *social* ou cultural.

Velho (1974/2003), assim como Canguilhem (1994/1966) e Foucault (1954/1968, 1973/1963), discorre sobre como o desvio, ou a loucura enquanto desvio, é atravessado pela relação com o outro, como a loucura é representada através do julgamento do outro. Jardim e Dimenstein (2007) lembram que os “definidores” das crises, aqueles que notam “a diferença”, que acionam os serviços de urgência, são aqueles que rodeiam as pessoas em crise, seja sua família, seus amigos, os vizinhos, ou quaisquer outros que sentem uma “estranheza” diante do comportamento do outro e que consideram que aquela pessoa requer atenção imediata. Há um peso cultural e moral no que consideramos como urgência ou emergência psiquiátrica (Costa, 2013). Seguindo esta lógica, não é surpreendente que em diversos momentos da história, e até hoje, na atenção à crise sejam observadas estigmatizações que expressam essas dificuldades de relação com o diverso, o estranho, o divergente.

Costa (2010) aponta que a palavra *crise*, em diversos países e culturas, traz diferentes compreensões, que focam não só nos riscos da crise, mas também a consideram como um momento de oportunidade de transformação. Temos uma grande diversidade de experiências de crise e nem todas são valoradas como ruins, ou como patológicas. Por exemplo, um nascimento é um momento que faz alusão a alterações radicais, de temperatura, de luminosidade, de sensação de pressão para que o bebê possa ser posto para fora do útero, entre outras experiências transformadoras, novas e impactantes (Frigato, Campos e Ballarin, 2007); implica ainda na crise de uma mulher, que pela primeira vez é mãe, nos primeiros dias de cuidado do seu bebê. Há outros exemplos, como a primeira grande desilusão amorosa. Buscamos ressaltar, de pronto, o caráter existencial da crise, como parte integrante da vida (Costa, 2013)

Segundo Bertol, Ferreira e Rosa, a crise pode ser também um momento decisivo, de transformação, no qual mudanças profundas podem acontecer. Talvez o que possamos trazer como um ponto em comum quando falamos de crise é uma perda de sentido, uma “experiência de rompimento de uma dinâmica de funcionamento regular” (Bertol, Ferreira & Rosa, 2018, p.31), uma situação que foge do controle, em que muitas vezes não se compreende como a crise se deu, se ela irá terminar, ou o que virá após. Mas quando falamos de crises dentro do contexto da saúde mental, como mensurar o que é regular? Regulamos a partir dos parâmetros do sujeito, de quem diz que o sujeito está em crise, das convenções sociais? Para compreender o contexto da atenção

à crise no Brasil e em Curitiba, elencamos os principais documentos oficiais que regulamentam essa forma de atendimento.

1.1 Atenção à crise no Brasil

Em termos de legislações a respeito da atenção à crise é preciso apontar algumas principais. Iremos apresentar três portarias do Ministério da Saúde, a portaria 2048/02 que regulamenta tecnicamente as urgências e emergências, a portaria 1600/2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS e a portaria 3088/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Também utilizaremos a resolução 1451/95 do Conselho Federal de Medicina (CFM) regula estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados e define os conceitos de urgência e emergência. Também encontramos um manual e quatro apostilas referentes ao tema: o Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) de 2013; e quatro apostilas organizadas para o curso de capacitação em crise e urgência em saúde mental para trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da Rede de Urgência e Emergência (RUE) - realizado em parceria do Ministério da Saúde, a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) e Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Os documentos oficiais articulam o conceito de crise com os de urgência e emergência. O Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução 1451/95, relaciona a urgência a um agravo à saúde em que pode haver risco à vida em que há necessidade de assistência médica imediata, enquanto que na emergência o risco iminente de vida, ou sofrimento intenso está presente, o que exige um atendimento imediato. (Brasil, 1995) Quando pensamos em uma urgência ou emergência na saúde como um todo, essa classificação parece bastante adequada; porém, ao nos reportarmos às urgências e emergências em saúde mental quais as implicações da consideração desse momento enquanto um agravo à saúde em que há risco de vida ou sofrimento intenso?

A portaria 2048/02 do Ministério da Saúde regulamenta tecnicamente as urgências e emergências. Neste documento é mencionada as urgências psiquiátricas e urgências em saúde mental. As urgências em saúde mental são representadas por pacientes agitados ou violentos, psicoses, depressões, risco de suicídio, abstinência alcoólica, abordagem do paciente terminal e de sua família. Na pediatria, inclui-se crianças vitimizadas e alterações de nível de consciência. Cabe

ao profissional da saúde reconhecer a necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas, quando houver risco para o paciente e/ou para a equipe. Adotar medidas terapêuticas no manejo das patologias apontadas, além de responsabilizar-se pelo encaminhamento adequado do paciente, quando o quadro apresentado exigir recursos terapêuticos e/ou diagnósticos inexistentes na unidade, mediante protocolos previamente pactuados e reconhecidos.

A portaria 1600/2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, define em seu Art. 4º, que a Rede de Atenção às Urgências é constituída pela promoção, prevenção e vigilância à saúde; atenção básica em saúde; serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192) e suas centrais de regulação médica das urgências; sala de estabilização; força nacional de saúde do SUS; unidades de pronto atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; hospitalar; e atenção domiciliar (Brasil, 2011).

Em relação à urgência e emergência em saúde mental, temos a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) descrita na Portaria nº 3.088/2011, que aponta, no seu Art. 5º quais os componentes da atenção de urgência e emergência: SAMU, sala de Estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, unidades básicas de saúde, entre outros. De acordo com o a Art. 8º, esses locais são responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado. Estes pontos de atenção devem se articular com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que irão realizar o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, buscando coordenar todo o cuidado voltado ao caso (Brasil, 2011).

O Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS), não aprofunda aspectos voltados à atenção em saúde mental (Brasil, 2013) Em 2014 e 2015, foi ofertado um curso de capacitação em crise e urgência em saúde mental para trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Rede de Urgência e Emergência (RUE). Esse curso foi realizado através de uma parceria entre o Ministério da Saúde (MS), Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) e Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), visando qualificar o trabalho na atenção à saúde mental. Desse projeto foi construído um material com quatro apostilas relacionadas ao tema. (Zeferino, 2015a, 2015b, 2015c, 2015d)

Apesar de termos regulamentações federais a respeito da atenção à crise, temos especificidades de cada estado e município, vejamos as características da atenção à crise no Paraná, com enfoque em Curitiba. No site oficial da Secretaria Municipal da Saúde

(<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/>), descreve-se que as Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) possuem serviços abertos de atendimento a urgência e emergência psiquiátrica, sendo estes os locais para acolhimento de situações em “fase aguda”, que ela delimita como sendo: alucinações, delírios, agressividade, agitação, intoxicação e tentativa de suicídio ou intercorrências clínicas, como o *delirium tremens*. Caso o usuário não consiga se deslocar até a UPA, ele poderá acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Nos protocolos, programas e procedimentos operacionais padrão da SMS do departamento de urgências e emergências não há referência à saúde mental. O site da SMS pontua que o CAPS não é uma unidade de emergências, mas relembra que eles devem acolher as situações de crise dos usuários, sem necessidade prévia de encaminhamento.

A Rede Municipal de Serviços de Urgência e Emergência (RUE) conta com os seguintes equipamentos em Curitiba: nove Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) municipais, Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (SAMU e SIATE), Helicóptero, Pronto-Socorros em hospitais próprios e contratados, e a Central Municipal de Regulação de Leitos Hospitalares. Não há materiais de instrução em relação a atenção à crise no contexto da saúde mental do SMS disponíveis no site.

No Plano Municipal de Saúde da SMS consta que temos atualmente 12 CAPS na rede municipal: dois CAPS – Álcool e Drogas (CAPS-AD) tipo II, um CAPS Transtornos Mentais (CAPS-TM) tipo II, dois CAPS infantil (CAPSi) tipo II, um CAPSi tipo III, três CAPS-TM tipo III, três CAPS-AD tipo III. Temos o total de 60 leitos em CAPS: quatro leitos infantis, 28 leitos AD adulto, 28 leitos TM adulto. Em hospitais psiquiátricos temos 239 leitos em hospitais psiquiátricos credenciados e 235 leitos em hospital dia.

Curitiba possui uma especificidade no gerenciamento da RAPS, a partir da Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba (FEAES), uma entidade jurídica de direito privado, com autonomia gerencial, patrimonial, orçamentária e financeira, sujeita ao regime jurídico próprio, criada e autorizada pela Lei Municipal 13.663, de 21 de dezembro de 2010, com o intuito de executar e desenvolver ações e serviços de saúde ambulatorial especializada, hospitalar, apoio diagnóstico e de ensino e pesquisa, todos no âmbito do SUS. A Lei 12.550 de 2011 do governo federal autorizou a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, que entendeu necessária a criação de fundações estatais para, ao lado do estado ou município, executar

suas atividades (Brasil, 2011). É importante apontar essa especificidade pois a FEAES é mencionada durante as entrevistas realizadas para a pesquisa.

O CAPS não é considerado um componente da RUE; na RAPS é considerado um ponto de atenção psicossocial especializada, e não provê atenção de urgência e emergência. Apesar disso, o CAPS é um serviço de portas abertas, portanto, também realiza a atenção a crise quando necessário, seja em caráter de urgência ou não.

1.2 Atenção às primeiras crises psicóticas

Nos documentos oficiais federais, estaduais e municipais não há qualquer referência a atenção às primeiras crises. Em termos de diretrizes oficiais não há o apontamento da necessidade de um manejo específico às situações de primeiras crises. Mas será importante essa diferenciação? Diversas pesquisas (McGorry, 2015, 2002; Costa 2003, 2010, 2013; Lower *et al*, 2014; Tsiachristas, Thomas, Leal & Lenox, 2016; Seikkula, 2013) apontam para a importância de considerar as especificidades da atenção às primeiras crises em intervenções precoces. Parece-nos então relevante que haja uma discussão a respeito da especificidade desse manejo.

A IEPA (Early Intervention in Mental Health) é uma rede internacional de pesquisadores interessados no estudo e tratamento precoce na saúde mental, especialmente às primeiras crises psicóticas. Na última década do século XX, pesquisadores ao redor do mundo começaram a demonstrar, através de pesquisas, que a intervenção precoce na psicose gera diversos benefícios a longo prazo. Em 1996, foi realizada a primeira conferência a respeito do tema e a partir de então foi formada esta rede chamada IEPA. Mais de 60 países estão representados nas conferências da IEPA e 20 países cadastrados como membros do IEPA. É um consenso dentre as centenas de pesquisas que são realizadas por esses grupos ao redor do mundo de que a intervenção precoce, que leva em conta as especificidades das primeiras crises, resultam em melhores prognósticos.

McGorry (2015) aponta que apesar das décadas de pesquisas que demonstram que a intervenção precoce melhora os prognósticos dos casos das primeiras crises, ao redor do mundo apenas uma pequena minoria de pessoas com transtornos mentais tem acesso a tratamento, e geralmente as que têm demoram para obterem auxílio. Segundo o autor, as consequências da intervenção precoce para o sujeito ou mesmo a própria economia do país são significativas, especialmente porque as primeiras crises psicóticas geralmente acometem jovens em sua fase mais

produtiva. O autor relata que no início de suas pesquisas sobre o tema, ele e seus colegas perceberam que as necessidades dos sujeitos em primeiras crises eram diferentes das dos pacientes já com um histórico de muitos episódios. Também perceberam que ao proporcionar o mesmo tratamento para ambos os grupos, as mesmas terapias psicossociais e medicamentos, muitas vezes prejudicavam os sujeitos em primeiras crises. Era observado que após um período de sucessivas crises e diante da inadequação do tratamento, era comum que esses jovens optassem pelo suicídio ou se envolvessem em problemas com a lei.

Essa inadequação do tratamento também era observada em referência ao ambiente de tratamento. No hospital, as pessoas em primeiras crises relatavam medo de seu entorno, diante das limitações de sua liberdade e da convivência com sujeitos com um histórico de muitos episódios e já bastante “prejudicados”. Esse contexto gerava um grande pessimismo das pessoas em primeiras crises sobre seu futuro; muitas vezes o próprio discurso da equipe era de que só restava como futuro de uma primeira crise psicótica, a inevitável cronificação. McGorry (2015) aponta para os perigos dos sujeitos em primeiras crises serem exageradamente medicados. O autor aponta que muitas vezes eles eram 30 vezes mais medicados do que o necessário. A experiência do internamento e o próprio diagnóstico muitas vezes eram experiências devastadoras também para a família.

Uma das primeiras ações do grupo de McGorry (2002, 2015) foi tentar prevenir o afastamento do sujeito de sua família por longos períodos, como era de costume. Também buscou separar esses sujeitos dos casos de pacientes cronificados, assim como evitar mensagens e tratamentos que trouxessem desesperança a esses sujeitos. O uso de medicamentos se reduziu a uma dose mínima, buscando evitar ou minimizar os efeitos colaterais. As intervenções psicossociais se voltaram também aos familiares. Buscava-se providenciar o tratamento o mais precoce possível e dentro da própria comunidade do sujeito.

Ao longo do tempo, os grupos de pesquisa em intervenção precoce buscaram diminuir o tempo de duração de não-tratamento da psicose – ou DUP (*duration of untreated psychosis*) – e construir uma forma de tratamento segura e positiva para buscar manter o engajamento do sujeito. Eles perceberam que o aumento do DUP estava ligado a diversos prejuízos para o indivíduo em um primeiro episódio. Assim, o grupo foi ampliando suas ações buscando alcançar os casos prodrômicos, ou seja, que ainda não haviam tido um primeiro episódio psicótico, nem apresentavam sintomas, mas apenas sinais que indicariam, na compreensão do grupo, posterior

desenvolvimento de sintomas e do episódio em si. McGorry (2015) delimita os componentes centrais presentes em serviços especializados em intervenções precoces às psicoses:

Early detection

Component 1: *Community education* to improve awareness of young people's mental health issues among the general public and those who work closely with young people

Component 2: *Easy access to the service* through one clear entry point with a “no wrong door” policy and guaranteed referral for those who do not meet entry criteria

Component 3: *Home-based assessment and care* available via a mobile multidisciplinary team able to provide triage, assessment, crisis intervention, and home-based acute treatment 24 hrs a day, 7 days a week

Acute care

Component 4: *Acute phase care* delivered in the community by the mobile team, or when necessary, in a dedicated youth-friendly inpatient unit

Component 5: *Access to subacute care* for additional support after an acute episode

Continuing care

Component 6: *Case management* with an individual case manager who provides an individually tailored treatment approach as well as support with practical issues

Component 7: *Medical interventions*, primarily low-dose pharmacotherapy

Component 8: *Psychological interventions*, including psychoeducation, individual psychotherapy, and cognitive behavioural therapy

Component 9: *A functional recovery program* with an emphasis on returning to full social, educational, and vocational functioning

Component 10: *Group programs* to enhance psychosocial and functional recovery. The focus should be on topics of interest to young people, ranging from health-related issues, such as stress management, coping with anxiety and reducing drug use, to study, school, and work issues, as well as social and leisure activities such as music, art, and outdoor adventure

Component 11: *Family programs and family peer support* for the families and friends of young people with early psychosis

Component 12: *Youth participation and peer support* is crucial for maintaining youth-friendliness and accountability to young people in these services

Component 13: *Mobile outreach* for those young people with complex issues who have difficulty engaging with services

Component 14: *Partnerships* with other organizations that can enhance the support for young people with mental health issues

Component 15: *Workforce development* to create highly skilled and clinically expert mental health professionals specializing in youth mental health

Component 16: *Ultra-high risk young people* should be treated within a specialized service with the aim of minimizing symptoms and distress and maintaining a normal functional trajectory to prevent further deterioration in functioning to prevent a first episode of psychosis

These can be loosely grouped according to their function within the service, with certain components operating across the whole model, whereas others are more closely aligned to one of the three key functions of early detection, acute care, and recovery. This allows for a flexible, yet comprehensive, service that is able to respond quickly and appropriately to the individual needs of the young person and their family.

Tabela 1 – Componentes centrais da intervenção precoce

Os componentes apresentados pelo autor estão divididos em três aspectos principais: a detecção precoce, o cuidado em situação de crises agudas e a continuidade do cuidado. Ele afirma ser importante para a detecção precoce que haja uma conscientização do jovem e das pessoas que trabalham com essa população, a respeito de temas da saúde mental. Também é necessária uma facilitação do acesso e acolhimento independentemente do local que chegue o sujeito. Busca-se oferecer cuidado e acompanhamento na casa do sujeito por uma equipe multidisciplinar, com a possibilidade de acompanhamento em casa 24 horas. Em relação ao cuidado em situações de crise aguda, oferecer acolhimento quando necessário na comunidade e garantir espaço de cuidado para o acompanhamento após essa fase. Na continuidade do tratamento é importante ter um profissional acompanhando de perto o caso, um “*case management*”, doses baixas de medicação, intervenção psicológica, um programa de reabilitação funcional (buscando o retorno a um funcionamento social, educacional e vocacional total), programas em grupo, participação de pessoas jovens nos

serviços, programas para a família e amigos, deslocamento e aproximação dos sujeitos que tem dificuldade em engajar com os serviços. Além de parcerias com outras instituições, desenvolvimento dos profissionais em sua capacitação em trabalhar com os casos, e oferecer tratamento especializado para pessoas em “ultra-alto-risco” de desenvolvimento de psicose (UHR – *Ultra-high-risk*).

McGorry (2015, 2002) e Costa (2003, 2010, 2013) apontam que nas primeiras crises, o acesso às redes de apoio social e há uma maior preservação dos apoios familiares. Várias pesquisas (McGorry, 2015, 2002; Costa 2003, 2010, 2013; Lower *et al*, 2014; Tsiachristas, Thomas, Leal & Lenox, 2016; Seikkula, 2013) apontam que a intervenção precoce nas primeiras crises psicóticas resultam em uma menor morbidade, uma recuperação mais rápida, um melhor prognóstico, uma preservação de capacidades psicossociais, uma preservação de apoios familiares e menor necessidade de hospitalização.

Seikkula *et al* (2013) e sua equipe realizaram uma pesquisa na Finlândia, comparando intervenção precoces nas psicoses com o tratamento hospitalar usual. Esta pesquisa demonstrou que as pessoas que participavam dos programas de intervenção precoce tinham menos dias de hospitalização, os encontros familiares eram mais frequentes, medicação neuroléptica era utilizada em menos casos, havia menos sintomas psicóticos residuais e estavam melhores empregados. Lower *et al* (2014) apontam que as intervenções precoces nas psicoses resultam em reduções dos sintomas psicóticas, as co-morbidades como ansiedade e depressão e melhoras na “reabilitação social”.

Acrescentamos que é um primeiro momento em que o sujeito ainda não carrega o estigma da “loucura”, que a família – na maior parte dos casos – ainda está mais presente e preocupada com o cuidado à saúde mental daquele sujeito, muitas vezes até estando mais disponível a também participar do processo de cuidado. Além disso, a pessoa também não rompeu necessariamente com seus laços sociais, como estudo, trabalho, amigos, namoradas(os), etc. Essas perdas vão se agravando nos casos em que os momentos de crise vão sendo mais recorrentes ou recidivantes. Assim, tem-se nesse momento, maiores possibilidades e oportunidades do que em momentos posteriores da vida do indivíduo, quando há um histórico maior de momentos de crise que impactam suas relações consigo e com o mundo.

Temos atualmente no Brasil os seguintes grupos de pesquisa ou intervenção nas primeiras crises do tipo psicóticas: *Avaliação e Acompanhamento de Adolescentes e Jovens Adultos (ASAS)*,

o Laboratório de Neurociências (LIM-27), o Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica (GIPSI), o Grupo de Pesquisa e Acolhimento de Primeiras Crises do Tipo Psicóticas (PEQUI) – vinculado ao Grupo de Pesquisa registrado no CNPq Estudos fenomenológicos em primeiras crises do tipo psicóticas. (Maeji, Oliveira & Puchivailo, 2018)

O grupo de *Avaliação e Acompanhamento de Adolescentes e Jovens Adultos* (ASAS) está vinculado ao Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo. O grupo oferece acompanhamento para “pessoas com risco de desenvolver psicose”, e seu trabalho principia com uma triagem telefônica, seguida de uma entrevista realizada pessoalmente por um psiquiatra e um psicólogo. A partir dessa primeira entrevista é avaliado se o sujeito será inserido no projeto ou se será realizado um encaminhamento. Não há nesse projeto atendimento para pais ou cuidadores, apenas uma conversa para tirar dúvidas e explicar o objetivo do tratamento (Brietzke, Neto, Dias, Mansur, Bressan, 2011; <http://www.ipqhc.org.br>). O grupo ASAS traduziu o Questionário Prodromal - ferramenta de *self-report screening*⁴ para indivíduos com ultra risco (UHR⁵) de psicose, composto por 92 questões - proposto por Loewy *et al.* (2005 apud GONÇALVES *et al.*, 2012).

O LIM-27 ou Laboratório de Neurociências foi criado entre os anos de 1997 e 1999, pelo professor Walter Gattaz e seus colaboradores. É um grupo do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e tem como objetivo o estudo e compreensão das doenças neuropsiquiátricas. O grupo possui pesquisa em autismo, dependência química, depressão, doença de Alzheimer e Huntington, suicídio, déficit de atenção e esquizofrenia (incluindo primeiras crises psicóticas). A equipe de atendimento do LIM-27 é composta por médicos, psicólogos e assistentes sociais que visam a revisão diagnóstica e psicoeducação para os pacientes e familiares. (Brietzke, Neto, Dias, Mansur, Bressan, 2011; <http://neurociencias.org.br/>)

O PEQUI (Grupo de Pesquisa e Acolhimento de Primeiras Crises do Tipo Psicóticas) é um grupo criado a partir da inspiração no grupo GIPSI. O PEQUI foi o único grupo vinculado a um grupo de pesquisa atualizado encontrado no CNPq: “Estudos Fenomenológicos em Primeiras Crises do Tipo Psicóticas”. Este grupo de pesquisa foi criado em 2016 durante o processo de doutorado e realização desta tese. Em 2017 se ampliou se tornando também um grupo de extensão

⁴ Triagem autoavaliativa (tradução nossa)

⁵ Ultra-High Risk

do curso de psicologia da FAE Centro Universitário. (<http://dgp.cnpq.br/>) O PEQUI enquanto grupo de extensão visa a pesquisa e o acolhimento das primeiras crises do tipo psicóticas. Tem como principal objetivo o acolhimento do sujeito em primeiras crises com cautela, cuidado e atenção, para assim, proporcionar o suporte necessário para ele e a família (ou outras relações significativas). (<http://pequi-primeirascrises.com.br/>)

Iremos dar ênfase no grupo GIPSI, já que este é um dos grupos mais antigos dentre os voltados exclusivamente para o estudo e atendimento das primeiras crises do tipo psicóticas, e com mais materiais sobre o tema no Brasil, o que faz com que esse grupo seja de suma importância no debate e pesquisa sobre essa temática. Também é o grupo que inspirou a construção da proposta de atenção realizada nesta pesquisa, enquanto uma proposta crítica dentro das opções de uma atenção à saúde mental, que considera o sujeito dentro de uma existência singular e de um contexto, não apenas como um objeto depositário de teorias, conceituações e diagnósticos.

O GIPSI representa um dos poucos grupos brasileiros que realizam intervenções clínicas e pesquisas específicas nessa temática. Tornando-se uma importante referência sobre a atenção às primeiras crises psicóticas ou do tipo psicóticas. O GIPSI completou 17 anos de surgimento e 14 anos atuando na clínica das primeiras crises do tipo psicóticas. O grupo produziu ao longo desse período quatro livros coletivos e dois livros de autoria do próprio coordenador, um manual de orientação para os integrantes do grupo, além de outros dois livros organizados pelo coordenador, sobre temas relacionados. Mencionamos no item a seguir alguns dos aspectos que impactaram a construção da atenção às primeiras crises proposta nesta pesquisa.

1.2.1 GIPSI – Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicóticas

O GIPSI é um grupo de pesquisa e atendimento das primeiras crises do tipo psicóticas do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília, (UnB) criado e coordenado pelo professor Ileno Izídio da Costa desde 2001. O grupo é formado por estagiários alunos de iniciação científica de psicologia em sua maioria (porém possui em alguns momentos estagiários de outros cursos), profissionais voluntários (majoritariamente psicólogos, mas também há outros profissionais envolvidos), mestrandos e doutorandos da pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da UnB. O grupo é multidisciplinar e entende a necessidade do diálogo de diferentes áreas do conhecimento para a compreensão e cuidado das primeiras crises do tipo psicóticas.

O GIPSI problematiza o conceito de esquizofrenia e psicose, considerando-os imprecisos e inadequados, e discorre sobre a importância de se priorizar o sujeito para além de uma abordagem sindrômica e individualista. O uso do termo “do *tipo* psicótico” reflete a crítica que o grupo estabelece em relação a delimitação de um diagnóstico grave e impreciso em um momento tão precoce quanto o de uma primeira crise (Costa, 2010).

Em sua tese de doutorado Costa (2002) introduz o constructo de sofrimento psíquico grave quando se reportando a estas primeiras crises do tipo psicóticas, com o intuito de ressaltar o aspecto humano do sofrer, comum a todos. São antes angústias intensas e fundamentais humanas que exigem uma compreensão (Costa, 2017).

Costa (2017) irá compreender esse sofrimento como característico da existência, construído e expresso nas relações humanas. Também é um sofrimento singular, simbolizado de formas diferentes pelas pessoas. No sofrimento do “tipo psicótico” há particularidades que devem ser compreendidas para que possa se ofertar o cuidado de forma adequada quando necessário. O sofrimento psíquico grave é aquele ligado a ideia de crise, um momento de ruptura, de mudança no equilíbrio prévio do sujeito.

A compreensão do grupo, de acordo com Costa (2010), é que todo o momento de crise, envolve um risco e uma oportunidade. Um risco de cronificação ou sua oportunidade de transformação e crescimento a partir de um momento de crise. Pela intensidade do sofrimento faz-se necessário um acompanhamento que possa promover ajuda e acolhimento, minimizar as morbidades secundárias e prevenir recaídas.

Costa (2017) compreende as primeiras crises psíquicas graves como “substratos fenomênicos da manifestação da experiência chamada psicose” (p.65). O autor pontua que essa experiência constitui o humano, faz parte do ser. Essas primeiras manifestações não podem ser consideradas psicoses a priori, são antes tentativas de organização do sofrimento experienciados pelo indivíduo em suas relações, possibilidades de ser, e como tal enquanto parte de sua condição existencial. O grupo GIPSI pretende então:

[...] apontar para o cuidado, o respeito e o apoio humano, nas relações, na vida, no dia a dia de tais manifestações (entendidas como ‘fenômenos per si’), sem o império de medicações, internações ou tratamentos invasivos vez que estas vivências são

plenas de dimensões e dinâmicas individuais, relacionais e existenciais (Costa, 2017, p.66).

Segundo Costa (2013), se compreende que a crise não é só do sujeito, assim, é essencial o atendimento familiar. O aceite da família em participar do processo terapêutico é uma exigência do grupo. Caso a família não aceite, o caso é encaminhado.

O grupo realiza duas reuniões de supervisão por semana, com duração de 4 horas, nas quais todos os integrantes do GIPSI devem participar para a discussão dos casos, sob a supervisão do professor Ileno. Além disso, segundo Silva e Costa (2013), o grupo também possui oficinas, a de boas-vindas aos novos membros do grupo, e a vivencial em que o grupo se reúne para dividir experiências e reestruturar o próprio funcionamento do grupo, ambas acontecem semestralmente. E as oficinas metodológicas que acontecem a partir de necessidades do grupo de aprofundamento e discussão de temas relevantes. Além disso o grupo conta com grupos de estudo que variam de acordo com as demandas do grupo.

Os atendimentos do grupo são realizados majoritariamente no CAEP – Centro de Atendimento Estudos Psicológicos da UnB. Com exceções de alguns atendimentos á crise que precisam ser atendidos no local ou eventuais visitas domiciliares, entre outras demandas de cada caso. O GIPSI possui um telefone de crise que funciona 24 horas por dia, há uma rotatividade dos integrantes do grupo em assumir a responsabilidade em receber as chamadas pelo telefone, cada dupla fica responsável pelo telefone de uma a duas semanas. (Silva e Costa, 2013)

O GIPSI em seu atendimento às primeiras crises do tipo psicóticas descreve as seguintes propostas no capítulo escrito por Costa e Mano (2013). Durante o acolhimento, aceitar o sujeito da forma como se encontra, como se percebe, voltando a escuta para a crise. Também é importante realizar esse acolhimento com “maternagem” para o sujeito se sentir a vontade, oferecendo aceitação à sua condição de crise, oferecer suporte a família (sem escolher “lados”, sem apontar “culpados”), buscando pensar em estratégias em conjunto. A crise pode ser acolhida em qualquer realidade territorial, a prioridade é iniciar o vínculo com o sujeito e sua família no momento do acolhimento. Também se investiga a rede de apoio do sujeito (espaços territoriais, redes significativas, membros da comunidade). Inclusive um dos muitos instrumentos e ferramentas utilizados pelo grupo é o Mapa de Rede e Ecomapa. Esta rede de apoio e de serviços é dinâmica,

de acordo com as vivências e percepções do sujeito ao longo do processo. Através da psicoterapia individual e familiar se busca estimular a auto-percepção dos processos relacionais do sofrimento.

Após a ligação ou encaminhamento para o GIPSI é marcado um acolhimento com o sujeito e sua família. Esse acolhimento é realizado por uma dupla, todos os sujeitos são escutados com o intuito de acolher a crise não só do sujeito, mas muitas vezes, também da família diante a vivência de crise de um de seus membros, e também para compreender melhor a situação e contexto daqueles sujeitos. “A dupla é chamada para ocupar um lugar para além de investigadores ou entrevistadores. Frequentemente, o que a família mais necessita é de um espaço de escuta empática, de ventilação e descarga emocional do sofrimento decorrente e causador da crise, enfim, de apoio.” (Silva e Costa, 2013, p.173)

Segundo Silva e Costa (2013) é ofertada no acolhimento uma escuta crítica e compreensiva buscando conhecer o sujeito, a história familiar, seu contexto social e político. Muitas vezes essa primeira crise é permeada de situações e expressões que a família ou o próprio sujeito não compreende. No acolhimento diferentes sentidos a essa vivência podem ser descobertos e integrados. Busca-se oferecer continência e pertencimento às falas, especialmente às do sujeito em crise, que muitas vezes são tidas como sintomas, “[...] dar crédito e merecimento ao seu sintoma, com sensibilidade o suficiente para perceber naquele momento, do que a família necessita [...] o sintoma faz sentido dentro de um conjunto complexo de interações entre os membros da família” (p.178). Há também muitas vezes a necessidade de esclarecimentos psicoeducativos. Após o acolhimento que pode durar em média de 1 a 3 encontros, na supervisão são escolhidos um terapeuta individual e uma dupla para atender a família.

Durante o acompanhamento do GIPSI no primeiro semestre do doutorado (2014) e em dois meses no mestrado (2012), pudemos perceber o comprometimento e aprofundamento do atendimento e discussão dos casos. O grupo que atendia em média 10 pessoas em primeira crise e seus familiares, possuía cerca de 30 pessoas acompanhando os casos (dentre eles alunos de graduação, de mestrado, de doutorado e profissionais voluntários). Eram realizadas duas supervisões semanais, de quatro horas cada, nas quais todo o grupo se encontrava presente para que todos pudessem participar da reflexão sobre o caso. Muitas vezes um único caso era discutido durante as quatro horas de supervisão, o que nos dá uma ideia do nível de aprofundamento nas discussões de cada caso. Também nos chamou muito a atenção a dedicação ao atendimento familiar e os impactos dessas intervenções nos sujeitos em crise. Após essa experiência foi decisiva

a necessidade da participação da família (e outras pessoas próxima e relevantes na rede social do sujeito em crise) nesse processo de atenção.

O acolhimento realizado no GIPSI dos sujeitos em crise e seus familiares, não só durante os primeiros atendimentos, mas ao longo de todo o processo também é de suma importância, em nossa compreensão, a qualquer proposta de atenção à saúde mental; respeitosa, compreensiva ao contexto e sentidos dos sujeitos acima de quaisquer possíveis determinações.

Através da nossa experiência com o grupo GIPSI em Brasília encontramos uma proposta de atenção à saúde mental diferente das experiências anteriores que tínhamos tido, assim o grupo serviu como principal inspiração para a construção da proposta desta pesquisa.

1.3 Problematizações a respeito da atenção às primeiras crises psicóticas

Como podemos observar, temos ainda poucos grupos abordando o tema da atenção às primeiras crises psicóticas no Brasil. Nos documentos, manuais ou sites oficiais não é realizada diferenciação ou menção às primeiras crises. São poucos os espaços que vem discutindo esse tema no Brasil atualmente. O que parece apontar para a não diferenciação das primeiras crises de outras crises no acompanhamento realizado pelos equipamentos de saúde. Porém, observamos através das pesquisas realizadas pelos grupos filiados à IEPA, além dos próprios grupos brasileiros mencionados, a importância da intervenção precoce e de uma atenção moldada às necessidades das primeiras crises. Desta forma justificamos a importância dessa pesquisa e ressaltamos a necessidade de desenvolvimento de mais pesquisas a respeito da atenção às primeiras crises.

A maioria do grupo da IEPA, assim como dois dos grupos brasileiros mencionados (ASAS e LIM-27) são grupos centralizados na psiquiatria, que compreendem os pródromos como sinais que indicam o desenvolvimento de uma doença e as primeiras crises como primeiros episódios de uma doença dentro do espectro dos transtornos psicóticos. Apesar de na maioria dos casos haver uma preocupação em programas voltados à família e amigos do sujeito em crise, observa-se uma centralidade da atenção ao indivíduo considerado “doente”.

Parece-nos que ao considerar o momento de crise como um agravo à saúde, pressupõe-se já de antemão que esta vivência está prejudicando o sujeito, que é negativa à sua vida e daqueles que o rodeiam, inclusive podendo gerar risco à vida. Mas será que o momento de crise é sempre

um agravo à saúde do sujeito? Será que a ideia de risco nessa concepção está ligada apenas ao risco à vida do sujeito?

Pesquisas indicam (Martins, 2017; Oliveira, Ferreira, Vasconcelos, Dutra, 2017; Willrich, Kantorski, Chiavagatti, Cortes & Pinheiro, 2011; Castiel, Guilam, Ferreira, 2010; Kondo, et al, 2011, Dell'Acqua & Mezzina, 1991) que há uma preocupação significativa do profissional com o risco de heteroagressividade ligada à ideia de crise, ou a de uma situação de emergência e urgência. Queremos com isso pontuar que a ligação da ideia de *crise* à de risco introduz representações ligadas a uma suposta periculosidade ligada a esse fenômeno; ademais, a concepção hegemônica de crise já é carregada de preconceitos: “O medo, raiva e revolta podem acarretar afastamento da pessoa em sofrimento psíquico, funciona como fator de desmotivação ou desinteresse em atendê-los, assumindo uma atitude defensiva e até de negligência de cuidados, principalmente aos agressivos” (Kondo, et al, 2011, p.506).

Muitas vezes, pelos profissionais terem dificuldade, receio, insegurança ou mesmo medo de atender a crise, optam pelo internamento ou a contenção (física ou química). Surge daí que, exatamente num momento de maior fragilidade, o sujeito passa a ser internado, indo para um local em que não reconhece nem os profissionais, nem o espaço onde está, passando a ser tratado por uma equipe que muitas vezes não conhece sua história. Isso pode não apenas causar um maior prejuízo para sua recuperação, como diminuir a possibilidade de se fazer da crise uma oportunidade de transformação em sua vida (Campos, 2001; Willrich, Kantorski, Chiavagatti, Cortes & Pinheiro, 2011; Costa 2003, 2010, 2013).

Não estamos aqui excluindo a possibilidade do internamento ou mesmo da contenção, mas apenas problematizando seu uso recorrente e prioritário (ou dominante), visto que estes são apenas algumas das possibilidades de manejo de crises. Será que em boa parte dos casos de crise estamos escolhendo a melhor abordagem à situação ou agindo guiados pelo conjunto de representações negativas a seu respeito?

Os grupos que desviam dessa lógica biomédica são o GIPSI e o PEQUI. Nesses grupos observamos uma problematização do diagnóstico da psicose nas primeiras crises e a consideração do momento de crise enquanto um episódio característico de uma doença. Esses grupos consideram o sofrimento humano e as crises como parte da existência, buscando não os patologizar, em um movimento de compreensão daquela vivência, ao invés de tentar a explicar e enquadrar aquela experiência em um constructo teórico. Além disso, são os únicos grupos

vinculados a outras áreas para além da psiquiatria e medicina que, mesmo localizados em cursos de graduação de psicologia, trabalham com equipes multidisciplinares. Ambos os grupos também têm como diferencial o acompanhamento das famílias, não apenas em atividades psicoeducacionais, mas em acompanhamento psicoterapêutico ou encontros dialogados.

1.4 Delimitação do objeto da pesquisa: Atenção às primeiras crises do tipo psicóticas

O GIPSI foi o grupo que inspirou a atenção às primeiras crises proposta por esta pesquisa. Por isso utilizamos o termo “do *tipo* psicótico”, a partir do desenvolvimento da problematização de Costa (2002), em relação à delimitação de um diagnóstico grave e impreciso em um momento tão inicial quanto o de uma primeira crise.

O objeto de nossa pesquisa é a atenção às primeiras crises do tipo psicóticas. Nosso enfoque, nesta pesquisa, são as primeiras crises, ou seja, não nos referimos a sujeitos com o histórico de vários internamentos ou mesmo muitos anos de crise (delimitamos para fins metodológicos que os primeiros sinais de que algo não estava bem, a partir da percepção do sujeito e da família, não ultrapassem mais de 5 anos) com ou sem acompanhamento. Também há a especificidade do “tipo psicótico” que diz de uma expressão existencial próxima aos sintomas da psicose.

Quando se mencionam as primeiras crises do tipo psicóticas, nesta pesquisa, não há o pressuposto de um agrupamento de indivíduo com “psicopatologias” em comum, pois como pontuamos esse é um momento demasiado inicial para a delimitação de um diagnóstico dentro do espectro da esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos (DSM-V). Mas diz do agrupamento de indivíduos que estão vivenciando uma crise intensa pela primeira vez na vida, e que, pela perspectiva do sujeito ou da família, demandam auxílio no SUS. Suas crises são consideradas dentro do campo da saúde mental, entram neste circuito por possuírem “características sintomáticas” próximas às “psicoses”.

Entendemos que esses sujeitos podem estar em maior risco, não necessariamente de desenvolverem um quadro crônico de esquizofrenia, mas sim de estigmatização, perda de rede social, excesso de medicalização (Oliveira, 2012; Seikkula *et al*, 2013), desconsideração de sua fala (por ser “delirante”, “psicótica”, “confusa”). Em risco de entrar no “circuito psiquiátrico” e não mais sair dele. Dell’Acqua & Mezzina (1991) alertam para a importância de considerar que

quando falamos de crise, estamos falando da via de entrada no “circuito psiquiátrico”, e a partir dessa entrada, da possível associação dessa vivência à rótulos de periculosidade e processos de exclusão, dependendo das formas como a crise será considerada e abordada. Segundo os autores, essa entrada é definida a partir de sistemas de delimitações pré-estabelecidas: limites do sofrimento e formas aceitáveis ou “patológicas” de como demonstrá-lo, comportamentos aceitáveis ou não, controláveis ou não.

Assim, o risco que consideramos não é um risco orgânico, posto que este não pode ser comprovado, mas sim um risco psicossocial. Por isso a importância de problematizar algumas questões a respeito da atenção a crise, pois é nesse momento em que muitas vezes se inicia uma gama de estigmatizações em relação aquela experiência de vida do sujeito. Goffman (1961/1996) discorre sobre os prejuízos dos processos de estigmatização. Para o autor nossos papéis sociais, como nos enxergamos, se dá também a partir da forma como somos considerados pelo outro, nossa identidade pode ser manipulada, modificada.

O normal e o estigmatizado não são pessoas, e sim perspectivas que são geradas em situações sociais durante os contatos mistos, em virtude de normas não cumpridas que provavelmente atuam sobre o encontro. Os atributos duradouros de um indivíduo em particular podem convertê-lo em alguém que é escalado para representar um determinado tipo de papel; ele pode ter de desempenhar o papel de estigmatizado em quase todas as suas situações sociais, tornando natural a referência a ele (Goffman, 1981/2004, 117).

Desta forma a pessoa em primeira crise considerada “a louca”, “a esquizofrênica”, “a doente”, não só sofre as consequências sociais desse estigma - a exclusão, o medo - mas também pode passar a acreditar que sua identidade agora é essa.

A ideia de primeiros sinais, desenvolvimento e consequências são utilizados nos modelos internacionais de intervenção precoce, mas Costa (2003) afirma que essa concepção é resumida demais para expressar o conjunto de processos complexos e contínuos das primeiras crises do tipo psicóticas. Assim, o autor aborda o fenômeno enquanto um “sofrimento particular, que em quase nada diferente dos demais, tidos como normais” (p. 271).

Compreende-se as primeiras crises do tipo psicóticas como os primeiros momentos de crises intensas que muitas vezes são diagnosticadas como psicoses pela forma de suas expressões. Consideramos uma situação como um momento de crise, pois assim ela é nomeada por alguém, o próprio sujeito ou as pessoas de sua rede social. Também entendemos a crise no sentido de uma modificação nas formas de relação do sujeito no mundo, típica da própria existência humana, e por isso não diz de uma anormalidade ou de uma patologização. Mas que muitas vezes por sua intensidade ou sofrimento é demandada uma compreensão, um cuidado e apoio para o sujeito e as pessoas envolvidas em suas relações. É necessário um olhar atento, já que muitas vezes a partir de momentos de crise como este seguem outras crises em um ciclo que muitas vezes acaba por dominar todo o contexto de vida do sujeito.

2. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA EM CAMPO: DESENVOLVENDO UMA PROPOSTA DE ATENÇÃO ÀS PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICAS EM UM CAPS III DE CURITIBA

O objetivo deste capítulo é apresentar como se deu a construção da proposta de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas no CAPS III de Curitiba. Iniciamos explanando a base epistemológica na fenomenologia, que fundamentou a construção da pesquisa como um todo; evidenciando os motivos que no nos levou a esta escolha a partir da relação entre fenomenologia e saúde mental.

Também iremos explicar a metodologia utilizada nesta pesquisa, descrever um pouco do contexto da crise e das famílias atendidas, a forma da atenção realizada, os relatos da experiência do sujeito e seus familiares em relação à atenção proposta durante a pesquisa, e como eles estão atualmente.

2.1 De onde partimos: fenomenologia como epistemologia

Importa destacar, aqui, como se dá a apropriação da fenomenologia, como recurso epistemológico para a fundamentação da nossa pesquisa, dado que a proposta original de Husserl transcende em muito – e não pode ser confundida com – uma *prática*. A fenomenologia de Edmund Husserl (1859-1938) nasce enquanto uma crítica aos rumos que a ciência e a filosofia modernas tomavam. Husserl (1929/1994) buscava um fundamento para a ciência e para a filosofia, que assegurasse uma base sólida para toda a construção de conhecimento, uma autêntica filosofia universal. Para isso o autor inicia o projeto da fenomenologia a partir de ato epistemológico – começa a se perguntar como se dá o ato de conhecer, de construção do conhecimento.

Segundo Japiassu (1934/1977) a epistemologia tem como função estudar as produções de conhecimento, verificar sua possibilidade, indagar sobre as fontes e formas de construção do conhecimento, “cabe à epistemologia perguntar-se pelas relações existentes entre a ciência e a sociedade, entre a ciência e as instituições científicas, entre as diversas ciências” (p.39). Desta forma, a fenomenologia pode ser compreendida como uma epistemologia, já que se pergunta “como se constitui um objeto de conhecimento para a consciência? [...] quais as condições de possibilidade da experiência?” (Manganaro, 2016, p.30). Holanda (2014) traz que a fenomenologia pode ser utilizada de quatro formas, enquanto método, filosofia, ciência e epistemologia.

A fenomenologia busca superar a dicotomia sujeito e objeto, e as construções de conhecimento realizadas a partir disso, como o subjetivismo e o objetivismo, tão características da epistemologia do século XVIII e XIX, como podemos ver nos exemplos da história da medicina, da psiquiatria e da psicopatologia (Van Den Berg, 1994; Schneider, 2009; Manganaro, 2006; Laing, 1973; Holanda, 2011; Jaspers, 2013).

A fenomenologia surge como epistemologia, como possibilidade de construção de conhecimento que busca superar a dualidade sujeito e objeto, idealismo e realismo, racionalismo e materialismo, mas sem falar de uma relação entre essas dicotomias, da relação sujeito-mundo. Husserl, para escapar dessa dicotomia, partiu das ideias de Franz Brentano (1838-1917) a respeito da intencionalidade⁶, para pensar a propriedade dos atos da consciência (atos de pensar, perceber, etc.), a partir do seu conteúdo de sentido (o pensado, o percebido, etc.). Nas *Conferências de Paris* (1991/1973), Husserl afirma que o mundo nos aparece enquanto vivências, enquanto aquilo que percebo, valorizo, julgo, penso. Husserl parte da existência da *cogitatio*, da vivência, enquanto ponto indubitável. O conhecimento da *cogitatio* é imanente, enquanto o conhecimento das ciências é transcendente.

Os trabalhos de Husserl serviram à psicologia do século XX como reflexão cuidadosa sobre os modos de investigação da subjetividade. Em especial, frisou a necessidade de reformas na condução da investigação científica, através da revisão do conceito de consciência e fato psicológico. (Castro e Gomes, 2001, p.239)

Segundo Castro e Gomes (2011), Husserl analisa o fluxo dos vividos da consciência, ele rompe com a lógica dos fatos, decorrente da filosofia empirista de David Hume, que propõe como princípio da construção do conhecimento a existência da realidade factual, que independe do observador, do sujeito que percebe o fato. Compreensão que fundamenta a proposição de

⁶ Brentano optou por não estudar os estados psíquicos, como seus colegas da época, mas os atos e processos psíquicos. Para o autor o fenômeno psíquico se diferenciava dos fenômenos físicos por se referirem sempre a um objeto e a um conteúdo da consciência simultaneamente. (Boris, 2011). Uma crítica a ideia da época de que os fenômenos psíquicos não têm correspondência a algo que existe na realidade. Os fenômenos da consciência interna estão fundidos em seu objeto. (Brentano 1935/1874).

neutralidade da ciência positivista. Não é uma investigação dos fatos, não se supõe uma realidade objetiva, mas sim dos fenômenos, uma descrição das vivências.

O projeto de uma fenomenologia busca garantir a objetividade do conhecimento atrelada à subjetividade daquele que conhece e constrói o conhecimento (Husserl, 1929/1994). A proposta husserliana conta com a tentativa de fazer este estudo sem se amparar em sistemas teóricos pré-definidos sobre uma natureza (Castro e Gomes, 2001). Para Husserl, a atitude natural faz com que o homem observe e interaja com o mundo de forma ingênua, como se os objetos do mundo estivessem descolados e independentes do observador.

No livro *A ideia da Fenomenologia*⁷ de 1907, Husserl diferencia o pensamento natural do pensamento filosófico. O primeiro é despreocupado em relação à possibilidade do conhecimento, e encara o mundo enquanto o mundo dos objetos, como coisas existentes em si, descolados de minha subjetividade. O segundo pode ser realizado através da redução fenomenológica, proposta por Husserl, é possível suspender a atitude natural, colocando o mundo e as construções de conhecimento entre parênteses para voltar o foco para o próprio fenômeno, as coisas mesmas, as vivências que permanecem após a redução. Isso não significa que se nega a existência das construções do conhecimento, mas apenas renunciando seu uso momentaneamente.

Este é um importante ponto da proposta epistemológica da fenomenologia, a de questionamento – de indagação – sobre as naturalizações que realizamos em nosso cotidiano; aqui, no caso, acerca dos fenômenos da *crise*, das formas de *cuidado* e, porque não dizer, sobre os modos de compreensão e manejo das *psicopatologias* ou do “patológico”. A fenomenologia nos auxilia na problematização de estigmas, na desconstrução de representações rigidificadas; assumindo assim nossa fragilidade e limitação frente à compreensão de tais vivências, nos convidando a conhecer o fenômeno *tal qual ele se apresenta*.

Ao utilizar a fenomenologia enquanto *fundamento*, questiona-se o objetivismo decorrente da naturalização do que é do “espírito”, do humano, da consciência. “Dito com mais precisão: o título generalíssimo para esta ingenuidade é objectivismo, enformado nos diversos tipos do naturalismo, da naturalização do espírito” (Husserl, 1935/2006, p.41). Há também no Naturalismo, outra preocupante característica; segundo Husserl (1910/1965), o naturalista é um idealista,

⁷ Livro constituído de cinco lições pronunciadas em 1907 em Gotinga, cidade universitária da Alemanha.

doutrinador, pregador, já que considera os valores e normas que estabelece como os melhores, e aspira até mesmo dar conta em sua “exatidão naturalista” das questões do Ser. Assim, quando realiza sua teorização sobre o objeto de estudo, sua verdade está posta de forma inquestionável. O que acaba criando um dogmatismo. Na atitude natural (seja na ciência ou no cotidiano):

Fazemos enunciados, em parte singulares, em parte universais, sobre as coisas, as suas relações, as suas mudanças, as suas dependências funcionais ao modificar-se e as leis destas modificações. Expressamos o que a experiência directa nos oferece. Seguimos os motivos da experiência, inferimos o não experimentado a partir do directamente experimentado (do percebido e do recordado); generalizamos, e logo de novo transferimos o conhecimento universal para os casos singulares ou deduzimos, no pensamento analítico, novas generalidades a partir de conhecimentos universais. Os conhecimentos não se seguem simplesmente em relações lógicas uns com os outros, seguem-se uns aos outros, “concordam” reciprocamente, confirmam-se, intensificando, por assim dizer, a sua forma lógica. (Husserl, 1907/1986, p.39-40)

Assim, se formos pensar no fenômeno das primeiras crises do tipo psicóticas, ao naturalizá-lo, corremos o risco de objetificar a própria vivência do sujeito. Ao naturalizarmos os fenômenos, os objetificamos, falamos sobre eles, a respeito de seus funcionamentos, “pré-supomos”. Passamos a acreditar que eles já estão previamente dados; acreditamos que os fenômenos do mundo da vida irão se comportar da forma como esperamos, da maneira como já os experimentamos previamente e, assim, nos tornamos cegos a suas transformações e singularidades. Husserl (1929/1992) critica essa ingenuidade das ciências positivas, tanto quanto nossas pressuposições cotidianas que nos fazer agir, pensar e valorar o mundo como previamente dado.

Os conceitos originários que, ao longo de toda a ciência, determinam o sentido da sua esfera objectal e da sua teoria, brotaram de modo ingénuo: têm horizontes intencionais indefinidos, são produtos de realizações intencionais incógnitas, exercidas apenas em grosseira ingenuidade. (Husserl, Conferências de Paris, p.37)

A partir dessa premissa, esforçamo-nos para dirigir nosso olhar ao fenômeno de estudo de forma não ingênua, não embasando nossas ações em construções teóricas dogmáticas ou pouco definidas. Buscamos evitar cair na armadilha das grandes categorias – biologizantes, psicologizantes, sociologizantes (e como tal naturalizantes) –que reduzem a um aspecto determinante um fenômeno tão complexo quanto o das primeiras crises psicóticas. Nestas posições naturalizantes, há a certeza quanto à veracidade das afirmações que realizamos sobre os sujeitos em primeiras crises, não se considera a possibilidade dessa complexa vivência significar, na vida do sujeito, mais do que uma doença, mais do que um sintoma a ser retirado.

Foucault (1954/1968), enfatiza por seu turno, que “as dimensões psicológicas da loucura não podem então ser reprimidas a partir de um princípio de explicação ou de redução que lhes seria exterior” (p. 97). Este esforço na busca pela compreensão do sujeito em primeira crise, através da desnaturalização das concepções acerca da “doença mental”, pretende ser, além de uma postura metodológica e epistemológica, uma atitude ética, um reconhecimento do sujeito, de seu saber acerca de si mesmo e da consideração desse sujeito no contexto de sua própria experiência.

Husserl (1907/1986) coloca que na posição da atitude natural, não há dúvida sobre a possibilidade de construir um conhecimento objetificante capaz de explicar os fenômenos. Diferente do pensamento filosófico, que para o autor se define pela “posição perante os problemas da possibilidade do conhecimento” (p.21),

Husserl afirma que a atitude natural, não-fenomenológica, faz o homem olhar o mundo de maneira ingênua como mundo dos objetos. A fenomenologia, ao contrário, busca uma fundamentação totalmente nova, não só da filosofia, mas também das ciências singulares. Enquanto as ciências positivas consideram os objetos como independentes do observador, a fenomenologia tematiza o sujeito, o eu transcendental, que “coloca” os objetos. (Zilles, 2007, p.218)

Houve nesta pesquisa, através da fenomenologia, o esforço em colocar entre parênteses, não o mundo como um todo, como na *epoché*, mas os pressupostos a respeito do que seriam “crise”, “doença mental”, “sofrimento”, dentre outras percepções e discursos que delimitam e enquadram os fenômenos que apareceram durante a pesquisa. Não há aqui uma *epoché*, não é realizada a suspensão da tese do mundo, tal qual faz Husserl, mas é realizada uma redução das

doutrinas, de teorias e do senso comum a respeito dos fenômenos das primeiras crises do tipo psicóticas. A suspensão necessária para Husserl (1913/2006), era uma suspensão total, já que seu projeto era o de encontrar um fundamento para todo o conhecimento, mas este não é o nosso projeto. Ainda assim, as teses sobre o fenômeno das primeiras crises são postas em suspensão: “A tese é posta ‘fora de ação’, é colocada entre parênteses, ela se transforma na modificação ‘tese entre parênteses’, e o juízo puro e simples, no ‘juízo entre parênteses’” (Husserl, 1913/2006, p.80). Buscou-se através disso acolher a riqueza qualitativa do ato fenomenológico, através da reconstrução e compreensão do mundo de significados do sujeito (Manganaro, 2006).

Enquanto disposição frente aos fenômenos estudados, a pesquisa que utiliza como fundamento epistemológico a fenomenologia, coloca o pesquisador em uma posição de constante questionamento, pois não há certezas prévias a respeito dos fenômenos estudados.

A consciência metodológica nos mantém frente à realidade que deve ser apreendida sempre de novo. A dogmática do ser nos tranca num saber que, como um véu, se antepõe a toda nova experiência. Assim, a atitude básica metodológica se impõe contra a atitude de absolutização, a atitude básica de investigação contra a atitude básica de fixação (Jaspers, 1913/1987, p. 58)

Jaspers (1913/1987) constrói uma psicopatologia geral de forma bastante rigorosa a partir das próprias vivências psicopatológicas; utilizando a fenomenologia também como ponto base de suas pesquisas. A fenomenologia, tal qual proposta por Husserl (1907/1986, 1913/2006, 1929/1992, 1935/2006, 1910/1965), permeou o caminhar de nossa pesquisa, servindo de solo epistemológico, ou seja, de fundamento para a construção da pesquisa e dando suporte para a construção de uma *postura* – de uma posição distinta da tradicional – na atenção às primeiras crises do tipo psicóticas.

Nesta pesquisa as ações que foram construídas ao longo do processo também foram postas à prova, questionadas, repensadas, buscando a maior fidedignidade possível em relação à experiência vivenciada, seja pelos sujeitos, seja pela pesquisadora. A centralidade está no fenômeno e não em teorias prévias sobre este (Husserl, 1910/1965). Assim se dá também em relação à análise dos fenômenos, que é baseada em um esforço compreensivo para depois ser realizada uma interpretação dos dados, e não uma análise baseada na interpretação como primeiro

passo. Não se trata aqui apenas de uma visão de homem ou uma teoria de mundo construída a partir da fenomenologia, mas a postura do pesquisador frente aos fenômenos de pesquisa e na construção de conhecimentos.

Uma vez que teorias significam, aqui toda e qualquer espécie de preconcebimento, nestas investigações nós nos mantemos rigorosamente afastados delas. As teorias entram em nossa esfera apenas como fatos de nosso mundo circundante, não como unidade de validade, efetivas ou supostas (Husserl, 1913/2006, p.77).

Desta forma, não estamos recusando as teorias, mas nos afastando delas num primeiro momento, para conhecer o fenômeno pesquisado sem pré-concepções dadas. Assim, a fenomenologia não pode ser, para tal empreitada, uma nova teoria sobre o fenômeno estudado, mas um recurso epistêmico, uma forma de conhecer, de construir conhecimento, de se encontrar com o fenômeno estudado de forma rigorosa e não dogmática.

Um outro aspecto epistemológico a ser destacado a partir da fenomenologia é a ideia de que todo processo de construção de conhecimento encontra-se irremediavelmente entrelaçado na relação sujeito-objeto, buscando superar a dicotomia sujeito *versus* objeto, a oposição entre objetivismo e subjetivismo, e como tal, partindo do conceito de consciência intencional: “O eu também já não é mais, então, uma coisa isolada ao lado de outras coisas tais num mundo pré-dado e, em geral, cessa a séria exterioridade e justaposição das pessoas egóicas em benefício de um íntimo ser uns-nos-outros e ser uns-para-os-outros” (Husserl, 1935/2006, p.49).

Não há um solipsismo, um isolamento do sujeito; assim como não há apenas o mundo concreto como aquilo que é acessível ao conhecimento. Entende-se que o fenômeno estudado não é um “objeto isolado”, mas um fenômeno de correlação entre sujeito e mundo da vida (*Lebenswelt*), que estão inevitavelmente imbricados em nosso horizonte de experiências intersubjetivas.

Experimento em mim mesmo. No âmbito da minha vida consciente transcendental, tudo e cada um, e experimento o mundo não como simplesmente o meu mundo privado, mas como um mundo intersubjetivo, dado a cada um e acessível os seus

objetivos, e nele experimento os outros enquanto outros e, ao mesmo tempo, enquanto uns para os outros, para cada um (Husserl, 1929/1992, p.35).

Através dessa posição se considera que o “objeto” de estudo não é independente de seu observador, assim, abordamos aqui a experiência não só dos sujeitos da pesquisa, mas da própria pesquisadora, participante ativa de todo o processo descrito neste trabalho. Além disso também não há a pressuposição que nosso foco de estudo seja apenas um sujeito isolado, mas uma subjetividade, sempre constituída em relações com o mundo e com os outros. Assim, a atenção à crise não é uma atenção somente a um sujeito, mas a vários contextos. Costa (2013), ao discorrer sobre as primeiras crises do tipo psicóticas aponta que a aproximação da fenomenologia se dá também na busca pela compreensão da experiência vivida pelo sujeito, pelo abandono da atitude natural diante desse fenômeno, e que a intersubjetividade atravessa toda essa compreensão.

A escolha por essa epistemologia foi feita pois se entende que a ciência positivista, em sua postura natural e explicativa, não alcança a amplitude do fenômeno humano. (Husserl, 1935/2006; Dilthey, 1894/2008). O interesse aqui está na comunicação, na compreensão e não na previsão. A fenomenologia busca não ceder ao raciocínio das ciências positivas, que considera apenas os aspectos objetivos do mundo, nem no discurso especulativo da metafísica, que acabava por produzir teorias “descoladas” do mundo, que se encerram em si mesmas (Dartigues, 2008).

A fenomenologia nos permitiu, ao longo da pesquisa, problematizar nossas certezas, refletir e muitas vezes questionar nossos posicionamentos, esforçando para não ir ao campo com nossa tese “pronta”, mas descobrir ao longo do caminho quais fenômenos iam emergindo. Nos auxiliou na desconstrução das naturalizações a respeito do fenômeno estudado. Nos permitiu abrir mão (mesmo que momentaneamente) de nossas teorizações sobre aquele fenômeno para encontrar com aquilo que aparecia, sem perder uma base sólida de fundamento para que a pesquisa pudesse ser realizada.

A fenomenologia já impactou e contribuiu para diversos campos do conhecimento. Castañon (2007), pontua algumas influências: Teoria do Conhecimento, Epistemologia, Ética, Filosofia do Direito, Filosofia da Religião, diversas ciências humanas, especialmente a Antropologia e a Psicologia. Inclusive no campo da saúde mental. Pretendemos com isso pontuar a viabilidade do uso fenomenologia não apenas como método ou na concepção de homem, mas de

uma forma mais ampla, como epistemologia. Abordemos então algumas contribuições de sua utilização como fundamento para pensar a saúde mental.

2.1.1 Contribuições da fenomenologia para a atenção à saúde mental

Através do diálogo com a fenomenologia, várias construções e compreensões da Psicologia, da Psicopatologia, da Psiquiatria e da Saúde Mental puderam ser realizadas ao longo da história. Schneider (2009), Spohr & Schneider (2009) e Holanda (2011) apontam que a fenomenologia influenciou novos caminhos da saúde mental, oferecendo um alicerce filosófico, especialmente aos movimentos da Antipsiquiatria e da Luta Antimanicomial.

Segundo Manganaro (2006), a fenomenologia de Husserl influenciou diversos nomes da psiquiatria e da psicopatologia, dentre eles, Binswanger, Minkowski, Van den Berg, Jaspers, podemos acrescentar Ronald Laing, David Cooper, Franco Basaglia. A fenomenologia permitiu um salto qualitativo nesse campo quando possibilitou uma psicopatologia que prescindia de juízos clínicos, funcionalidades operativas ou objetivos práticos, porém não os invalidava, colocava esses conceitos “entre parênteses”, mas não os negava.

Ou se pensa já se ter, no que se sabe objetivamente, a própria realidade, o ser *em si* e na sua totalidade ou se reconhece o caráter *perspectivista*, a natureza, metodologicamente fundamentada e, ao mesmo tempo, limitada de todo conhecimento. Ou se procura uma satisfação no saber do *ser*. Ou se aceita o *horizonte aberto* de um movimento infinito. Ou se tem como centro de gravidade numa teoria do ser, que se acredita conhecer, ou na *sistematização de métodos conscientes*, com os quais se ilumina a escuridão infinita. Ou se abandonam todos os *métodos*, como suportes temporariamente necessários, para possuir pretensamente a própria realidade, que se conquistou, ou se destrói toda *dogmática de ser como erro temporariamente indispensável*, em favor do movimento do conhecimento, que nunca se apresenta diretamente nem se acaba, mas que sempre permanece aberto a uma experiência e investigação ilimitada (Jaspers, 1913/1987, p.58).

Gradualmente, a partir das reflexões de Husserl, psiquiatras e psicopatologistas fenomenólogos, como Jaspers, conduziram revisões de diferentes questões fundamentais da ciência médica psiquiátrica e da psicopatologia, possibilitando uma reformulação da maneira como as exercitar, no relacionamento com o sintoma e com a pessoa que o expressa. Jaspers (1913/1987) inaugura uma forma de pensar psicopatologia do ponto de vista fenomenológico. Alerta sobre os preconceitos, os conceitos anteriores que anuviam nosso olhar, sendo um deles o preconceito teórico. Neste, ocorre o sério risco do pesquisador se voltar somente ao que confirma sua teoria em questão:

Um preconceito teórico prejudicará sempre a compreensão dos fatos. Ver-se-ão sempre os dados estabelecidos dentro do esquema da teoria. Só interessa o que tem valor para ela e a confirma. Não se percebe o que não se relacionar com a teoria. O que depões contra ela é transformado ou encoberto. Vê-se a realidade com os olhos da teoria. Será, portanto, nossa tarefa constante aprender a *abstrair* sempre dos preconceitos teóricos, que sempre atuam em nós, exercitar-nos em colher *puramente os dados* (Jaspers, 1913/1987, p.20).

Jaspers também critica a naturalização da vida psíquica, e coloca como tarefa o esforço constante de abstração das teorias e de outros preconceitos, em busca de um acolhimento do fenômeno. Ele afirma os limites da ciência psicopatológica, considera que não podemos reduzir o sujeito a conceitos psicopatológicos: “Sempre o homem é algo mais do que se pode conhecer” (Jaspers, 1913/1987, p. 63).

Segundo Schneider (2009), as reflexões realizadas pela psicopatologia fenomenológica também possibilitaram um rompimento com a noção individualizante do fenômeno patológico. Houve uma ampliação dentro do entendimento, no contexto das psicopatologias, de indivíduo enquanto um ser-no-mundo, como um ser em relação.

Binswanger (2001) propõe uma elucidação fenomenológica da articulação total da existência como um ser-no-mundo, buscando uma compreensão da vida do sujeito, de sua história, de sua constituição, de seu mundo comunitário, de seu ambiente, das decisões de sua vida íntima, uma exploração metódica da história interior da vida. Um trabalho não explicativo, mas

compreensivo, paciente, sistemático, que busca uma reconstrução refletida da história da vida do sujeito.

Laing e Cooper (1964/1976; Laing, 1979) também realizam uma crítica à psiquiatria clássica utilizando a fenomenologia como base epistemológica em suas discussões. Segundo os autores, a psiquiatria clássica se apoia em uma representação objetiva de “doença mental” – sendo esta entendida enquanto entidade mórbida, de fundo orgânico ou “mental” – e enquadrando a experiência psicopatológica em um modelo empiricista e dicotômico (organicismo *versus* mentalismo), desqualificando a vivência do sujeito enquanto experiência. A fenomenologia surge na tentativa de superar os discursos objetivos do mundo e os discursos especulativos da metafísica (Dartigues, 2008), buscando um rompimento com ambas as lógicas determinísticas.

A revolução realizada pela fenomenologia possibilitou uma re colocação do sujeito da ciência como ator: o homem é o centro, em um contexto histórico e mundano (Holanda, 2011). Assim, dentro de um contexto da psicopatologia fenomenológica ou outras reflexões em saúde mental fundamentadas na fenomenologia, é contraditório pensar em uma ciência centrada na patologia ao invés de estar centrada no ser. O enfoque nesses casos não está na explicação das causas da doença, mas sim na compreensão do significado que essas vivências têm para o sujeito (Stockinger, 2007).

Para que haja uma compreensão do fenômeno é necessário ir às coisas-mesmas sem prévias representações ou significações, de modo a se conseguir uma descrição fiel (Holanda, 2009). A compreensão deve ser realizada como um processo integrativo, não dissociativo ou excludente. Todas as perspectivas são válidas, pois nos auxilia a compreender diferentes aspectos do fenômeno. É importante se esforçar para conhecer a vida psíquica por todos seus lados e por todas as vias.

A partir de uma epistemologia fenomenológica, observamos um olhar dirigido ao sujeito e ao seu sofrimento, não com o foco na doença, mas em sua expressividade, em seu contexto e em sua forma de ser, não apenas enquanto o entrecruzamento de múltiplas causalidades singularidade que se apresenta à compreensão. As discussões propostas pela fenomenologia apontam para um novo questionamento sobre o que é saúde e doença – como encontramos nos clássicos pensadores da psiquiatria fenomenológica –, que encontra eco nos contemporâneos questionamentos sobre a noção de “saúde mental” (Amarante, 2007)

Goulart (2007) aponta que Basaglia inicia suas propostas de Gorizia, fundamentado em concepções fenomenológicas e existenciais, baseadas na antropofenomenologia de Binswanger e de Minkowski, e na filosofia de Sartre. Além disso Basaglia também menciona Foucault, Goffman, Husserl e Scheler (Basaglia, 2005).

Basaglia (2005) constrói uma crítica à busca por explicações para a “doença mental” em posições metafísicas e dogmáticas que buscam confirmar suas hipóteses no corpo do próprio doente, encaixá-lo em suas hipóteses construídas, tal qual uma cama de Procusto. O autor critica a objetificação do doente mental, tal qual um corpo objeto no qual se aloca uma doença; pois ao fazermos isso, perdemos o contato com a pessoa que nos aparece. Ao invés de um olhar atento, temos um olhar direcionado por uma concepção teórica a respeito da doença mental. Basaglia (2005) enfatiza a importância de que:

[...] a psiquiatria asilar reconheça, enfim, ter fracassado em seu encontro com o real, esquivando-se da verificação que – através daquela realidade – poderia ter efetuado. Uma vez que a realidade lhe escapou, ela limitou-se a continuar fazendo “literatura”, elaborando suas teorias, enquanto o “doente” se via pagando as consequências dessa fratura – encerrado na única dimensão considerada adequada a ele: a segregação (p. 69).

A psiquiatria tradicional surge em meio a um contexto da medicina moderna que se fundamenta no modelo das ciências da natureza e no positivismo. Em meio a esse contexto, a psiquiatria tradicional buscou se adequar, criando posturas explicativas que funcionam através de lógicas causais. Ao considerar o homem, assim como toda a natureza, matematizável, ou seja, explicável através de sistemas formais, ela compreende o funcionamento psíquico assim como o físico. A perspectiva explicativa atribui sentidos de fora para dentro, a partir de ideias apriorísticas do que seja saúde ou doença, do que é melhor para o sujeito, de leituras sobre o sujeito a partir de teorias. É considerar uma emoção ou uma expressão como sintoma ou as inserir em um arcabouço teórico. A postura explicativa é a atitude hegemônica hoje. Uma postura para além da explicação é um esforço.

Porém, nessas reduções e objetificações realizadas em prol do conhecimento científico sobre a “doença mental” perdemos o contato com as vivências singulares dos sujeitos. O que os

autores mencionados nesse capítulo trazem como possibilidade, através da fenomenologia, é uma outra perspectiva epistemológica, de construção de conhecimento e compreensão dos fenômenos da psicopatologia, do humano como um todo. (Jaspers, 1913)

Uma das principais posturas preconizadas na compreensão é a de escutar o sujeito sem pressuposições e representações a respeito de suas possíveis patologias, na expectativa de superar os pré-julgamentos tradicionais e estigmas. Basaglia (2005) relata a necessidade de colocarmos a doença, como categoria dada, entre parênteses, para que possamos nos aproximar e compreender a pessoa que se encontra à nossa frente. O autor afirma:

Uma instituição que se pretende terapêutica deve tornar-se uma comunidade baseada na interação pré-reflexiva de todos os seus membros; uma instituição na qual a relação não seja a relação objetificante do senhor com o servo, ou de quem dá e quem recebe; na qual o doente não seja o último degrau de uma hierarquia baseada em valores estabelecidos de uma vez por todas pelo mais forte; na qual todos os membros possam – mediante a contestação recíproca e a dialetização das recíprocas posições – reconstruir o próprio corpo próprio e o próprio papel (2005, p. 89).

Manganaro (2006), afirma a importância de se manter em suspensão as preocupações etiopatogênicas e evitar a busca por uma organização nosológica. Pois, dessa forma, é que se torna possível entrar em contato com o modo de ser, de seu fazer-se mundano, como o sujeito é para o mundo e como ele “tem” o seu mundo, sem impedimentos pré-concebidos:

Revisitar a psicopatologia clínica em termo da experiência inter-humana permite chegar não mais a “caso de esquizofrenia”, objetivado em sintomas ou em mecanismo de defesa, descritos e tomados como fenômeno natural, mas à presença psicótica como eventualidade ou modalidade pessoal, como ameaça imanente do ser-humano, que paira sobre cada um. Evitar os reducionismos significa aproximar-se do estudo da psicopatologia como um novo espírito que faz dela uma autêntica ciência do homem (p. 88).

Ou seja, trata-se de ir de encontro ao próprio sujeito. A fenomenologia propõe um “retorno as coisas mesmas”. Husserl (1910/1965) afirma que: “não é das Filosofias que devem partir o impulso da investigação, mas, sim, das coisas e dos problemas” (p. 72). Ao dialogarmos com as reflexões propostas na saúde mental pelos autores mencionados, pode-se pensar que o impulso investigativo não deve partir das teorias, mas sim da vida, do mundo da vida (*Lebenswelt*). O esforço de compreensão da pessoa que busca ajuda da rede de atenção à saúde mental não deve ser aquele da compreensão do “caso de esquizofrenia”, mas de se aproximar para entender uma pessoa, uma vida. “Uma possível leitura que podemos ter do legado de Husserl para nossa situação específica de psicoterapeutas está exatamente no esforço em nos posicionarmos ‘sem misturas’, sem amálgamas, diante das coisas, numa posição de observador que participa, mas não interfere” (Holanda, 2014, p.95).

Holanda (2014) coloca que a postura compreensiva, fundamentada na fenomenologia, requer uma escuta ativa, uma observação atenta e a espera pela emergência do fenômeno do outro, uma abertura à percepção do fenômeno que se apresenta, no caso o sujeito e seu contexto, sua vida, uma disponibilidade para *estar-com*. Discorrer sobre a atitude fenomenológica na prática clínica não significa transpor a fenomenologia filosófica de Husserl à psicoterapia ou selecionar conceitos fenomenológicos e os realocar em atitudes terapêuticas. Não pretendemos aqui realizar uma análise simplista. Quando abordamos a prática clínica fundamentada na fenomenologia não nos referimos à psicoterapia apenas, mas sim a “um conjunto de práticas que envolvem a tomada do fenômeno humano nos seus processos de subjetivação” (Holanda, 2014, p. 93).

A partir dessas reflexões, pode-se pontuar a importância dessa postura inicial anterior a qualquer projeto de intervenção. A fenomenologia, enquanto epistemologia, foi utilizada nesta pesquisa como uma posição, uma disposição, frente ao fenômeno pesquisado. A fenomenologia pode ser compreendida “como uma postura, uma atitude que nos abre todo um leque de possibilidades, desde um modo de apreensão do humano até formas de plenificação da existência” (Holanda, 2014, p. 95). O sujeito em primeiras crises do tipo psicóticas foi compreendido em sua relação com o mundo, e não como sujeito isolado, sem assim cair na dicotomia sujeito e objeto que Husserl (1913/2006) tenta escapar. Assim, nosso fenômeno não é apenas o sujeito em primeiras crises do tipo psicóticas, mas se dirige também ao fenômeno *família*, às relações mais próximas do sujeito em crise, ao seu contexto existencial mais geral, amplo, em seu mundo da vida (*Lebenswelt*).

2.2 Metodologia da Pesquisa

O local escolhido para a realização da pesquisa foi um CAPS III de Curitiba. Apesar do CAPS não ser um dispositivo específico de atendimento a urgências e emergências (como consta na portaria 3.088 de 2011), ele é um dispositivo que vai acompanhar as crises de uma forma mais contínua. Além disso, escolhemos este equipamento pois tínhamos que os casos de primeiras crises não chegassem na atenção básica. Pelo que acompanhamos do grupo GIPSI de Brasília, geralmente a busca por atendimento ocorria após, ou no momento da primeira crise (ou na segunda, terceira, dependendo do caso), não enquanto casos prodrômicos. Assim, acreditamos que para alcançar os casos de crise eles apareceriam em equipamentos como a UPA (Unidade de Pronto Atendimento – local que acolhe emergências e urgências) e logo encaminhados para o CAPS. E de fato era esse o fluxo usual dos casos que encontrávamos, seu primeiro contato com o serviço de saúde era através da UPA.

O CAPS em questão se tornou CAPS III em 2013, iniciando o atendimento 24 horas em 12/07/2013. Ele está localizado em uma região nobre de Curitiba, inclusive a casa que subloca é uma casa de alto padrão com chão de mármore e banheira de hidromassagem; porém, é pouco adaptada às necessidades do CAPS, com poucas salas de atendimento. A localização da casa é isolada, na frente há um córrego com bastante vegetação, fica em uma rua pouco movimentada, sem muitos comércios, praças ou parques próximos.

Havia, no CAPS, dois momentos de reuniões oficiais entre a equipe: Uma reunião semanal das mini-equipes que tinha a duração de uma hora e meia; sendo que cada mini-equipe acompanhava cerca de 140 pessoas, e cada TR (terapeuta de referência) acompanhava cerca de 50 a 60 casos. E uma reunião semanal com todos os profissionais do CAPS com a duração de duas horas. O objetivo dessa reunião era debater assuntos administrativos, da dinâmica de trabalho, organizações e reorganizações dos processos de funcionamento do serviço e discussão de casos clínicos mais graves.

O CAPS em questão foi escolhido por uma aproximação nossa com seu coordenador. Na época, ele participava do grupo de pesquisas do Laboratório de Fenomenologia e Subjetividade da UFPR, vinculado a esta pesquisa. Este fato foi considerado como uma boa oportunidade, pois poderia possibilitar um local mais disponível à proposta de pesquisa. Posteriormente, a

coordenação foi modificada, mas a parceria e colaboração dos profissionais do CAPS permaneceu, o que auxiliou muito no processo de continuidade da pesquisa.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UnB, sob Protocolo CAAE 59367816.5.0000.0030 (ANEXO 1). A viabilidade da pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (ANEXO 2). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE: ANEXO 3 - TCLE da pessoa em primeira crise do tipo psicótica, ANEXO 4 – TCLE do profissional, ANEXO 5 – TCLE dos familiares).

Participaram da pesquisa três psicólogos do CAPS, uma terapeuta ocupacional, uma enfermeira, cinco pessoas em primeiras crises do tipo psicóticas, e quatorze familiares envolvidos, totalizando 24 participantes. Participaram enquanto auxiliares de pesquisa uma mestranda e três alunos de graduação participantes do *Grupo de Pesquisa: Estudos Fenomenológicos em Primeiras Crises do Tipo Psicóticas* da FAE Centro Universitário – PR. Os auxiliares ajudaram na realização de parte dos atendimentos individuais e familiares, propostos por esta pesquisa, sob meu acompanhamento. Eu realizei os encontros familiares, sempre acompanhada por algum profissional do CAPS ou auxiliares de pesquisa. Os encontros individuais foram realizados pelos profissionais do CAPS, uma mestranda e dois alunos do último período de psicologia que participavam do grupo de pesquisa.

A escolha da metodologia dessa pesquisa teve como base a epistemologia fenomenológica e o objeto em questão: a atenção às primeiras crises do tipo psicóticas. Entende-se, assim como Holanda (2006) coloca, que deva haver uma unidade “indissolúvel” entre os aspectos metodológicos e epistemológicos de uma pesquisa, entre a produção e a elaboração do conhecimento científico.

A escolha da metodologia da pesquisa também deve estar de acordo com o objeto e objetivo escolhidos. Em nosso caso, temos um objeto de alta complexidade, já que no processo de atenção às primeiras crises temos diversos atores envolvidos. Além do profissional que realiza os atendimentos e o sujeito em crise, também temos outras pessoas relacionadas à sua vida que serão relevantes no processo de atenção à crise. A partir de nosso fundamento epistemológico, entendemos que, ao pensar na atenção às primeiras crises precisamos considerar o sujeito em sua relação com o mundo e com os outros; ou seja, não temos como compreender o fenômeno da crise do sujeito apenas a partir dele, dessa única pessoa; pois se ela é constituída em relação, sua crise

está associada a outras pessoas, e a atenção proporcionada deve levar em conta também as pessoas mais próximas a esse sujeito. Desta forma, entendemos que nossos participantes deveriam ser os profissionais, o sujeito em crise e sua família (levando em conta um construto mais amplo a respeito da família, enquanto não somente os parentes consanguíneos, mas também as pessoas que fizeram e fazem parte da vida desse sujeito).

Nosso objetivo é problematizar a atenção às primeiras crises do tipo psicóticas, a partir de uma experiência em um CAPS III de Curitiba. Assim, utilizamos diversas ferramentas de coleta de dados que abrangeriam essa experiência de forma ampla; para que pudéssemos perceber os temas mais relevantes que apareciam na pesquisa de campo. Dentre essas ferramentas temos o diário de campo (Minayo, 1993), no qual descrevemos as experiências observadas, a respeito dos casos, das vivências dentro do CAPS, da proposta de atenção que estava sendo construída, das intervisões⁸ com os outros profissionais que acompanhavam o caso e das supervisões com o orientador da pesquisa. Entendemos que o diário de campo seria mais fiel a essa proposta de acompanhar de forma sistemática a experiência que estava sendo realizada. Para que pudéssemos contribuir para uma melhor compreensão sobre o fenômeno das primeiras crises do tipo psicóticas e especialmente nas formas de atenção a este grupo.

A observação realizada durante a pesquisa foi participante. (Minayo, 1993) Estas observações e diálogos com os profissionais eram realizados entre os atendimentos. Nas conversas com a equipe eram realizadas observações a respeito do CAPS, sobre as compreensões e ações em saúde mental, especialmente relacionadas às primeiras crises do tipo psicóticas. Foram realizadas muitas conversas informais e anotações variadas a respeito dessas e o que estava sendo observado em um diário de campo, que descrevia o que era observado e vivido e eram pontuadas também reflexões sobre o que estava sendo vivenciado.

Também utilizamos entrevistas realizadas com os profissionais do CAPS envolvidos na pesquisa, os sujeitos em crise e seus familiares. As entrevistas com os profissionais foram realizadas por uma das integrantes do grupo de pesquisa, para que eles ficassem bastante à vontade para discorrer sobre qualquer tema e avaliarem o projeto de forma sincera. As entrevistas com os familiares e sujeitos que estavam em crise foram realizadas entre 5 e 7 meses após a finalização

⁸ Conceito utilizado pelo GIPSI quando a supervisão se caracteriza por não ter uma liderança, um supervisor em uma posição hierarquizada, mas sim vários profissionais pensando o caso.

da pesquisa no CAPS. Demos este intervalo para verificar como a situação e contexto do sujeito se encontra atualmente, como a família e o sujeito estavam lidando com a crise ou mesmo se esta já estivesse passado, com o próprio cotidiano, a partir do acompanhamento que foi realizado. As entrevistas foram realizadas com a família e com o sujeito em crise. As perguntas norteadoras foram: Como foi para você(s) a experiência de atendimento à primeira crise realizado? Como você(s) entendem essa situação de crise hoje, e como entendiam quando chegaram ao CAPS? As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas.

Não temos pesquisas que tratam especificamente da atenção às primeiras crises em qualquer equipamento da RAPS. Por isso optamos por uma pesquisa que se construiu a partir do diálogo com o campo, buscando o desenvolvimento de ferramentas metodológicas apropriadas ao contexto.

Esta pesquisa tem uma abordagem qualitativa aos dados, pois se compreende a importância do caráter interativo do processo de produção de conhecimento, ainda mais quando o tema de pesquisa diz diretamente daquilo que é do humano. Creswell (2007) define a pesquisa qualitativa como uma atividade de estudo que busca compreender o fenômeno em termos de como as pessoas o significam. Uma das características comuns a esse tipo de pesquisa é a tendência para a coleta de dados no contexto natural em que os indivíduos se encontram onde os pesquisadores interagem com os colaboradores da pesquisa. A pesquisa qualitativa se torna uma abordagem interessante de pesquisa, especialmente quando há necessidade de compreender a complexidade de um fenômeno em que se voltando aos sujeitos podem surgir questões inesperadas, novas, não previstas na literatura.

Creswell também descreve algumas estratégias de validação da pesquisa qualitativa. Mencionaremos alguns dos cuidados tomados em nossa pesquisa. Houve um constante cuidado quanto ao engajamento e observação do campo, além de uma construção de confiança com os sujeitos da pesquisa, buscou-se apreender a cultura dos profissionais e da instituição, além da vivência dos sujeitos em crise e seus familiares. Tomamos o cuidado de nos posicionar criticamente frente aos nossos pressupostos diante do cenário em questão, entendendo que a subjetividade do pesquisador seguramente interfere no processo de pesquisa, e assim, buscamos estar conscientes também do impacto de nossa subjetividade sobre este processo de pesquisa. Buscamos utilizar diferentes fontes – conversávamos com profissionais, familiares e com as pessoas em crise – para que a compreensão sobre o fenômeno da atenção às primeiras crises fosse

o mais completo possível. Também havia mais de um investigador, já que éramos um grupo, pensando e vivenciando aqueles fenômenos.

Holanda (2006) considera como características da pesquisa qualitativa: a inclusão da subjetividade do pesquisador no ato de investigar e uma visão abrangente do fenômeno que leve em conta aspectos circunscritos a este. Através da abordagem qualitativa ao material da pesquisa, assumiu-se um compromisso de esforço em busca de conhecer a realidade fenomênica de nosso objeto de estudo que, por sua complexidade, plurideterminação, irregularidades, interatividade e historicidade necessita dessa abordagem diferenciada.

Foram realizadas leituras exaustivas das anotações do campo, além disso também muitas conversas com os pesquisadores e profissionais envolvidos no caso. Buscou-se a partir daí organizar as informações coletadas em temas gerais, que pudessem auxiliar a compreensão sobre os processos de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas vivenciadas ao longo da pesquisa. O processamento e análise desses dados foi feita através do método empírico-fenomenológico de Amedeo Giorgi (2000), e que é composto de um procedimento de quatro passos: captar o sentido do todo; discriminar as unidades de significado; transformar a linguagem diária do sujeito em linguagem psicológica; sintetizar as unidades de significado.

2.3 Descrição da proposta de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas

Iniciamos nossa aproximação do CAPS em uma reunião de equipe, na qual nos apresentamos e fizemos uma explanação sobre os objetivos da pesquisa que pretendíamos realizar. Um dos primeiros passos da pesquisa foi a realização de um grupo de estudos dos materiais sobre intervenção precoce nas primeiras crises do tipo psicóticas. Nessa primeira conversa, todos os profissionais que tiveram interesse em participar da pesquisa foram convidados a frequentar o grupo de estudos. O grupo aconteceu de abril de 2015 a junho de 2017, sendo realizado semanalmente e tinha a duração de uma hora e meia a duas horas. O objetivo desse grupo foi a compreensão sobre o contexto do CAPS, uma reflexão sobre a viabilidade do projeto de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas, possíveis adaptações e recriações, a partir do contexto do local. Diversos profissionais do CAPS passaram pelo grupo, alguns com participações mais breves, outros com participações mais duradouras. Tivemos a presença de profissionais da enfermagem, psicologia, terapia ocupacional e do coordenador do CAPS.

Um dos motivos que atraiu esses profissionais ao grupo de estudos, segundo seus relatos, foi o estudo em si, a reflexão e a capacitação, especialmente sobre os temas das primeiras crises do tipo psicóticas (uma novidade para a maioria dos profissionais), o atendimento em família, e o manejo de crises em geral. Podemos observar isso em algumas falas dos profissionais:

Profissional B: Como sempre gostei né, disso de aperfeiçoamento e atendimentos familiares, eu achei interessante... Eu fiquei bastante empolgada no início, é... Tinha bastante textos, a gente lia quase todos (risada)... Mas foi bem bom assim, semanalmente, sempre fazendo as discussões dos textos... Acho que por um ano e meio mais ou menos foi assim, até começar com os atendimentos. [...] Eu particularmente sempre achei ótimo o CAPS oferecer um período pros funcionários, pra gente poder se aperfeiçoar, porque a FEAES a fundação nunca ofereceu nenhum, nenhum... curso né de, de preparação pra crise, nada. Então a gente chegou aqui e chegou, chegamos chegando assim, sabe? Sem preparação nenhuma, sem capacitação nenhuma. Então, quando a Mariana veio, eu entendi que ela veio porque ela já tinha um contato com o nosso coordenador da época né e eu me senti muito privilegiada por isso, que legal né?

Contextualizando essa fala, a maioria dos profissionais que trabalhavam no CAPS na época da pesquisa foram contratados em um concurso para a saúde em 2014, e muitos desses profissionais não tinham experiência no campo da saúde mental. Por isso essa profissional se refere a “chegamos chegando” (sic), pois não houve uma preocupação em capacitar os profissionais, segundo sua percepção. Outros profissionais inicialmente não entraram no grupo porque entenderam que seria mais trabalho, dentro de um cotidiano já bastante atribulado.

Profissional E: Era mais trabalho, sabe quando você tá focado, mais uma coisa para fazer...

Essa fala representa muitos dos profissionais do local, que sentem não terem tempo para fazer qualquer outra atividade além daquelas que já realizam, pois se sentem já bastante

assoberbados. Essa profissional começou a participar depois de alguns meses do grupo porque os colegas que estavam participando falavam positivamente da experiência.

Profissional E: Aí eu comecei achar bem interessante eu até tava querendo começar a fazer o atendimento juntos, daí o problema foi a carga horária

Mas ainda assim, essa profissional teve que sair do grupo devido a uma troca de cargo que aumentou sua carga horária. O que podemos observar é que há o interesse de alguns profissionais em refletir sobre sua prática, ampliar seu conhecimento dentro do campo da saúde mental, porém, muitas vezes esse desejo é dificultado pelas demandas do trabalho. Muitas vezes o estudo e momento de reflexão não é considerado parte do trabalho, ou é secundário ao trabalho realizado no CAPS.

Ter a presença do coordenador do CAPS nos primeiros meses do grupo de estudo foi importante, pois havia um apoio da gestão em relação ao projeto. Por exemplo, inicialmente houve a demanda de leitura de diversos textos sobre o tema e os profissionais do CAPS relataram falta de tempo para realizar tais leituras. O coordenador entendeu que o estudo de tais textos seria importante para o trabalho no CAPS, entendendo também que a atualização de conhecimento fazia parte da função do profissional, estes poderiam utilizar uma hora do expediente semanal para efetuar as leituras, e o restante da equipe cobriria o profissional nesse período. Isso possibilitou que os profissionais se dedicassem às leituras.

Profissional B: Então assim, a gente tinha uma hora, a gente tinha duas horas pro grupo de estudos e, além disso, o nosso coordenador que era né, era bem favorável assim a esse grupo, ele ainda liberava a gente uma hora por semana né, durante o nosso horário de serviço pra ir ler os textos. Então a gente pegava lá um horário, das nove ao meio-dia, 'não, agora eu vou ler' né... E a gente deixava o serviço, saía daqui, eu ia no carro pra ler os textos. Então... Pra mim foi muito bom assim, eu fiquei bem empolgada que era um tempinho que a gente podia sair do prático pra ir pro teórico.

Após a saída desse coordenador tivemos nas duas coordenadoras que o seguiram igual apoio. Com a demora na aprovação da pesquisa nos dois comitês de ética (que durou nove meses), os profissionais começaram a se desmotivar em relação ao projeto. A duração de dois anos de grupo de estudo, foi um período muito longo. Eles estavam ansiosos para que a parte prática iniciasse. Debatíamos alguns casos que eles atendiam, enquanto trabalhávamos os textos, porém, sozinhos, eles se sentiam um pouco perdidos. Ainda havia o agravante de que eles encontraram muita dificuldade em conseguir que a família participasse dos encontros familiares. Podemos observar essas questões nos seguintes relatos:

Profissional B: Era bem piloto assim, porque a gente não tinha a intervenção, não era muito certo, os pacientes faltavam, a gente não sabia muito como conduzir. Foi uma experiência boa e foi ruim ao mesmo tempo, porque é... Como não deu certo né, acho que a gente lia nos textos e a gente foi criando aquela fantasia, aquele imaginário de que tudo seria... De que tudo daria certo né, mas daí as coisas começaram a não dar certo... No começo as coisas começaram a dar uma desanimada assim, porque as famílias não 'vinham' e foi difícil ver alguma, alguma... evolução.

Profissional A: Acho que uma coisa desmotivadora foi o... a questão da baixa adesão dos pacientes e, também, a gente estar fazendo, correndo atrás, mais a Mariana por fora né... E eu acho que seria bom se ela já estivesse dentro, com a gente correndo atrás né, indo atrás.

Entendemos essa demora como um aspecto que prejudicou a pesquisa, pois quando passamos para os atendimentos, os profissionais já estavam um pouco desacreditados da possibilidade da participação das famílias no cuidado, e a empolgação inicial havia diminuído. Entendemos que teria sido mais interessante ter iniciado o grupo de estudo um pouco mais tarde no processo da pesquisa. Para que não demorasse para iniciarmos a parte prática junto com os profissionais.

Iniciamos o acompanhamento direto nos casos de primeiras crises do tipo psicóticas em maio de 2017 e o término aconteceu em dezembro de 2017. Inicialmente, todos os atendimentos

seriam realizados no CAPS, mas por conta das mudanças na coordenação do CAPS, as horas de atendimento individual foram sendo reduzidas. Os profissionais eram cobrados a fazerem mais horas de atendimentos em grupo e menos horas de atendimento individual; nesta época eles poderiam realizar apenas sete atendimentos individuais por semana.

Como dentro da proposta já iniciada previa-se o atendimento individual, tivemos que buscar alternativas, já que nem todos poderiam continuar a serem atendidos pelos profissionais do CAPS. Assim, alguns casos passaram a ter atendimento individual na Clínica-Escola do Curso de Psicologia da FAE (PsicoFAE). Isto porque, neste local, funciona nosso grupo de pesquisa, inscrito no CNPq: *Primeiras crises do tipo psicóticas: estudos fenomenológicos*. Os atendimentos na PsicoFAE foram realizados apenas no 2º semestre de 2017, por alunos selecionados pelo projeto de pesquisa, acompanhados por observações minhas através da sala de espelho e supervisão semanal. Os atendimentos em família e alguns individuais continuaram sendo realizados também pelo CAPS.

Mesmo tendo o apoio da PsicoFAE e dos alunos de graduação participantes do projeto, o local de referência aos atendimentos do caso permaneceu sendo o CAPS. Os profissionais de referência continuaram sendo do CAPS, os encontros familiares, grupos de TR, atendimento com o psiquiatra e outras atividades (para além dos encontros individuais) também. A pesquisa auxiliava oferecendo algumas propostas de atendimento a mais e nas discussões e decisões sobre o caso. Os atendimentos eram realizados semanalmente (alguns mais de uma vez na semana dependendo da demanda), um encontro individual e um familiar, os terapeutas eram diferentes (dois para o atendimento familiar e um para o individual). Além disso, alguns dos sujeitos da pesquisa participavam de outras atividades no CAPS. A todos os casos era oferecido o atendimento individual e familiar, por considerarmos a importância de um aprofundamento na compreensão do sujeito em crise e de sua família.

Também eram realizadas intervisões semanais para a discussão dos casos, com os profissionais e alunos que participavam diretamente na pesquisa, além das conversas informais com os outros profissionais do CAPS envolvidos no caso. Entendíamos que essa troca da equipe interdisciplinar era essencial para a compreensão de diferentes aspectos do fenômeno.

2.3.1. Os participantes da pesquisa em primeiras crises do tipo psicóticas

Quem nos alertava sobre os casos de possíveis primeiras crises do tipo psicóticas era a equipe do CAPS. Todos os casos de primeiras crises com algum sintoma característico dos *transtornos psicóticos* (tais como delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento motor desorganizado, incluindo catatonia, associados ou não a sintomas negativos - expressão emocional diminuída, avolia, alogia, anedonia, ausência de interesse em interações sociais, dentre outros) foram encaminhadas para o grupo. O critério de seleção dos participantes através dos sintomas descritos no DSM-V se deu pela facilidade que esse instrumento permite na comunicação entre profissionais de diferentes áreas. De maio à dezembro de 2017 tivemos contato com cinco casos de primeiras crises do tipo psicóticas.

A proposta desta pesquisa não era realizar estudos de caso aprofundados de cada um desses participantes, pois nosso objeto da pesquisa era o processo de atenção às primeiras crises ofertado. Assim, os casos foram apresentados de forma sucinta para que o leitor possa se localizar contextualmente em relação ao caso quando mencionado. Eles serão utilizados ao longo da tese para possibilitar às discussões a respeito da de atenção, nossas dificuldades, desafios e percepções realizadas ao longo do processo.

Valter

Valter (25 anos) vivia com sua mãe Lara (54 anos) e seu pai Celso (56 anos) e seu irmão Álvaro (35 anos). Valter tinha um segundo irmão, Jorge (26 anos), que saiu em 2016 de casa para morar com sua noiva. Lara era dona de casa, sempre foi a principal responsável no cuidado com os filhos. Segundo Celso, ela “é quem manda na casa”, “quem cuida de todos”, “é só coração” (sic-Celso). Ela dizia que seus filhos “vem em primeiro lugar” (sic-Lara). Celso era vendedor e sempre trabalhou bastante fora de casa, fazendo muitas viagens a trabalho, é ele quem sustentava a casa financeiramente. Celso gostava de sair com os amigos e era “galanteador” (sic-Lara), sempre fazia elogios e brincadeiras com as mulheres.

Álvaro, primogênito, sempre foi muito adorado por toda a família, recebeu muita atenção e carinho em sua primeira infância, especialmente por sua tia e seu avô (ambos da família materna). Quando Álvaro tinha 9 anos nasceu Jorge, um ano depois Valter. Aos 14 anos, Álvaro começou a fazer uso de drogas. Celso e Lara contaram esse acontecimento como algo muito marcante na

família, pois consideram que foi aí que as maiores dificuldades da família começaram. Lara contou que Celso nunca estava em casa, e ela sentia que não conseguia impor limites suficientes a Álvaro. Para fazer uso de drogas, Álvaro começou a vender objetos da casa e a pegar dinheiro dos pais. Para evitar os furtos, Lara começou a trancar tudo que tinha de valor em seu quarto; Jorge e Valter também mantinham seus quartos trancados. A convivência em casa começou a ficar cada vez mais conflituosa e Álvaro começou a agredir verbalmente, e algumas vezes fisicamente seus familiares, especialmente quando estava sob o efeito de drogas.

A relação entre os membros da família nesta época se tornou cada vez mais distante e conflituosa. Jorge relata que começou a trabalhar cedo pois queria ter sua “vida fora de casa” (sic-Jorge), sua vida independente. Também entrava em vários conflitos com o irmão, pois o achava “folgado” (sic-Jorge), e acreditava que sua mãe e sua tia “passam muito a mão em sua cabeça” (sic-Jorge). Valter, que é um jovem tímido, acabava ficando boa parte do tempo que passava em casa trancado em seu quarto, que ficava no porão, junto com os quartos dos outros irmãos.

Jorge relatou alguns episódios de agressões físicas de Álvaro com os outros membros da família, como uma vez em que, para entrar no quarto de Valter, ele o golpeou com o cabo de uma enxada. Ou outra vez em que Álvaro saiu atrás de Jorge com uma faca. A agressão física não vinha somente de Álvaro, Jorge era bastante agressivo com Álvaro, especialmente depois que se tornou adolescente e a diferença de idade não se traduzia mais em uma diferença de tamanho. Jorge era bastante alto e encorpado, Valter era mais esguio, fisicamente eles são bastante diferentes.

Celso e Lara também tinham conflitos no casamento, Lara não gostava do comportamento galanteador de Celso e descobriu que ele teve uma filha, que tem a mesma idade de Jorge, com outra mulher. Aos poucos esse descontentamento de Lara foi se tornando mais “acomodado”, segundo os relatos que ela fez; os outros conflitos da família acabaram se tornando mais centrais, demandando mais dela. Ela disse que hoje esse comportamento dele já não a incomoda mais e não se importa se ele ainda estiver se relacionando com outras mulheres. O casal não tem mais relações sexuais entre eles. Celso justifica o comportamento de flertar e se interessar por outras mulheres como algo “natural do homem”. Celso atribui à masculinidade algumas representações, constantemente dizia que homens não demonstram seus afetos, não choram, se fecham quando não estão bem, não dividem seus problemas e tem por “instinto” (sic-Celso) procurar mais de uma mulher.

Em 2007, Valter começou a namorar Stella. Em 2008 ela foi morar na casa dos pais de Valter porque estava tendo problemas com sua própria família. Viveu lá por quase três anos, até que em 2011 eles dois decidiram morar sozinhos. A família de Valter permaneceu bastante presente na vida do casal, auxiliaram inclusive na compra de eletrodomésticos e na organização do apartamento novo. Ficaram morando juntos por quase um ano, mas segundo Valter “a convivência não deu certo” (sic) e ele acabou voltando para casa sem explicar a ninguém detalhes do que havia ocorrido. Ele dizia que não gostava de falar desse assunto.

O ano de 2010 foi um ano que a família considera bastante difícil, pois a mãe de Lara faleceu e isso a afetou muito. Quase sempre falar da morte de sua mãe trazia lágrimas a seus olhos. Dois anos depois, Lara descobriu que tinha câncer de mama. Ela diz que acha que ficou com câncer de tanta tristeza pela morte de sua mãe. Antes mesmo dela contar para a família sobre o câncer, Valter relatou que já tinha percebido que algo não estava bem com sua mãe. Ele parece estar sempre muito atento aos sentimentos da mãe, dizia que percebia quando ela estava triste. Em 2011, assim que Valter volta para casa, ele começou a “se fechar” (sic-Lara) cada vez mais, fica cada vez mais no quarto, começou a ler a Bíblia durante quase o dia todo, apenas tomando água, não querendo se alimentar. Valter não voltou a trabalhar e permaneceu ora mais isolado, ora menos, durante esses cinco anos. Lara relata que, em 2015, Valter começou “a falar e a rir sozinho no quarto” (sic) e mesmo quando na presença da família soltava risos “sem sentido” (sic).

Em junho de 2017, Valter começou a falar para a mãe que estava com medo do pai e dos irmãos e tentou esconder as facas da cozinha de sua casa. Em julho do mesmo ano teve uma briga que com os irmãos. Álvaro estava agredindo a mãe verbalmente e Valter quis a defender, começando a agredir fisicamente Álvaro. Jorge tentou apartar, mas segundo os pais, Valter achou que ele o estava atacando, e começou a agredi-lo fisicamente também. Os três tiveram que ir ao pronto atendimento. Valter dizia que não gostava de falar desse evento.

Após a briga, Valter foi encaminhado ao CAPS, pela UPA. Compareciam rotineiramente aos encontros familiares Celso, Lara e Valter. O pai justificava que Jorge não poderia comparecer por seu trabalho e Álvaro não queria ir ao CAPS. Em um encontro insistimos que os irmãos viessem, e Jorge compareceu, reforçamos a importância de sua presença, mas ele não retornou. Valter falava pouco nos encontros familiares e nos individuais. Geralmente permanecia olhando para algum ponto da parede da sala e só respondia quando lhe perguntávamos algo. Lara expressava muita tristeza nos encontros, chorava, principalmente pela preocupação que tem com

Álvaro e Valter. Ela hesita em falar de seus sentimentos, desejos e críticas. Quando Celso começava a falar ela geralmente se calava. Celso falava bastante em sessão, realizava longos discursos e contava histórias detalhadamente. Também fazia muitas piadas, no primeiro encontro familiar disse que se chamava “Gianecchini”. Também realizava muitos elogios às mulheres, fazia isso também com as psicólogas que acompanhavam o caso. Lara disse que não se importava, que antigamente não gostava, que já fazia muitos anos que havia se acostumado.

Durante os encontros individuais com Valter ele relatou que realizava meditação diariamente. Ele se colocava deitado em sua cama, se cobria com o cobertor, deixando-o perfeitamente alinhado, deixava seus braços colados ao corpo e dobrava os pulsos deixando as mãos na vertical, retas, com os dedos lado a lado. Aí então fixava seu olhar em sua mão e permanecia nessa posição por várias horas.

Quando indagados sobre cada filho, os pais relatavam: o pai considerava Álvaro um amigo, a mãe dizia que ele a preocupava, Celso considera ele o “ícone da casa” (sic), o mais amado e que ganhava mais atenção. Jorge era o irmão mais nervoso e revoltado segundo os pais, também era aquele que é letrado, “do mundo” (sic-Celso), era o que “se vira” (sic-Celso). Valter era considerado o mais caseiro, “é o bebê, é só amor, é o paparicado” (sic-Celso). Valter disse não gostar de ser chamado de bebê ao ouvir o pai o chamar assim. Lara era considerada por Celso como a apaziguadora, ela “camufla” (sic-Celso) quando as coisas não estão bem, era a “*more* da casa” (sic-Celso), ou seja, a que mandava, era “o espelho, o norte, nada acontece sem ela, ela é tudo” (sic-Celso). Lara negou essas representações dela. Essa representação de Lara enquanto a que mandava na casa também apareceu na fala de Jorge, que disse que Álvaro só não foi expulso de casa ainda porque a mãe não deixava. Celso, Jorge e Valter queriam Álvaro fora de casa, mas Lara “protege ele” (sic-Jorge). Celso, segundo Lara, era quem cuidava financeiramente da família, era brincalhão, mas também brigava, era o cabeça, o líder, o pensante, “o que faz funcionar” (sic-Lara). Celso respondia que a falha estava nele (se referindo ao que considera os conflitos da família).

Roberto

Roberto nasceu em 1994 (23 anos), morava com sua mãe Rosa (52 anos) e seu pai Pedro (56 anos), sua irmã Giorgia de 28 anos morava com o marido em outra casa. Pedro trabalhou a vida toda como pedreiro e mestre de obras, e Rosa como cabeleireira. O casal sempre se orgulhou

muito de suas conquistas, feitas através de seu trabalho. Hoje possuem uma casa própria e uma casa que alugam nos fundos de seu terreno.

Rosa e Giorgia sempre tiveram uma relação muito conflituosa, Pedro e Roberto começaram a ter mais conflitos quando Roberto entrou na adolescência e passou a questionar as regras e vontades do pai. O pai exigia dele uma postura de “homem” (sic), que trabalhasse e não usasse drogas (Roberto costuma cheirar gasolina).

Quando Roberto chegou ao CAPS estava com muito medo, dizia que estava sendo perseguido por gangues, uma de brancos e outra de negros. Estava acontecendo uma guerra entre as gangues de brancos e negros. E ele tinha “levado a pior porque ora ficava mais branco e ora mais negro” (sic); quando ficava no sol, ficava mais negro e seu olho mudava de cor e durante o inverno ficava mais branco. Assim, dependendo do momento, uma das duas gangues estava atrás dele. Essa foi sua primeira fala quando fez seu acolhimento individualmente no CAPS, logo depois dele me contar sobre essa guerra, perguntei sobre sua família, ele disse “ah, a minha família é a pior possível, porque meu pai é branco de olho azul e minha mãe é negra, e eu fico no meio dessa guerra” (sic). E de fato essas eram as características físicas de seus pais.

Ele também mencionava bastante uma briga de gangues que teve na sua escola em que viu um menino de olho azul ser violentamente agredido e que ficou parecendo “carne moída” (sic). Disse que por um tempo conseguiu esquecer essa cena, mas viu um episódio de “Naruto” que também era violento e não conseguiu mais esquecer a cena da escola. Começou a ficar com medo e a falar que haviam pessoas o seguindo, e que as pessoas de olhos azuis ou verdes seriam punidas (ele tem olhos verdes). Por isso começou a ficar trancado no quarto, a não sair mais de casa e a aumentar a frequência que cheirava gasolina.

Roberto queria ser “o grande homem”, “o campeão”, aquele que tinha dinheiro para “comprar carne”. Queria comer e engordar bastante para se tornar “o grande homem”, com uma “capa de gordura” não sofreria mais ameaças (de outros grandes homens), e que isso traria sucesso e felicidade para ele. Queria injetar sangue de cavalo em si mesmo para ficar musculoso e grande como uma “porta”. Temia que se voltasse a frequentar baladas, iria acabar em brigas de gangues. Segundo ele, se fosse gordo e grande ficaria com preguiça de sair para a balada e iria preferir ficar em casa, com sua família.

Logo após ter saído do leito do CAPS, Roberto voltou a trabalhar cortando grama. O trabalho é um aspecto central da vida dos pais, assim era importante para eles que Roberto voltasse

a trabalhar, insistiam muito em relação a isso. A irmã também percebia essa pressão dos pais em relação ao seu bom desempenho no trabalho.

Tanto o pai como a mãe tinham dificuldade em acolher o sentimento e dores dos filhos na história de sua relação com eles. Ainda assim, ambos exprimiam o desejo de terem melhores relações com os filhos. O pai gostaria de ter uma relação melhor com o filho, e a mãe gostaria de ter uma relação melhor com a filha. Roberto dizia que não agredia o pai apenas porque temia “tomar injeção” (sic) novamente (referindo ao dia em que foi levado à UPA pelo SAMU). Falava sobre ser o grande homem, para não sofrer ameaças mais (de outros grandes homens). A mãe tentava amenizar e controlar o conflito do pai com o filho. Os pais tinham dificuldade em compreender a raiva de Roberto e não aceitavam as lembranças que descrevia sobre as violências do pai, relatavam que não haviam acontecido.

Iva

Os pais de Iva são Caio, que tem 59 anos, e Sofia, que tem 45. Iva tem 24 anos e sua irmã, Marcela, tem 23 anos. Iva e Marcela tem dois meio-irmãos Juliano de 7 anos (fruto do segundo casamento de Sofia) e Savio de 11 anos (fruto do segundo casamento de Caio). Caio, depois de casado com Sofia, começou a expressar ciúmes por ela e aos poucos o casal iniciou conflitos. Caio bebia e muitas vezes se tornava violento, agredindo verbalmente e fisicamente Sofia. A primeira filha do casal, Iva, nasceu em 1994, um ano e meio depois nasceu Marcela. Um pouco depois, Sofia decidiu se separar e foi para a casa de sua mãe. Caio sofreu muito com o término e tentou diversas vezes se aproximar novamente de Sofia. Sofia voltou a trabalhar e iniciou uma graduação, “queria recomeçar a vida” (sic). Caio não gostou dessa retomada de Sofia e a criticou muito por isso, argumentando que não queria essa vida para suas filhas, e que, portanto, queria a guarda das filhas. Sofia relatava que diante de todo esse conflito e a falta de tempo para manejar o trabalho, os estudos e cuidado com as filhas, resolveu as deixar morando com o pai.

Caio voltou a casar, e sua esposa tinha muitos conflitos com as meninas. As duas irmãs passaram então a sofrer violências verbais por parte da madrasta e violência física e verbal por parte do pai. Elas relatavam que o pai, quando bebia, ficava muito agressivo, e exemplificaram relatando um dia que ele chutou Iva na barriga quando ela já estava caída no chão. Caio não negava, mas dizia que as três (Sofia e as filhas) exageravam bastante as situações. Sofia voltou a rever as meninas alguns anos depois e as levava para sua casa em alguns finais de semana. Quando as irmãs

entram na adolescência, a mãe descobriu as violências que elas sofriam, então as convidou para morar com ela. Marcela aceitou, mas Iva permaneceu com o pai. Em 2014, Iva fez um intercâmbio para fora do Brasil, relatou ter passado por um período de “depressão” (sic). Apaixonou-se nesse período por um menino e uma menina, mas não conseguia escolher entre um ou outro. Em 2016, Iva precisou trancar a faculdade porque o pai não conseguiu mais pagar a mensalidade. Marcela permaneceu fazendo graduação e trabalhando.

Iva chegou ao CAPS encaminhada pela UPA. Foi até a UPA porque sofreu um acidente de carro em que, ao dirigir, sentiu que precisava deixar suas emoções a guiar e fechou os olhos, nisso bateu em outro carro. Iva chegou à UPA dizendo que era filha de Deus e que tinha conexões mentais com os outros, falando diferentes línguas, algumas que não reconhecíamos. Estava bastante falante, conversando com todos do CAPS. Na época, Iva morava com o namorado há dois anos; depois do acidente o namorado revelou à família que ela estava com comportamentos diferente do usual já há algum tempo, além disso também não estava tomando banho, tinha dificuldade para dormir, fazia bastante uso de maconha e álcool. Desde março, a família percebeu um afastamento maior do que o comum da parte de Iva.

Desde o primeiro encontro familiar, Iva relatou que era muito estranho ver sua família junta no mesmo recinto, pois desde a separação de seus pais ela nunca tinha visto a mãe e o pai num mesmo local. Iva falava que sua família não a compreendia, queria que ela fosse algo que ela não era, pedia por aceitação e amor. A família negava seu discurso, dizendo que ela tinha amor e tinha aceitação. Aos poucos, Marcela e Sofia começaram a expressar que, na verdade, o pai era o único que não aceitava Iva, mas que ela não deveria se importar, era o jeito dele, elas o ignoravam e que Iva deveria também.

Uma via encontrada para auxiliar a família a escutar o que estava sendo dito por Iva foi investigar como Marcela se sentia em relação a sua família. Quando Marcela começou a contar sobre a história da família, o sofrimento que ela e Iva passaram durante a infância e adolescência, o discurso de falta de amor e de não aceitação foi sendo mais aceito pela família. Inicialmente o pai e a mãe negavam igualmente o que estava sendo dito. Mas, aos poucos, foram se abrindo para essa possibilidade de escuta, especialmente a mãe, mesmo não aceitando o que estava sendo dito; o pai permanecia vindo nos encontros, mesmo escutando tudo o que as filhas e a esposa tinham para falar sobre seus atos de violência.

Durante o período em que Iva ficou no leito do CAPS seu namorado terminou com ela, então ao receber alta do leito Iva foi morar com o pai. Nos dois encontros familiares seguintes Iva relatou muito sofrimento diante das agressões verbais do pai. Perguntamos a eles se haviam alternativas de locais em que Iva poderia ficar. A família teve que fazer uma grande mobilização, especialmente emocional, para que pudesse ir morar com a mãe e a irmã. Foi um processo difícil para a família, porém muito transformador como pudemos observar pelos seus relatos. Sofia pôde oferecer nesse momento para Iva, o que ofereceu a Marcela quando ela foi para sua casa, amor e acolhimento, relações e interações que até então não tinha tido por parte dos pais.

Thaís

Thaís era uma jovem de 23 anos, vivia com a mãe, Vilma (54 anos) o pai, Jean (64 anos), um irmão chamado Marcos (24 anos) e outro chamado Michael (16 anos). Thaís tinha mais dois irmãos, Miguel (36 anos) que vivia em outra cidade e Mario (34 anos) que vivia em outro país.

Thaís estudava em uma universidade federal, a primeira de sua família a frequentar uma universidade, gostava de música coreana e de passar tempo com o namorado (que tinha há 3 anos). Thaís dizia não ter muitos amigos, então passava a maior parte do tempo em casa ou com o namorado. Antes de entrar no curso que escolheu, iniciou outros dois cursos em outras universidades federais, mas não se identificou com eles.

Vilma a acompanhou, desde o primeiro dia que veio ao CAPS. Vilma trabalhou por muitos anos como diarista e estava trabalhando em uma panificadora, mas teve que sair para cuidar de Thaís quando as crises pioraram. Vilma falava de Thaís com muitos elogios. Jean trabalhava como vigia. Ele não compareceu em nenhum dos encontros familiares, Vilma justificou que era por causa de seu horário de trabalho. Vilma e Thaís o descreviam como alguém não muito presente em casa. Certa vez quando Jean foi para outro país, a trabalho, por três meses, perguntei a elas se estavam sentindo falta dele e elas responderam que não fazia muita falta, não viam muita diferença. Vilma também relatou que ele brigava muito com Marcos e que isso a entristecia.

Quem pagava a maioria das contas da casa era Mario (aluguel, luz e internet). Mario trabalhava em outro país com reciclagem de lixo, ele é considerado por Thaís como “muito metódico” (sic) e Vilma relatava que ele mandava em Marcos e na família quando moravam na mesma casa. Marcos era usuário de drogas há 10 anos, tinha um histórico de várias prisões por roubo e por agressão contra a mãe. Ele era bastante violento com a família, verbalmente e

fisicamente (especialmente com Vilma e com Thaís). Thaís o considerava “uma desgraça” (sic) e Vilma relatava que “ele não é bom” (sic). Thaís dizia ter muita raiva do irmão, não falava mais com ele, a presença dele na casa a deixava muito nervosa. Vilma elogiava muito Thaís, dizia que as palavras que a definiam eram “amor” (sic) e “dedicada aos estudos” (sic). Michael compareceu em alguns encontros familiares, ele era tímido, falou pouco, apenas quando a palavra era direcionada a ele. Thaís o considerava folgado, mas dizia que se dava bem com ele. Vilma relatava que ele era “quietinho” (sic), tinha alguns problemas na escola, mas ela dizia que ele era obediente.

A partir de 2007, Vilma voltou a trabalhar, nesta época Thaís ficava em casa com o irmão, eles brigavam muito, ela era agredida por ele verbalmente e fisicamente. O episódio que ela relata que mais a marcou foi em 2013 (ela estava com 19 anos) em que Marcos a agrediu com muita violência. Foi nesse mesmo ano que ela realizou sua primeira tentativa de suicídio. Outro episódio bastante marcante para a família é a tentativa de homicídio que Marcos realizou contra a mãe, em 2009. Em 2009 ele a ameaçou com uma faca, Vilma teve que fugir pela janela, por essa tentativa ele foi preso novamente. Na época em que acompanhamos o caso Marcos não mais agredia fisicamente Thaís, ela dizia que achou uma forma de lidar com suas agressões; quando ele começava a se exaltar, ela ameaçava ligar para a polícia, aí ele então se acalmava.

O primeiro contato de Thaís com um serviço de saúde mental foi através do psiquiatra da universidade. Mas em pouco tempo abandonou o tratamento. Seus próximos contatos foram na UPA, que a encaminhou para o CAPS. Em nosso primeiro encontro, Thaís e sua mãe relataram estar muito aflitas e haviam ido ao CAPS, através de um encaminhamento do Pronto Atendimento, em busca de tratamento. Vilma pedia pelo internamento, Thaís tinha medo do internamento, mas gostaria de receber tratamento. Ela já havia iniciado alguns processos terapêuticos, já fazia acompanhamento com psiquiatra, mas nunca deu continuidade aos tratamentos os interrompendo dentro de poucos meses. Thaís chegou em agosto de 2017 no CAPS, mas já havia estado lá em março do mesmo ano, mas também não havia dado continuidade no tratamento no início do ano.

Um dos temas que Thaís mais trazia era de sua relação com seu irmão Marcos. Sua fala sempre era carregada de muita raiva, e este era o sentimento que mais ela expressava em relação a ele. O que nos chamou a atenção é que nos momentos de crise, Thaís se auto-agredia, quebrava objetos de sua casa ou agredia fisicamente sua mãe; porém não agredia seu irmão Marcos, pelo qual relatava sentir muita raiva.

Thaís trancou a faculdade um pouco antes de vir ao CAPS, disse que era porque precisava de um tempo para se cuidar, e tinha medo de entrar em crise na sala de aula. Thaís e Vilma descreviam o cotidiano de Thaís depois que ela saiu da faculdade como sendo ela no quarto o dia todo, geralmente dormindo. A mãe levava a comida para ela no quarto. Em alguns momentos Thaís começava a sentir muita raiva e quebrava objetos em sua casa, se auto agredia, saía correndo de casa, agredia sua mãe ou tentava se matar, tomando medicamentos, por exemplo. Algumas vezes ela dizia se lembrar desses momentos, em outros não. Vilma chegou a levar Thaís na UPA quatro vezes em uma semana.

Lucas

Lucas tinha 21 anos, e na época em que realizamos o acolhimento morava com sua mãe Ariane de 43 anos, seu pai Rubens de 51 anos e seu irmão Juca de 16 anos. Lucas tinha o ensino médio completo e não trabalhava.

No primeiro contato que tivemos com Lucas, ele falou da preocupação que tinha com sua família, que se sentia muito pressionado em casa e culpado por não conseguir trabalho. Dizia que tentava ajudar os pais que estavam em uma crise financeira e emocional, mas que por isso ficou muito angustiado, a ponto de desmaiar no banho. Temia que eu mexesse com as emoções dos pais e que isso “pioraria a situação” (sic). Dizia apenas que queria ficar em paz com seu pai, com ele trazendo dinheiro para ele e o visitando enquanto ficava no leito do CAPS.

A família percebeu mudanças em Lucas a partir de 2015, após ter ido a uma festa com o primo. Após esse evento, ficou nove meses praticamente isolado em seu quarto. Ele começou o acompanhamento através do ambulatório do NASF, período em que começou a tomar Risperidona 3 mg, mas parou de usar porque a família estava voltada ao problema de saúde de seu pai, que teve uma série de ataques cardíacos.

O primeiro contato de Lucas com os serviços de saúde mental foi em julho de 2016 em um CAPS AD, porém após o acolhimento foi encaminhado para o CAPS III. Nesta época Lucas estava fumando cerca de 30 cigarros de maconha por dia, ingerindo um litro de álcool por dia e três gramas de cocaína a cada três dias, segundo seu próprio relato. Tinha muito medo, exemplificava dizendo que tinha medo da cadeira ou de se levantar. Sentia que um demônio havia invadido seu corpo.

Lucas chegou ao CAPS através da UPA; o SAMU foi chamado a sua casa porque em uma briga com a mãe e bateu nela, como ele já tinha um histórico de um momento de crise anterior, ele foi levado ao CAPS. Neste dia ele estava tomando banho, a mãe reclamou da demora no banho, ele pediu sabonete para ela e ela não trouxe. Lucas disse que ficou muito nervoso e “apagou”, não lembra de nada depois disso. A família relata que ele saiu do banho e agrediu a mãe, o pai separou os dois. Ariane ficou bastante machucada e também teve que ir no pronto atendimento.

No primeiro encontro com a família Ariane discorreu sobre a dificuldade de dar limite para Lucas, assim que ele entrou na adolescência, diziam que ele não ouvia a mãe e ela disse que foi desistindo aos poucos. Lucas foi o primeiro filho do casal após um aborto e houve muita expectativa em relação à maternidade por parte da mãe, segundo seu relato. A família desconfiava muito de Lucas, diz que ele já mentiu muito para eles, já roubou dinheiro de casa. Lucas ficava muito irritado ao ouvir o pai falar sobre o que esperava dele e suas reclamações, em um encontro disse que teve vontade de jogar a cadeira. Ariane se sentia com medo do filho, e muitas vezes dizia “coloquei o freio de mão” (sic), em relação as discussões com o filho, o que significava que ela não o confrontava mais.

O casal entrava muito em conflito em relação à educação de Lucas, a mãe era quem costumava dar os limites a ele e o pai tinha dificuldade em exercer essa tarefa, segundo relato de ambos. Ariane ressentia muito o marido por não a defender, por não dar segurança a ela diante do filho. Assim, no mês de julho Ariane foi ficar na casa dos pais, junto com Juca, pois em um confronto com Lucas sentiu medo e disse que não iria mais apanhar.

2.3.2. Que tipo de atenção às primeiras crises foi realizada nesses casos?

A partir dos casos descritos, apresentamos nesse subitem as ações que foram realizadas durante a pesquisa. A terapêutica proposta abarcava o acolhimento que era realizado com o sujeito e sua família, os encontros familiares, os individuais e as conversas realizadas com a equipe.

2.3.2.1. Acolhimento e compreensão do sujeito, da família e da crise

Era comum que o primeiro contato com o sujeito fosse feito pela equipe do CAPS. Só sabíamos que havia algum caso de primeira crise do tipo psicótico (ou pelo menos havia a suspeita

de um caso como esse) após eles entrarem em contato conosco. Ao sermos informados sobre o caso íamos até o CAPS, caso o sujeito estivesse no leito, o marcávamos um encontro junto com a família na mesma semana. Em alguns casos conversamos primeiro com o sujeito em outros casos com o sujeito e sua família. Isso ocorreu porque 3 dos 5 casos permaneceram no leito assim que chegaram ao CAPS, e ficaram durante algumas semanas. Nestes casos, nosso primeiro contato foi com o sujeito e depois foi marcado um acolhimento junto com a família. De qualquer forma, havia sempre o acolhimento do sujeito com a sua família, mesmo que posteriormente a uma primeira conversa individual com o sujeito. No momento do acolhimento do caso, nos apresentamos e explicamos a pesquisa, apontando a compreensão de que o momento de crise não diz somente de um sujeito, mas de todo um grupo de pessoas mais próximas, frequentemente familiares, que também muitas vezes se encontram em crise naquele momento, e que por isso estávamos lá para dar suporte a todos.

Nesse primeiro momento, tentávamos escutar todos os presentes, acolhendo suas representações, sentidos e vivências. (Silva e Costa, 2013) Buscávamos possibilitar a fala dos presentes, para que todos pudessem ser ouvidos; era comum que apenas um ou dois membros da família falassem mais, e muitas vezes que falassem pelos outros, sobre vivências e sentimentos dos outros, inclusive. Tentávamos, ao longo do encontro, direcionar perguntas aos outros membros também, buscando compreender suas vivências e sentidos.

Isso era importante porque o foco do trabalho girava em torno das representações, sentidos e vivências desse sujeito e de sua família, de suas histórias, de seus conflitos e crenças. O ponto de partida era a compreensão do fenômeno em si, das relações sujeito-mundo estabelecidas, que estão ali para serem compreendidas e não explicadas, de acordo com a fundamentação fenomenológica que adotamos. (Husserl, 1907/1986, 1913/2006, 1929/1992, 1935/2006, 1910/1965)

Buscou-se considerar a pessoa em crise como um sujeito ativo e concreto, e não um objeto, um doente a ser tratado. Necessitou-se para isso que todos os membros, sujeitos, familiares e profissionais, pudessem dialogar sobre suas recíprocas posições e opiniões. Toda a atuação foi pautada em um movimento de constante atenção ao contexto, sentidos, necessidades e potenciais do sujeito. A cada passo que se deu, se verificou antes se aquilo fazia sentido ao sujeito que está sendo atendido, ou se era uma ação pautada nos pressupostos ou preconceções do terapeuta do que seria melhor para o paciente. (Basaglia, 2005)

Utilizamos como base, o acolhimento implicado, utilizado pelo GIPSI. Silva e Costa (2013), descrevem que esse acolhimento integra diversas dimensões: individual, familiar, rede social, psiquiátrica, ocupacional e institucional. O enfoque está nos

(...) caracteres afetivos que envolvem a dimensão da angústia vivenciada, quais laços emocionais ainda estão mantidos e quais foram rompidos, as crenças envolvidas na manutenção ou rompimentos dos laços emocionais, quais são os sentimentos relacionados à crise (p.170).

Buscamos compreender a crise e seu contexto, assim como a percepção do sujeito e da família de quando começaram a notar mudanças ou diferenças. Além da influência do grupo GIPSI, temos essencialmente a fundamentação da fenomenologia. Através dela nos aproximamos dos fenômenos que são apresentados no acolhimento sem direcionar nosso olhar investigativo apenas para a identificação de sintomas, visando a compreensão geral sobre o sujeito, seu contexto, sua família e outras relações sociais. Não há uma pressuposição anterior de como será realizado o acolhimento, já que ele é adequado e esculpido às necessidades do sujeito e sua família.

2.3.2.2. Encontro familiar

Entende-se a família a partir de uma definição de Costa (2013) que a considera como uma configuração vincular íntima na qual há um sentimento de pertencimento; nesse relacionamento estão envolvidas escolhas, limites, regras, papéis e demais fatores que propiciem ao indivíduo uma forma própria de se relacionar diante das relações sociais. A escolha pelo atendimento familiar foi determinada pelo entendimento da importância do papel da família na construção das relações que o sujeito estabelece com o mundo.

Um dos objetivos dos encontros familiares era sustentar as falas e expressões do sujeito em crise buscando compreender seus sentidos junto com o sujeito e sua família. Era comum que a família desconsiderasse parte do (ou todo o) discurso e outras expressões do sujeito em primeiras crises, representando-os apenas como sintomas que nada diziam a não ser da presença de uma doença; o que é compreensível, já que representamos, enquanto sociedade, algumas expressões no momento de crise enquanto sintomas de uma doença, e como tal, apenas algo negativo que deve

ser extirpado, evitado. Assim a fala do sujeito em crise, que muitas vezes para a família não tem sentido, é confuso, “delirante”, logo, é um discurso que deve ser evitado, negado. Assim, havia um esforço da dupla que auxiliava no encontro familiar em sustentar que o que o sujeito estava dizendo (expressando de forma verbal ou de outras formas) era importante de ser escutado e compreendido.

Enfatizamos que essas expressões não se dão apenas na fala, pois essa não é a única forma de expressão e comunicação humana. Assim, mesmo o silêncio pode comunicar algo. Podemos pensar isso nos casos de catatonia da mesma forma. O que a “não ação” ou o silenciar do sujeito diz? Podemos exemplificar isso com o caso de Valter. Valter foi diagnosticado no CAPS como um esquizofrênico catatônico. Os pais de Valter apresentaram, como os momentos de sua crise, quando ele ficava no quarto o tempo todo, parava de se alimentar e, além disso também estranhavam suas risadas “sem motivo aparente” e suas desconfianças a respeito das outras pessoas. Inicialmente, os pais entendiam esses fenômenos como sintomas de uma doença, assim procuraram tratamento no CAPS. Porém ao longo do processo de acompanhamento do caso, Valter deu nome a esse momento de “meditação”, inclusive meditava também durante os encontros familiares quando ficava olhando para a parede e só falava quando era perguntado algo a ele. Buscamos então, compreender juntos, o sentido da meditação na vida de Valter, no contexto de sua vida, de suas relações.

Buscamos assim compreender os sistemas envolvidos no processo de sofrimento, trazendo o ambiente/contexto mais próximo à compreensão sobre o sujeito e a crise. A crise não é uma vivência individualizada. Busca-se recolocar a crise em um contexto complexo a qual pertence: “a complexidade das situações de crise não pode ser lida como um dado isolado e a própria compreensão é redimensionada em processo, na continuidade da relação” (Nicácio e Campos, 2004, p.76). Dell’Acqua e Mezzina (1991) apontam a condição da crise como uma complexa situação existencial. Assim, igualmente complexos devem ser os recursos e instrumentos para sua atenção. A crise é compreendida como um evento histórico, do qual não é possível sua redução ou simplificação.

Um exemplo disso foi o caso de Roberto, que dizia querer ser o grande homem, queria ficar do tamanho de um poste e da largura da porta, por isso andava comendo muito e falando sobre fazer uma transfusão de sangue de um cavalo para ele mesmo em busca de ficar mais forte e maior. Inicialmente a resposta do pai a esse seu discurso era “Para de falar besteira” (sic). Nosso esforço

estava em apontar o quanto aquele projeto de “ser um grande homem” parecia importante para Roberto, e que estávamos tentando entender a importância disso em sua vida. Roberto discorria como observava que na rua haviam sujeitos muito grandes, “do tamanho de postes” (sic), como seus primos que eram muito altos e largos, e que ele precisava ser assim também para poder se defender na rua. Roberto se sentia em constante perigo, falava que haviam pessoas atrás dele para o matar, assim como fizeram com um garoto de sua escola (se referindo a uma briga de gangues que houve em sua escola).

Aos poucos, ao tentar compreender como se davam as relações naquela família, Roberto começou a discorrer sobre as violências do pai para com ele, o excesso de trabalho desde pequeno (que não era exigido de sua irmã), as agressões físicas; mas especialmente, o que mais o incomodava atualmente era a exigência do pai de que ele trabalhasse. Inicialmente ele negava esse pedido do pai. Mas depois de alguns meses começou a falar que ia então ser o grande homem, arrumando um emprego para comprar coisas para a casa, carne (ele dizia que precisava comer muita carne para ficar grande - o pai reclamava que ele comia muita carne pois era cara), para ter uma esposa. Esse discurso começou a surgir também na mesma época que começou a namorar uma garota que frequentava o CAPS.

Quando perguntamos que grandes homens ele conhecia, ele mencionou seus primos e com relutância “ah, esse aí também” (sic) – apontando para seu pai. Ao perguntarmos o que faziam deles “grandes homens” ele discorre sobre o tamanho (seu pai é alto), e sobre as responsabilidades do pai, que já tinha comprado uma casa para a família, coisas para a casa, tal como um liquidificador, e cuidava da sua esposa. Aos poucos, os temas trazidos por Roberto nos encontros passaram de muito medo dos homens que o perseguiam para muita raiva de seu pai. Eles brigavam bastante em casa, um dos maiores motivos é que seu pai não gostava que ele cheirasse gasolina. Em uma dessas brigas Roberto agrediu seu pai, o que fez com que este o expulsasse de casa. Junto com a família e Roberto, fomos percebendo que muitos dos conflitos que Roberto temia em relação às gangues tinha relação também com os conflitos vividos em casa. Um exemplo disso era a ideia de virar um “grande homem” que estava relacionada também às expectativas e exigências do pai em relação a vida de Roberto. Não queremos, com esse exemplo, reduzir a complexidade do projeto de Roberto de se tornar um grande homem com apenas um fato, uma fala, uma relação, mas sim apontar para a necessidade de descobrir junto da família os sentidos das falas e expressões do sujeito em crise.

Outra questão que exemplifica o trabalho realizado com as famílias é em relação à compreensão de que o sujeito em crise não é o único a ser olhado, por isso a necessidade dos encontros familiares. Como mencionamos no breve relato de Roberto, ele chegou ao CAPS com muito receio de ser morto em uma briga entre uma gangue de brancos versus uma gangue de negros, ele estava em meio de uma guerra que estava acontecendo. Logo depois, ao indagarmos sobre informações de sua família, ele menciona o fato de seu pai ser branco e sua mãe negra, e ele estar no meio de uma guerra. Essa “guerra” era presenciada nos encontros familiares, que eram sempre bastante conflituosos, e as desavenças eram entre Rosa e Giorgia, Pedro e Roberto. Assim, o enfoque não estava apenas em Roberto nos encontros familiares, inclusive houve encontros que a relação entre mãe e filha foi o mais discutido, outros apenas com o casal, para que pudessem ser discutidas questões dessa relação com mais privacidade. Na relação do casal também havia muitos conflitos, chegando a cogitar o divórcio em um desses encontros. Assim, buscamos abordar todas essas relações, não apenas Roberto.

Outro tema de grande relevância, ao mencionarmos a proposta de atenção realizada é a questão do cuidado compartilhado. Realizamos nos encontros familiares conversas a respeito de negociações na adequação do contexto familiar para dar conta de um momento de crise. Compartilhar o cuidado também é olhar para o ambiente, para o contexto da família, auxiliá-los na reflexão sobre como prover ao sujeito um ambiente adequado a este cuidado, dentro das possibilidades dessa família. Um exemplo disso é o caso de Iva.

Como mencionamos na descrição do seu caso, ao sair do leito, inicialmente Iva foi morar com o pai porque o namorado havia terminado com ela. Porém, o pai de Iva a criticava muito, não gostava dos seus amigos, os chamava de “drogados” e “vagabundos” (sic), dizia o mesmo do ex-namorado de Iva, porém ela ainda gostava muito dele e isso a fazia se sentir triste. Certa vez, Iva comentou que adorava tomar sorvete em uma praça de Curitiba, o pai disse que era uma “praça de vagabundos e drogados” (sic). O pai também não aceitava a orientação sexual da filha. Iva relatava muito sofrimento diante das agressões verbais do pai.

Durante o encontro familiar perguntamos se haveriam alternativas de locais que Iva poderia ficar. Inicialmente a mãe e a irmã colocaram vários impeditivos a Iva morar com elas, mas aos poucos, juntos, conseguiram organizar essa possibilidade, que era a desejada por Iva. O pai teve bastante dificuldade em aceitar essa possibilidade. A mãe e a irmã tiveram que se mobilizar para arranjar espaço na casa e na vida dela para Iva. Esse processo de adaptação de todos durou várias

semanas. E nestas, um encontro em particular foi bastante emocionante. Iva tinha fumado maconha e bebido, havia prometido a sua mãe que não o faria. O pai nunca mais foi no encontro após esse acontecimento, não queria ver a filha, e a mãe de Iva estava muito chateada. Em dado momento do encontro, Marcela começou a contar como foi para ela quando foi morar com a mãe pela primeira vez, em sua adolescência. Ela relatou que “aprontou muito” (sic), mas percebeu que sua mãe permanecia ali amando-a, e que Iva iria aprender também que ela e sua mãe estariam ali para ela também. Todo esse processo, desde a mobilização de toda a família na crise de Iva, até a adaptação do convívio dessa família foi um processo que nos pareceu essencial para a vida de Iva e de sua família. Iva nunca tinha tido o convívio com a mãe, perdeu o convívio com a irmã na adolescência, e nunca tinha confrontado o pai sobre suas agressões. Foi um processo de transformação de todos. Com o passar desse processo, a crise de Iva foi se transformando e amenizando.

Aqui observamos a importância do cuidado com o ambiente e das relações, como seria se Iva permanecesse com o pai? Ou como Iva ficaria se nada do seu ambiente mudasse, se voltasse a morar com o namorado, usando drogas todos os dias, isolada, sem contato com a família ou planos para seu futuro? Para nós que acompanhamos o caso, ficou claro que naquele ambiente de convivência apenas com o pai, Iva estava piorando; acreditamos que era provável que ela retornasse ao leito do CAPS se o ambiente em que ela estava morando continuasse o mesmo. Neste exemplo, podemos observar que o compartilhamento do cuidado exige também uma atenção a este ambiente e contexto. Não se trata apenas de delegar a família esse cuidado sem dar a eles suporte.

Costa (2003) alerta: “a dinâmica inserida em certas situações familiares pode contribuir para a perpetuação e manutenção de uma característica já definida de doença em um membro da família e, desta forma, à produção de cronicidade” (p. 123). Segundo o autor, a compreensão sistêmica auxilia nesse alargamento da compreensão de crise, entendendo, quaisquer fenômenos enquanto cadeias conectadas. Não há indivíduos isolados, mas pessoas ligadas a vários sistemas, pertencentes e criadoras de relações, sentidos, vivências múltiplas e compartilhadas.

O formato dos encontros familiares foi se modificando ao longo da pesquisa, a partir das necessidades do campo, das reflexões que realizávamos e de novos materiais e grupos que realizavam atenção às primeiras crises. A início da realização dos acompanhamentos familiares foi baseada no GIPSI e, a partir de julho de 2017, também passamos a incluir a experiência do grupo Diálogo Aberto. O grupo Diálogo Aberto (*Open Dialogue*) foi criado na Finlândia por

Jaakko Seikkula. O diálogo aberto funciona a partir de sete princípios: (1) resposta imediata; (2) inclusão da rede social; (3) flexibilidade e adaptação a necessidades específicas e variáveis em cada caso; (4) tomar responsabilidade, (5) garantir continuidade psicológica, (6) tolerância à incerteza e (7) dialogicidade. (Seikkula & Arnkil, 2006).

Nossa postura era não-diretiva, compreensiva e não-hierárquica, buscando trabalhar a partir dos sentidos e vivências trazidos pelas famílias e pelo sujeito. Trabalhamos com os familiares que estavam dispostos a participarem e buscar encorajar e nos aproximarmos daqueles que ainda não tinham se engajado no processo de cuidado. Na abordagem do diálogo aberto o foco não está necessariamente em modificar a lógica do “sistema familiar”, mas sim em criar um espaço de possibilidade de ampliação de sentidos. Os terapeutas não estão preocupados em descobrir formas de comportamento e comunicação de cada família. Busca-se compreender a construção da família em relação a realidade. A família é compreendida como um agente ativo no processo, mas não como a “causa da psicose”, mas como potenciais parceiros no processo terapêutico. (Seikkula, Aaltonen, Birgittu, Haarakangas, Nen, & Lehtinen, 2006)

Alguns projetos de intervenção precoce, como de McGorry (1999), compreendem a psicose como um transtorno mental e propõe abordagens psicoeducacionais à família, nas quais explicam o diagnóstico e o plano de tratamento previsto a partir deste. O diálogo aberto se foca na situação de crise e o processo de construção de planos de tratamento juntamente com o sujeito e sua família. (Seikkula *et al*, 2006). Segundo Seikkula (2011), não há planejamento dos encontros propostos pelo Diálogo Aberto, o planejamento do tratamento é constantemente revisitado dependendo das necessidades do sujeito e da família. O terapeuta não é o responsável por iniciar ou incitar a mudança na família, busca especialmente facilitar o diálogo para que todas as vozes possam ser escutadas.

Também questionamos, ao longo da pesquisa, nosso enfoque apenas na família. Compreendemos que seria interessante ampliar essa rede de cuidado para pessoas próximas, não necessariamente apenas familiares. O formato desse cuidado familiar foi se modificando ao longo da pesquisa, sendo influenciada pela lógica de atendimento do Diálogo Aberto.

A proposta de cuidado do grupo deve ser flexibilizada aos sujeitos envolvidos. Não há uma aplicação genérica do grupo. Há uma parceria criada entre a família e os profissionais no compartilhamento das decisões e do cuidado. Colocando a centralidade das decisões no sujeito e sua família. Percepções dos profissionais frente à situação observada durante os encontros e

possíveis contribuições são apresentadas não como prescrições que devem ser acatadas pela família, mas como recursos e informações que podem ser significadas pela família e pelo sujeito dentro de suas possibilidades.

Ao se trabalhar com crise é importante que o profissional possa garantir o maior nível de segurança possível diante a situação, utilizando recursos da própria rede social e do indivíduo ao máximo. Esse tipo de acompanhamento não está centrado na doença, mas em auxiliar os sujeitos envolvidos a lidarem com seu momento de crise. As abordagens de cuidado centradas na doença geralmente se preocupam em diminuir ou retirar sintomas o mais rapidamente, assim a medicação é utilizada o mais breve possível. O que o grupo Diálogo Aberto coloca é que muitas vezes, ao remover os sintomas, são removidos também os recursos psicológicos. Como vimos anteriormente, é no momento mais intenso da crise que os discursos aparecem, e que muitas vezes ao cessar os sintomas, cessam também importantes informações sobre o caso.

O principal objetivo não é a promoção de mudanças no sujeito ou na família, mas sim promover o diálogo, a mudança é um processo secundário. Busca-se facilitar o processo de compreensão e agenciamento da situação pelos próprios membros envolvidos. O grupo do diálogo aberto utiliza o conceito de dialogismo de Bakhtin; entende o diálogo como um aspecto central da vida humana, como um espaço de embates que refletem as interações sociais, a intersubjetividade. Durante o espaço de diálogo, os embates intersubjetivos podem ser acolhidos, repensados, ressignificados, através da compreensão dos fenômenos em questão. O diálogo como tal não se dá apenas na forma da verbalização, mas está em todas expressões dos sujeitos, incluindo então suas ações e interações não-verbais também.

Há muitas “vozes” em um diálogo, não apenas aquela do sujeito que fala, mas daquela família, de seu contexto cultural e histórico, de suas diversas interações com o mundo. Até mesmo no sujeito que cala há uma voz que ressoa. Todos esses aspectos mencionados influenciaram na construção do processo de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas propostos nesta pesquisa. Buscamos possibilitar o diálogo entre os encontros, garantindo voz a todos. Buscávamos sustentar a importância de cada fala ou ação, incluindo que mesmo o que a família considerava como “sintoma” continha sentidos que deveriam ser escutados, mesmo no silêncio ou na catatonia haviam coisas sendo ditas. Um pouco diferente do Diálogo Aberto, buscávamos tentar nos aproximar dos familiares que não queriam comparecer nos encontros ou mesmo que a própria família não queria que comparecesse, tentávamos reafirmar a importância de todas as vozes serem ouvidas e todas as

perspectivas acolhidas, quando mais perspectivas tínhamos sobre a família e a situação de crise mais ricas eram as compreensões sobre cada caso. Também entendíamos que nosso objetivo primeiro não era o de retirada de sintoma, mas de compreensão sobre a crise. O desaparecimento ou diminuição do sintoma poderia ser uma consequência do movimento de compreensão da crise, ou mesmo o sintoma permanecia já que não se entendia o que muitas vezes era considerado como “sintoma”, enquanto tal, muitas vezes aquela expressão era necessária ou importante à vida do sujeito.

Ao final do processo de pesquisa também percebemos a necessidade de estar mais presentes no acompanhamento dos casos e de haver mais profissionais envolvidos. Percebemos que o acompanhamento uma vez por semana do encontro familiar e outra vez para o encontro individual foram insuficientes em alguns casos. Entendemos que a proposta do Diálogo Aberto de um acompanhamento mais presente, especialmente nos momentos iniciais é de suma importância. Além disso, poderíamos ter utilizado mais a RAPS, termos mais atores acompanhando cada caso, muitas vezes permanecíamos apenas com os profissionais do CAPS que estavam envolvidos no caso.

2.3.2.3. Encontros individuais

O acompanhamento individual se dá pelo entendimento da importância de uma escuta atenta aos sentidos e vivências do sujeito, em um formato em que este se sinta confortável, um ambiente confiável, para que possa se sentir à vontade para tanto. Muitas vezes isso não é possível em um grupo terapêutico ou em uma reunião familiar. No encontro individual podemos compreender a dimensão individual da crise. O que não retira o mérito do atendimento grupal, que também possui potenciais que não se encontram no atendimento individual. Muitas vezes é no próprio encontro em grupo que o sujeito se sente mais à vontade, isso irá variar de pessoa a pessoa. Assim, um não substitui o outro.

É um momento criado para auxiliar a compreensão do profissional sobre o caso, mas especialmente como um momento oportuno para um conhecimento e cuidado de si, um se ocupar de si mesmo, dedicar-se ao cuidado consigo mesmo. Buscamos auxiliar o sujeito se colocar nas melhores condições possíveis, para que ele – enquanto sujeito vivente – atue, aja (Holanda, 2011)

Uma atitude considerada importante nesse processo era a da curiosidade, a de buscar conhecer. Assim, através da postura compreensiva, procurou-se conhecer e compreender o sujeito, sua vida, sua família e as vidas de cada um, seu contexto social, seu contexto de crise e/ou sofrimento. No modelo explicativo, a atuação e conhecimento são dirigidas à clarificação do princípio causal. Nessa postura, a patologia ou o sintoma são apenas efeitos, resultados dessas etiologias. Porém, Manganaro nos alerta que “entre causa e efeito não há qualquer relação de significado” (Manganaro, 2006, p.89). Segundo Laing (1973):

Que se pede de nós? Que o compreendamos? O cerne da experiência esquizofrênica de si mesmo permanecerá incompreensível para nós. Mas a compreensão na forma de esforço para alcançá-lo e agarrá-lo, permanecendo embora dentro de nosso mundo, julgando-o segundo nossas próprias categorias, diante das quais ele inevitavelmente fracassa, não é o que o esquizofrênico deseja ou exige. Precisamos reconhecer todo o tempo sua singularidade e diferenciação (p. 20).

Podemos exemplificar com o caso de Thaís. Ela relatava que sentia muita raiva e tristeza. Mas não conseguia descrever com mais detalhes esses dois sentimentos. Não sabia de que sentia raiva ou porquê se sentia triste. Era como se esses sentimentos não estivessem conectados às pessoas ou às situações. Um dos nossos objetivos durante os encontros foi compreender um pouco melhor a ligação desses sentimentos a sua vida. Thaís em vários momentos dizia que não aguentava mais se sentir dessa forma e que só conseguia pensar em se matar para acabar com esses sentimentos ruins. Aos poucos, Thaís foi conseguindo trazer mais conteúdos e sentidos atrelados a essas vivências. Podemos notar isso em seu relato sobre os encontros individuais. Quando questionamos Thaís sobre o que fez mais sentido de todo o processo de cuidado que foi oferecido, o que foi mais importante para ela do processo, ela mencionou que foram os encontros individuais.

Thaís: *Quando comecei a vir com Alice [nome fictício, psicóloga que realiza dos encontros individuais com Thaís] comecei a desabafar mais, para mim foi muito importante porque eu sou uma pessoa muito reservada e tenho dificuldade de expressar sentimentos, até com meu namorado eu não consigo, sou muito trancada falar sobre minha vida e com Alice eu tô tendo mais de liberdade desabafar.*

Não havia filiação a alguma abordagem psicológica no encontro individual, cada psicólogo que acompanhava o caso individualmente seguia seus próprios aportes teóricos; porém, nas conversas e supervisões refletíamos juntos sobre as premissas do projeto, de acompanhar ao invés de tutelar os casos, não deixar as teorias à frente do sujeito e seus sentidos, sobre uma postura compreensiva e não explicativa, e sobre compreender o caso num contexto da vida como um todo do indivíduo e seu contexto social-familiar.

2.3.2.4. Outros acompanhamentos

Além dos encontros individuais e familiares haviam diferentes grupos disponíveis para a participação no CAPS, porém, apenas Roberto e Iva participaram de algumas oficinas e grupos que o CAPS oferecia. Thaís não queria participar de nenhuma atividade no CAPS pois não gostava de lá estar, achava as pessoas “muito estranhas” (sic), dizia que elas a assustavam. Assim, acabamos auxiliando e facilitando atividades e acompanhamentos também fora do CAPS. Thaís, por exemplo, atualmente está fazendo orientação vocacional, pois irá voltar a faculdade e não tem certeza de que este é o curso que ela quer fazer. Além disso, investigamos com ela atividades que ela gostaria de voltar a fazer ou que teria desejo de iniciar; por um tempo ela conseguiu voltar a estudar japonês, algo que a agradava bastante.

Iva começou o cursinho para tentar o vestibular no final do ano de 2017. Valter e Roberto começaram a trabalhar. Como mencionado no primeiro capítulo, nas primeiras crises é comum que muitos aspectos da rede social do sujeito ainda estejam preservados, assim é possível investir em atividades para além das oferecidas pelo CAPS, enredadas no cotidiano e no território do sujeito. Entendemos que a experiência de crise não está descolada da vida. Ela faz parte dela, dentro de uma infinidade de aspectos que completam o “quadro” da existência de uma pessoa. Assim, também a proposta de atenção deve estar conectada com a vida e as necessidades de cada sujeito.

Dell’Acqua e Mezzina (1991) relatam que o acolhimento às crises, nos Centros de Crise da Itália, se dá de forma particular a cada caso, sem intervenções pré-constituídas ou mesmo “equipes especiais” de intervenção, já que esta pode ser feita por qualquer pessoa que trabalhe no centro. Quando possível, eles preferem que esse acolhimento seja feito em lugares da vida do paciente,

como sua casa, por exemplo, utilizando também intermediários, que seriam as pessoas significativas para ela. Os autores salientam que a simples disponibilidade de “ir ao encontro” da pessoa é extremamente benéfico. Outros recursos de acompanhamento da crise mencionados são atitudes simples como telefonemas, envolvimento de outros sujeitos (amigos, líderes religiosos) ou mesmo de um encanador, por exemplo, que pode auxiliar em aspectos mais práticos que igualmente irão auxiliar no cuidado à saúde mental do sujeito e de sua família ou conviventes. Os autores apontam que, para compreender a realidade de vida do sujeito atendido é importante verificar: “onde vive, onde dorme, o que come, com quanto dinheiro vive, com quem se encontra, quem está a sua volta, onde trabalha” (Dell’Acqua e Mezzina, 1991, p.70). Questões da materialidade da vida são igualmente importantes na atenção à crise. Dell’Acqua e Mezzina (1991):

Na nossa experiência, a reconstrução da história através dos múltiplos momentos de contato e de conhecimento entre o serviço e a pessoa, nos seus locais de vida, com a rede das suas relações, com os seus problemas materiais e concretos, tende a colocar a crise no interior de uma série de eixos que são capazes de torná-la compreensível (não de explicá-la), de dar um senso à crise e, enfim, de recuperar a relação entre as valências de saúde, os valores de vida e a própria crise (p. 56).

Antes de aspirar a uma resolução de conflitos no cenário privado (familiar ou microsocial), tentando chegar a uma rápida normalização do sujeito, como é comum nas estratégias de “*crisis intervention*”, a resposta à crise no serviço territorial é preferencialmente voltada a conectar, a colocar em contato o paciente com um sistema de relações e de recursos humanos e materiais (Dell’Acqua e Mezzina, 1991). Costa (2007) afirma que não há como pensar em mudanças internas e individuais sem uma perspectiva de atravessamento e relação interioridade-exterioridade. A mudança depende de relações, encontros, recursos, condições favoráveis, não há como pensar nessas condições sem contar com os outros. Em trabalho anterior (Puchivailo e Holanda, 2016), verificou-se que o profissional que trabalha no CAPS, muitas vezes se volta a um discurso que olha apenas a doença, e não a vida como um todo. O que pode gerar ações que se voltam apenas ao sofrimento humano, e nada mais.

A fala de nossos colaboradores de pesquisa nos provocou a pensar sobre a necessidade de se tratar⁹ da vida como um todo e não apenas da doença ou do sofrimento. E demonstraram em suas falas que isso não apenas era importante, mas essencial ao seu processo de encontro de sua saúde. Será que não somos nós que ansiamos pela “fala do sofrimento”. Será que somos nós que temos “fome” de apenas água e comida? São os usuários que criam grupos terapêuticos que falam apenas de sofrimento e doença, ou somos nós mesmos? (Puchivailo e Holanda, 2016, p. 78)

Busca-se ampliar a compreensão do fenômeno das primeiras crises do tipo psicóticas, dessa vivência do sujeito e daqueles que o rodeiam. Não como uma urgência médica, que exige uma ação do profissional especializado, único conhecedor das causas do momento de urgência e cuja agilidade visa remediar, curar, parar o momento da crise/urgência em busca de um retorno à normalidade. Esse tipo de ação é assertiva em situações referentes ao corpo humano, mas quando abordamos a dor e o sofrimento que não são apenas do corpo, esse tipo de intervenção pode deixar escapar os sentidos singulares do sofrimento dessa pessoa e de seu contexto, apresentados por esse momento de crise. A crise se torna então mais do que uma dor ou uma situação patológica a ser rapidamente sanada, mas especialmente um momento de oportunidade de compreensão de uma situação de vida, de um contexto. Há uma urgência na escuta de um sofrimento, de uma situação, que pode não estar sendo escutada, entendida, observada. Mas não é só o profissional da saúde que deve ter essa escuta, mas justamente aqueles envolvidos na situação de crise. Cabe então ao profissional ser aquele que não só escuta, mas que ajuda o outro a escutar. Uma ação que exige uma desconstrução das formas de conhecer e de interagir com a situação de crise, da loucura, do sofrimento humano.

⁹ Tratar aqui não como cuidar de uma doença, mas com o significado de conversar, discutir, trocar ideias.

2.3.2.5. Conversas com a equipe

As conversas e discussões a respeito dos casos também foram essenciais durante o processo. Buscávamos compartilhar o cuidado, entendendo que diferentes pontos de vista complementaríamos o trabalho um do outro. Nossas conversas com a equipe aconteciam de duas formas: uma na reunião semanal com os profissionais que estavam envolvidos na pesquisa, e outra de informalmente em conversas que aconteciam na sala de equipe ou na cozinha. Nesses momentos, debatíamos os casos com terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, psiquiatras, com as pessoas envolvidas no caso ou que haviam tido contato com o sujeito ou sua família aquela semana. Lidou-se com múltiplos profissionais, com diversas formas de pensar e isso é interessante na atenção à saúde mental com sua especial complexidade de casos. Assim, a fenomenologia proporcionou essa postura integrativa, na qual foi possível dialogar sobre os casos negociando possibilidade de ação. Essas conversas eram extremamente produtivas tanto para o acompanhamento do caso, como para a pesquisa, já que nesses momentos os profissionais discorriam sobre o funcionamento do CAPS, do SUS ou SUAS, das representações a respeito das primeiras crises do tipo psicóticas, dentre outros temas.

Porém, nem sempre essa diversidade era fácil de se lidar. Tínhamos no CAPS, a coexistência de diferentes compreensões do fenômeno das primeiras crises do tipo psicóticas. A maioria dos profissionais considerava que o diagnóstico de esquizofrenia, muitas vezes fechado no momento das primeiras crises, ou mesmo na primeira crise, representava uma condição permanente na vida do sujeito. Assim, o discurso com os familiares era o de que seu filho ou filha iria sempre ter que utilizar medicamentos, e como resposta a isso, era comum que alguns familiares negassem tal afirmação e não continuassem o atendimento, outros aceitassem tal “sentença” e logo entrassem com o pedido para a aposentadoria. Muitas vezes os profissionais do CAPS discordavam de tal pedido, entendendo desnecessário, considerando esse sujeito como ainda “produtente”. Porém, parece coerente esse movimento dos familiares diante da “sentença” recebida.

Percebemos assim, que a apresentação de um diagnóstico é algo que impacta na vida do sujeito, e muitas vezes, de uma forma negativa. Especialmente no caso das primeiras crises, entendemos que apresentar o diagnóstico de esquizofrenia é algo a ser considerado com cautela, já que, usualmente está atrelado a um mal prognóstico. Assim, torna-se não apenas uma forma de compreensão daquele fenômeno, mas principalmente uma “sentença”, dada a alguém, na maioria

das vezes ainda jovem (as primeiras crises do tipo psicótica costumam se apresentar durante a juventude).

2.3.3. A experiência de participação na pesquisa dos familiares e do sujeito em crise

Ao final da pesquisa realizamos entrevistas com as pessoas em primeiras crises do tipo psicóticas e seus familiares. Nessas entrevistas, eles discorreram sobre como foi a experiência de acompanhamento realizado em nossa pesquisa. Avaliamos os resultados de nossas intervenções a partir das falas dos sujeitos e familiares, e de nossas percepções ao longo dos encontros familiares, especialmente porque estes eram realizados pela própria pesquisadora; assim, os resultados poderiam ser melhor observados.

Gostaríamos de pontuar que todos os casos continuam em atendimento, mas iremos pontuar algumas repercussões observadas. Após a análise das entrevistas, alguns pontos principais foram levantados: mudanças nas relações familiares, mudanças na pessoa em primeira crise do tipo psicótica, mudanças na compreensão sobre a crise, críticas ao CAPS e ao projeto.

2.3.3.1 Impactos nas relações familiares

Ao final do processo, percebemos, através das falas da família de Roberto que o impacto dos encontros familiares não se deu apenas para o indivíduo, mas para todos os membros da família.

Giorgia (irmã de Roberto): Então pra mim na época foi bem difícil né, porque eu e a mãe a gente tinha um relacionamento toda vida bem difícil mesmo de muita briga de uma não aceitar as ideias da outra, daí de tão difícil que era pra mim daí eu quis parar né, depois assim de tudo que aconteceu esse ano, aí pelo jeito ela voltou lá conversou com alguém, e daí começou a mudar né aí ela falou ela começou a mudar e começou a entender coisas que era difícil pra ela e acredito sei lá eu acho que ela mudou o jeito de repente de me ver que eu perguntei coisas para ela depois que ela me surpreendeu com as respostas.

Giorgia relatou na entrevista final da pesquisa que sua relação com sua mãe mudou muito. A relação entre Roberto e o pai também se modificou bastante. Roberto relatou que não sente mais raiva do pai. Giorgia, ao final da entrevista, aponta para o fato de que ela sentou ao lado da mãe no sofá, e o pai ao lado do filho, ela lembrou que nos encontros familiares isso nunca acontecia, sempre esses pares sentavam separados.

Rosa (mãe de Roberto): *Eu classifico assim, até as palestras, e depois das palestras, porque a nossa cabeça era muito, esse mundo isolado é meu, pronto e acabou. Hoje não, ele deu uma, ampliou um pouco, o diálogo corre mais tranquilo sobre quase todas as coisas, porque dá a impressão que cada um queria ter o seu mundo isolado, eu vou ser assim, você fica de lá. Sendo que família não cabe isso, porque até uma dor de barriga que um tem o outro tem que acudir, e eu criei eles com esse pensamento, se um tiver um ai ai o outro vai socorrer, pode tar brabo de cara virada, vai socorrer [...] Para mim isso é família, precisou, você tá ali.*

Rosa aponta para a mudança que percebeu em relação ao diálogo, discorre que antes era como se cada um estivesse em seu mundo isolado, com suas verdades, e o exercício dos encontros familiares permitiu compreender o lado do outro, facilitou esse diálogo. Rosa ainda traz uma definição de família bastante interessante: família são aqueles que quando precisamos de ajuda estão presentes. Neste caso, durante o acompanhamento do caso de Roberto, a família esteve disposta, teve dificuldades ao longo do caminho (no final do ano de 2017 inclusive pararam de ir aos encontros familiares), mas não deixaram de estar presentes nos momentos de maior crise, e a partir desses momentos conseguiram se transformar.

Rosa (mãe de Roberto): *Foi um amadurecimento da família posso dizer, essas crises para chegar até lá, aquela picuinha, aquela coisa toda, tudo isso tem um porquê [...] Ajuda profissional foi de muita valia, abriu a cabeça de todo mundo, clareou a mente.*

Celso e Lara – pais de Valter – comentaram que inicialmente estranhavam ter que ir ao CAPS falar e não ouvir um direcionamento sobre o que deveriam fazer. Mas com o tempo foram percebendo que falar, ouvir e presenciar também eram importantes para o processo.

Celso (pai de Valter): Às vezes só da gente falar, é tão importante, e a gente não percebe isso. Porque o ser humano ele é tão imediato né, eu te falo, Ah, mas eu quero uma resposta para minha doença já, agora, mas não é assim que funciona, muitas vezes a cura está na alma. Às vezes a cura não é química, a cura está na alma, é quando a gente vem e vai falando, falando, falando, ou ouvindo, ouvindo, ouvindo ou mesmo presenciando.

Iva e sua família também relataram que consideravam importantes os encontros familiares, principalmente em relação ao auxílio com os conflitos, ao possibilitar um espaço em que a família conversasse, conseguisse se abrir. Isso acontecia mesmo havendo conflitos durante os encontros, como pontua a família.

Marcela (irmã de Iva): Eu achei que estava segurando mais a barra, sabe? Porque eu acho que a gente falava tudo lá e não chegava em casa...

Caio (pai de Iva): São coisas que tinha que se abrir e não falava, no dia-a-dia não falava.

Marcela: Quando estava na terapia a convivência era melhor. Quando largou, começou mais a...

Sofia (mãe de Iva): ... degradingolar.

Marcela: Eu achei mesmo que quando a gente fazia, tinha mais tempo, ajudava a segurar a barra, assim.

Sofia: Por mais que se cutucasse, mas envolvia, né? Por mais que tivesse os conflitos, eu acho que mesmo assim, eu acho que a gente se abraçava mais. [...]

Iva: Eu via que tinha muito conflito, porque um falava uma coisa, o outro fingia que era... sei lá, estava jogando pedra um no outro. Até eu mesma. Mas eu acho que isso ia sendo quebrado, então, tinha uma sessão aqui, rolou um conflito, mas na próxima a gente já tentava resolver aquilo. E eu via que ia melhorando de uma

pra outra, que as pessoas iam se entendendo melhor. Conseguiram falar, conseguiram mostrar o seu lado e o que sentiam. Eu acho que as pessoas começaram a se compadecer mais também. Eu senti isso.

Nosso objetivo principal não é o de modificar as relações familiares, já que não temos o pressuposto prévio do que sejam as relações familiares que estejam “adoecidas”. Mas percebemos que com os encontros familiares essas relações iam sendo melhores compreendidas por nós mesmos e pelos membros daquela família. Além disso, como consequência, também havia transformações naquelas relações. Muitas vezes, diante do contexto, a própria família entendia essas transformações como uma necessidade que se apresentava.

2.3.3.2 Impactos na pessoa em primeira crise do tipo psicótica

Nas entrevistas finais foram relatadas algumas mudanças na pessoa que tinha tido a crise. Para a família de Roberto essa mudança veio apenas após seu internamento em um hospital psiquiátrico de Curitiba.

Pedro (pai de Roberto): ele saiu de lá com um pensamento totalmente diferente, porque antes aquela vez que ele foi internado no CAPS, ele não me chamava mais de pai, a mãe de vez em quando ele chamava a mãe de mãe, ele chamava de Rosa e de Pedro, ou qualquer coisa, a sua mulher. Agora depois desse internamento, lá no hospital já começou a me chamar de pai de volta, ele me surpreendeu daí, depois que ele veio para casa no dia 4 de abril, que eu jamais vou esquecer essa data, ele me chamou de pai. [...] Ele não tinha raiva só do pai, ele tinha do pai, da mãe, a irmã ele falava que não era irmã dele, hoje a cabeça dele mudou.

Roberto: Passou, agora tô mais tranquilo eu vi que não precisa ter medo, agora tô mais tranquilo, já tenho saído passear.

Iva relata que percebe mudanças em sua vida, em relação ao período em que entrou em crise.

Iva: Eu me sinto bem melhor na verdade desde dezembro, sinto que não tenho mais depressão, consigo fazer as coisas tô trabalhando agora que me ajudando muito ter uma rotina tudo isso me ajuda de mais, comecei faculdade [...] eu vi que eu melhorei muito, o CAPS me ajudou muito, que ter um acompanhamento lá foi muito importante pra eu melhorar, pra eu conseguir ir me reerguendo, tudo isso foi muito válido pra mim, então me ajudou. Eu consigo ver a Iva quando estava lá, falando nada com nada. Eu não lembro exatamente, assim, de tudo, mas minha mãe contou coisas, a Marcela, o pai. E eu vi como eu melhorei, tipo, eu saí... depois que eu vim pra cá, eu não consegui escrever, eu tremia, de ir no médico e tudo. E hoje eu consigo fazer tudo, assim. Então foi muito importante mesmo, pra mim. Foi bem legal.

A mãe de Thaís também percebe mudanças nas crises da filha. Antes ela se agredia, quebrava objetos em casa, agredia a mãe, saía correndo ou escondida de casa e não se recordava onde estava. Hoje a mãe relata que essas crises acabaram, porém ficou a vontade da filha de morrer, a tristeza e o desânimo. Além de uma ampliação na compreensão da Thaís sobre si mesma e sobre sua família, também percebemos que ela também se tornou mais consciente em relação às suas crises.

Thaís: Hoje eu tenho mais percepção, eu até percebo quando eu vou ter crise. Eu comecei a tremer dentro do cinema, mas eu consegui assistir o filme todo, eu comecei a passar mal no final do filme, eu saí do cinema, tive que tomar meu remédio, meu namorado teve que me ajudar, eu não parava de tremer, ficava ansiosa, passei muito mal, só que antes eu passar mal, eu percebi que eu tava tendo alguma coisa, muito ansiosa, afobada.

Podemos perceber nesses casos que as mudanças não são fruto apenas das intervenções realizadas por esta pesquisa, mas um conjunto do tratamento que foi ofertado também pelos profissionais do CAPS, e nos casos de Thaís e Roberto, do hospital psiquiátrico. A experiência de internamento foi positiva para ambos, Thaís relata que preferiu o internamento no hospital psiquiátrico do que no leito do CAPS.

Thaís: *Quando eu fiquei internada [leito do CAPS] no caso foi mais difícil, porque eu ficava o dia inteiro à toa, sem fazer nada, era tedioso, angustiante, ficar sem nada para fazer, só o lado ruim foi assim mesmo, de resto foi bom, fui bem atendida até lá no hospital, fui bem atendida, não posso reclamar.*

Thaís relatava que no hospital ela tinha mais atividades para fazer, em oposição ao CAPS, quando ela estava no leito. Apesar de haverem oficinas acontecendo no CAPS, Thaís não queria participar de nenhuma delas, as atividades ofertadas pelo CAPS não pareciam fazer sentido para ela. Thaís não gostava de participar das atividades do CAPS, faltava bastante, e em contrapartida nos atendimentos individuais e familiares que eram ofertados na PsicoFAE (clínica escola da FAE), ela raramente faltava.

Em nosso caso, num primeiro momento, Thaís e sua mãe requisitavam o internamento, e nós tentamos manejar seu atendimento no próprio CAPS, entendendo que talvez pra Thaís que nunca tinha tido um internamento em um hospital psiquiátrico, essa poderia ser uma experiência aversiva e prejudicial a ela. Porém percebemos que estávamos erradas, o internamento no hospital psiquiátrico foi importante para ela. Hoje ela não requisita mais o internamento como fazia anteriormente, mas fala muito bem dessa experiência. Entendemos que esse período de internamento foi importante para ela e para sua família.

Mas isso não é similar a todos; Valter, por exemplo, prefere as atividades em grupo no CAPS do que os encontros familiares e individuais.

Valter: *Fez sentido em algum momento. Os acompanhamentos com o grupo ali embaixo [grupo de TR]. [...] a descontração, não só descontração, mas entendimento, foi bom para mim.*

Pesquisadora: *Como foi participar dos encontros de família?*

Valter: *Se tivesse a opção de não vir no lugar desse, eu optaria por não vir. [...] Ah, todo esse lugar esse lugar aí, esse lugar para pessoa louca né. Eu não sou louco, não cheguei a esse nível sabe, no máximo que eu tenho uns tiques nervosos, por causa de uns idiotas que eu tive que arrebentar a cara [...] meus irmãos, uns e*

outros no colégio, prefiro não lembrar assim, desses duas situações, fora o treino, treino na academia de Muay-Thai.

Pesquisadora: Por isso que a gente tenta trabalhar com as primeiras crises diferente [...] Porque de fato você é diferente das pessoas que estão aqui há muitos anos tendo crise, é uma situação diferente, e daí às vezes fica esquisito de estar no mesmo lugar de pessoas muito diferentes de você.

Isso nos leva a refletir sobre o fato de que não é um terapeuta, um local, uma forma de atendimento que é “melhor”, cada sujeito vai ter uma necessidade diferente, e vai vincular melhor com uma forma de atendimento. Assim, entendemos que talvez a postura mais proveitosa seja aquela que escuta e busca compreender juntamente com o sujeito quais essas melhores formas de ofertar atendimento.

2.3.3.3 Mudanças na compreensão sobre a crise

Para Thaís também houve mudanças na percepção que ela tem a respeito de seus sentimentos e o entendimento sobre eles.

Thais: Antes eu não compreendia muito bem que estava acontecendo comigo, eu tenho pensamento suicida desde os 17 anos, eu só queria acabar com angústia que eu estava sentindo, a tristeza, queria acabar com isso mas eu não tinha percepção que eu tinha depressão e eu precisava de tratamento, tanto que eu procurei tratamento só há dois anos atrás.

Apesar do grupo não ter falado com Thaís sobre nenhum diagnóstico, no CAPS e no hospital psiquiátrico que Thaís ficou internada esses diagnósticos devem ter sido mencionados. Para nós o mais importante é que Thaís tem começado a se interessar em entender o que está acontecendo com ela, os sentidos relacionados às suas crises, a primeira representação que possibilitou essa aproximação da busca por sentidos foi o termo depressão, mas temos buscado aprofundar mais a compreensão de sua experiência para além de um diagnóstico.

Para alguns de nossos participantes, os sentidos atribuídos pelos familiares ao que estava ocorrendo e pelo sujeito em crise eram bastante diferentes. Como no caso de Valter.

Pesquisadora: *Por que você veio ao CAPS?*

Valter: *Ele falou que eu tava com problema psicológico.*

Pesquisadora: *E o que você acha que isso significa?*

Valter: *Ah não tenho nem ideia.*

Pesquisadora: *E por que você continua vindo ao CAPS?*

Valter: *É porque eu não realizei meu sonho né. Meu sonho é ser um lutador de kung-fu, ser um mestre de exemplo, sabe.*

Pesquisadora: *Como seria ser um mestre de exemplo?*

Valter: *Não participar, não ir para o bar beber e depois entrar em confusão.*

Pesquisadora: *Como você conseguiria alcançar esse teu sonho?*

Valter: *No momento só Jesus voltando.*

Pesquisadora: *Tem algo que a gente possa fazer para tentar facilitar esse seu sonho?*

Valter: *Que eu pense assim não.*

Pesquisadora: *Você começar a lutar kung-fu, fazer essa atividade, seria um passo em direção alcançar esse sonho?*

Valter: *Sim.*

Para a família, Valter tem uma “problemática” no cérebro, uma doença. Valter até menciona que entende que está no CAPS porque seu pai disse que ele tem um “problema psicológico”, apesar de não saber o que isso significa.

Celso (pai de Valter): *Como disse a doutora pela manhã, pode desenvolver como uma hipertensão, pode desenvolver isso como uma diabetes, é uma coisa que aparece, não é uma coisa que a gente procura, do organismo, a problemática do cerebelo, isso aí é um mistério; o transplante do coração, a gente faz o transplante do rim, do fígado, e do cérebro? Não tem como.*

Quais as repercussões da compreensão de que a experiência de Valter se trata de uma doença no cérebro? Celso busca compreender o que está acontecendo com seu filho, quando o profissional introduz o significado da experiência de Valter como uma “doença mental” que se dá assim como qualquer outra doença do corpo. Presume-se que o tratamento é o mesmo, intervenção médica, medicamentos. É isso o que a família precisa prover, dentro dessa lógica, nada mais. Porém, no caso de Valter o medicamento não traz muitos efeitos, não modifica sua condição. Aí o pai vem com a fala “isso aí é um mistério” e “não tem como” (sic), ou seja, se é uma doença e o tratamento medicamentoso não está gerando resultados satisfatórios, o cenário não parece positivo. Ele começa a demonstrar uma desesperança em sua fala. A ideia de que Valter ficará da forma como está para o resto de sua vida começa a se tornar uma realidade na cabeça de sua família. Essa lógica acaba dificultando a abertura da família para a compreensão dos sentidos da crise de Valter, uma compreensão sobre sua vida e formas diferentes, para além do medicamento, de o ajudar.

2.3.3.4 Questionamentos a respeito da proposta de atenção e do CAPS

Pedro trouxe uma crítica em relação ao trabalho realizado em conjunto com o CAPS e a pesquisa. O pai de Roberto entendeu que o período em que ele ficou no leito do CAPS foi muito curto, e por isso não o ajudou. Apenas após o internamento no Hospital Psiquiátrico ele percebeu uma melhora em Roberto.

Pedro (pai de Roberto): Ah foi incompleto né Mariana, não foi completo como eu queria, incompleto é que o internamento dele foi muito curto, aí ele voltou praticando as mesmas coisas que praticava antes, daí você sabe o que aconteceu em setembro do ano passado, e eu então não tenho que dizer, aconteceu daí ele tá meio fora da cabeça, a cabeça dele tava muito ruim, daí que ele chegou a me agredir. Como eu já tinha falado quando ele recebeu alta do CAPS, a mãe até me repreende por eu falar igual eu falei quando ela me ligou me dizendo que ela e ele estavam vindo embora, quando ele recebeu alta, daí eu falava para ela, eu fiquei triste dele estar vindo para casa com tão poucos dias de internamento, porque, porque eu sabia que com 15 dias não ia solucionar o problema que estava se

passando. O doutor não conhecia o comportamento dele aqui dentro de casa, o doutor conhecia dos poucos dias que ele ficou lá.

Aqui Pedro ainda aponta uma questão importante, a falta de diálogo entre ele e o psiquiatra que deu alta do leito para Roberto. Através de sua fala podemos perceber que ele sentiu que sua experiência provinda da convivência com Roberto em casa não foi levada em conta. Essa incompletude que Pedro aponta também diz da desistência da família em continuar os encontros familiares, especialmente da frustração com sua esposa em relação à saída desse atendimento. A primeira a parar de ir aos encontros foi a irmã de Roberto, pois segundo seu relato, os momentos de conflitos eram muito difíceis para ela. Argumentamos que poderíamos abordar isso nos encontros, mas ela não voltou a participar. Em setembro Roberto agrediu o pai, por isso foi expulso de casa, passando a morar então sozinho em uma casa que os pais costumavam alugar. Depois disso Roberto parou de frequentar o CAPS, aos encontros individuais e familiares; a mãe que também reclamava muito dos atendimentos familiares começou a faltar. O último encontro que tivemos no CAPS foi com Pedro, que foi até o local alguns dias depois do filho ter agredido ele, disse que não iriam continuar porque ninguém mais da família estava indo, só ele. Tentamos contatar novamente os membros da família, mas até dezembro eles não aceitaram voltar. Após esse período, a pesquisa se encerrou no CAPS e só tivemos contato com eles novamente na entrevista final.

Podemos perceber também na fala de Rubens (pai de Lucas) essa necessidade de maior comunicação dos familiares com os profissionais envolvidos no caso. Assim como, o isolamento dos familiares de muitos processos de cuidado.

Rubens: Não, é, assim... não... eu não sei o que o médico conversa com o Leonardo, porque ele não passa pra mim. [...] Você parece que está interessada, está se interessando, eu não vejo muito interesse, assim, da parte do médico. É até chato falar isso, mas eu acho que o médico devia conversar com a gente, conversar comigo: "olha, teu filho tem tal coisa". Que nem a Ariane comentou, falta esse feedback do médico conosco, parece que o médico só está escutando, o médico só está escutando o que o Lucas fala, não passa... sabe? Então dá essa impressão, assim, que eu só sou o motorista da casa. Agora, mais dentro das coisas que estão

acontecendo, estão acontecendo, né? Como eu não sei o que o médico conversa com ele, eu não tenho como opinar o que ele... né? Tanto que eu estou falando mais com você agora do que todos esses meses todos falando com o médico.

Essa falta de comunicação com os profissionais acaba retirando a possibilidade dos familiares contribuírem nesse cuidado. Há uma perda em relação a um recurso em potencial de cuidado, que acaba sendo desperdiçado, um pai disposto a contribuir acaba por se tornar apenas “um motorista”.

Caio e Iva na entrevista final reitaram que não querem dar continuidade aos encontros familiares, pois consideram que “não vale a pena” (sic-Caio). Porém, é interessante observar o diálogo que Marcela faz com seu pai a respeito dos encontros familiares.

Iva: É, acho que não vai funcionar. E, sinceramente, se for pra ver a minha família e ter encheção de saco... [...] se transforma nisso. Sempre é culpa da Iva que foi pro CAPS. [...]

Caio: Eu vou falar, sinceridade? Eu acho que não vale a pena

Marcela: Porque você não quer se tratar

Caio: A Iva tem que ...

Marcela: A culpa não é só da Iva

Caio: É a Iva, o problema é ela, desde que deu o surto lá, o primeiro. Eu sei porque foi o primeiro, o primeiro foi por causa de droga, depois o outro, com certeza também tinha droga, né?

Marcela: Tudo bem, pai. Ela errou. A Iva errou, ela foi lá, deu o que deu, porque ela tem uma doença, poderia não ter dado, mas deu. E agora já foi.

Caio: Já foi, não. Mas agora ela, então, que vá ao médico.

Marcela: Ela não pode usar agora. O problema agora é a nossa família. Você não consegue... você se acha... você tem que pensar, tem que usar teu cérebro.

Caio: Tá, família. Se a Iva não parar de beber, não parar de usar droga, não parar de ficar nessa de querer só... tem que ir na farra, "eu fui porque eu tinha que trabalhar no dia seguinte". Se tinha que trabalhar no dia seguinte, não tinha que ter ido pra balada.

Neste diálogo da família podemos perceber algumas perspectivas em relação aos encontros familiares, para Iva, esses encontros podem ser muito dolorosos pois ela acaba se tornando o centro das “culpabilizações”. Caio exemplifica isso na fala seguinte, e como compreende que a única “errada” é a Iva, considera os encontros familiares uma perda de tempo. Nessa fala podemos exemplificar também um dos motivos porque é difícil conseguir sustentar os encontros familiares, muitas vezes esse encontros são dolorosos, ou se entende que apenas o sujeito em crise é quem precisa de cuidados.

2.3.4 Como estão os casos atualmente

Após a finalização da pesquisa no CAPS em dezembro, Thaís parou de comparecer ao CAPS; em janeiro ficou internada por 30 dias em um hospital psiquiátrico, saiu, mas logo teve que retornar, teve alta novamente somente em março. Voltou ao CAPS somente em maio, por isso seu cartão transporte foi cancelado, que teve como consequência faltas de Thaís aos seus encontros individuais na PsicoFAE. Realizou outra tentativa de suicídio alguns dias depois desse acontecimento e voltou ao leito do CAPS por seis dias. Thaís voltou a ser atendida por nós, agora na clínica escola da FAE Centro Universitário, no início de maio. Realizamos reuniões com a mini-equipe do CAPS que acompanha o caso para que nossas ações permaneçam dialogadas. Ela continua o encontro individual e o familiar, está fazendo orientação vocacional e em agosto pretende voltar a seu curso de graduação que havia trancado. Não escuta mais vozes, nem quebra os objetos em casa, não tem apagões nos seus momentos de crise, mas ainda tem vontade de morrer e muita tristeza.

Valter atualmente está realizando acompanhamento com o psiquiatra quinzenalmente no CAPS e o grupo de TR semanalmente. O discurso religioso voltou e ele continua bastante persecutório. Na última entrevista realizada, ele também trouxe a ideia de ser um mestre em Kung-fu, algo que não havia mencionado antes. Seu irmão está internado em uma clínica para dependentes químicos desde abril.

Após a família parar de ir aos encontros familiares, Roberto também parou de ir ao CAPS. Roberto estava morando sozinho. No carnaval seu pai foi viajar, os vizinhos de Roberto ligaram para sua mãe porque acharam que algo estava errado. Sua irmã e mãe foram até sua casa, ele não

abria a porta, mas sua irmã percebeu que ele estava deitado no chão. Descobriram que ele tinha colocado fogo em um cachorro, pois, segundo ele, estava com raiva. Após ir até a UPA, ele foi internado em um hospital psiquiátrico, onde ficou 45 dias. Em maio, voltou a participar no grupo de sua TR (terapeuta de referência) no CAPS.

Após a família ter parado de comparecer ao CAPS, Lucas tentou retomar o trabalho, mas teve dificuldades em achar emprego. Pelo relato da família, Lucas parou de tomar os medicamentos, voltou a ouvir vozes, chorar, dar risadas sem que a família entendesse o motivo, dizia que a casa era mal-assombrada e que só resolveria a situação se matasse alguém ou se matasse. Tornou-se agressivo e voltou a ameaçar sua família, havendo um dia que ele ficou com uma faca passando do lado de fora da janela do irmão. Após esse evento a mãe saiu de casa novamente, e foi para a casa de seus pais, onde está até hoje. Atualmente Lucas voltou a participar de suas reuniões do seu terapeuta de referência, sua mãe e irmão saíram de casa, o pai relata que voltou a tomar seu medicamento, não ouve mais vozes, não está mais agressivo, mas ainda “fala sozinho”, ainda não voltou a trabalhar.

Iva voltou a trabalhar e passou em um curso de graduação em uma universidade pública. Relata que se sente muito bem. Porém a família está em conflito, todos os membros concordam. Em julho saiu da casa da mãe e da irmã por conflitos com a mãe, em uma das discussões elas se agrediram fisicamente. Está morando atualmente com duas meninas em uma casa próxima a de sua mãe. Continua tendo contato com sua família. Atualmente ela só permanece com o acompanhamento medicamentoso, pois não quer fazer outros tipos de acompanhamento. Sofia e Marcela gostariam de retomar os encontros familiares, devido aos conflitos que vem ocorrendo, porém, Caio e Iva não consideram que os encontros ajudariam.

Atualmente continuamos atendendo Thaís e a família de Lucas e de Iva demonstraram desejo de retornar os encontros familiares. Continuamos em contato com a família de Valter e Roberto, e nos colocamos a disposição para caso sintam necessidade de retomar os encontros ou qualquer outro auxílio que possamos oferecer.

3. PROBLEMATIZAÇÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE CAMPO

A partir da experiência realizada no CAPS III pudemos refletir sobre algumas questões referentes à saúde mental e a atenção às primeiras crises do tipo psicóticas. Levantamos algumas observações realizadas através das conversas com os profissionais, relatos dos atendimentos, entrevistas e entrevistas. Os pontos centrais que surgiram através da experiência de campo e análise do material coletado foram os seguintes:

- Existe atenção às primeiras crises no CAPS?
 - Qual a porta de entrada das primeiras crises?
 - Manejo de situações de crise no CAPS
 - Quem trabalhava no CAPS tinha experiência ou interesse no campo da saúde mental? Isso interfere no manejo das primeiras crises?
- Demonstração de interesse pelos encontros familiares
- Há muita demanda de trabalho para os profissionais
 - Quais casos “ganham mais atenção”?
- Dificuldade em trazer a família para a participação nos encontros familiares
- Reflexões sobre a cultura da centralidade no indivíduo, tutela e o modelo biomédico
- Experiência de crise considerada apenas como sintoma: o que perdemos com isso?
- Os profissionais discorrem sobre a pesquisa
- É possível uma atenção às primeiras crises no CAPS III?

3.1 Existe atenção às primeiras crises no CAPS?

No CAPS que fizemos a pesquisa, as primeiras crises estão presentes no serviço; porém, os profissionais as tratavam da mesma forma como as outras crises. Não havia diferenciação no acolhimento, no manejo ou na construção de um PTS diferenciado. Isso se torna problemático, na medida em que temos diversas pesquisas que apontam resultados positivos em relação a intervenções precoces específicas para as primeiras crises (McGorry, 2015, 2002; Costa 2003, 2010, 2013; Lower *et al*, 2014; Tsiachristas, Thomas, Leal & Lenox, 2016; Seikkula, 2013). Entendemos que não há a necessidade de especificar protocolarmente sobre todas as diferentes particularidades dentro do contexto da saúde mental. Caso houvesse uma escuta atenta às

singularidades de cada caso, não seriam necessários “protocolos”, as especificidades já estariam sendo endereçadas. Porém, como percebemos que não há diferenciação entre primeiras crises, e pessoas com um longo histórico de crises, precisamos ainda apontar a necessidade de um acompanhamento específico para esses casos.

Um dos exemplos dessas especificidades é que num primeiro contato com a rede de atenção à saúde mental, especialmente no CAPS III, um local que atende transtornos mentais graves e persistentes, a pessoa que está vivenciando uma primeira crise (em sua maioria, jovens e adolescentes) raramente teve contato com pessoas com transtornos mentais mais graves. Parece que não levamos em conta que para um jovem, entrar em contato com uma população com transtornos mentais graves é algo difícil, já que em nossa cultura a loucura esta ligada a ideia de periculosidade. (Foucault, 1961/1978; Costa, 2007) Temos diversas pesquisas (Martins, 2017; Oliveira *et al* 2017; Willrich *et al*, 2011; Castiel *et al* 2010; Kondo *et al*, 2011, Dell’Acqua e Mezzina, 1991) que apontam que o próprio profissional da saúde atrela a ideia de crise à periculosidade. Assim, o jovem além de estar passando por um momento de crise, em que muitas vezes se encontra com pensamentos persecutórios, com medo, confuso, ainda tem que lidar com o enfrentamento de um ambiente que parece ser hostil (de acordo com as representações que possui daquele local). Além disso, o sujeito e sua família ainda tem que lidar com a expectativa daquela poder ser suas realidades em alguns anos, já que a própria compreensão, entre muitos profissionais, sobre as primeiras crises do tipo psicóticas é que elas são o prenuncio de um quadro crônico de esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos. Representação que discordamos nesta tese assim como já mencionado.

Valter: Se tivesse a opção de não vir no lugar desse, eu optaria por não vir. [...] Ah, todo esse lugar esse lugar aí, esse lugar para pessoa louca né. Eu não sou louco, não cheguei a esse nível sabe, no máximo que eu tenho uns tiques nervosos, por causa de uns idiotas que eu tive que arrebentar a cara [...] meus irmãos, uns e outros no colégio, prefiro não lembrar assim, dessas duas situações, fora o treino, treino na academia de Muay-Thai.

Notamos na fala de Valter algo que também ouvimos informalmente de outros sujeitos da pesquisa, que são a representação de que o CAPS é um local para “loucos”, e o medo por detrás

disso, tanto do sujeito, quanto dos familiares, de que aquele pode ser o futuro do sujeito em primeira crise. Thaís também reclamava do ambiente do CAPS, expressando medo das pessoas que frequentavam o CAPS. Quando ficou no leito nos contou que estava com uma senhora no quarto que não dormia à noite, costumava ficar observando Thaís ao lado de sua cama. Assim, entendemos que um PTS que consiga utilizar recursos fora do CAPS, dentro do contexto de vida do próprio sujeito, abarcando seus interesses, seja mais interessante do que construir um PTS em que o sujeito esteja no CAPS todos os dias ou muitos dias na semana.

Torna-se relevante trabalhar não apenas com o sujeito em primeira crise, mas com outras pessoas em sua rede social, especialmente sua família. Estudos demonstram que essa ampliação do cuidado traz resultados positivos (Seikulla *et al* 2006, 2013, Seikkula & Arnkil, 2006, Costa, 2003, 2010, 2013). Esse tipo de abordagem pode auxiliar na compreensão da crise e possíveis recursos do sujeito e de seu entorno social em lidar com esse momento.

O diagnóstico em um momento de primeiras crises é algo que também deve ser considerado com cautela. Na maioria dos casos que atendemos, a expressão da crise não se apresentou de forma claramente delimitada em um diagnóstico. Ela se apresenta muitas vezes como sutis expressões que podem ser enquadradas em vários diagnósticos. Notamos que há de fato uma dificuldade em estabelecer um diagnóstico nestes primeiros momentos. Inclusive tínhamos a variação de diagnósticos para os casos da pesquisa, dependendo do psiquiatra que atendia o caso.

A maioria dos casos dessa pesquisa deixava os profissionais do CAPS confusos em relação a seu diagnóstico. Eram constantes as discussões dos casos na sala de equipe, pois eles se apresentavam de formas muito “imprecisas” (sic), de acordo com a lógica de classificação por sintomas, aparentemente se enquadravam em diferentes categorias diagnósticas. Isso não foi um dificultou o manejo realizado na pesquisa. Muito pelo contrário, apenas reafirma a necessidade do termo “do *tipo* psicótico”. Trabalhou-se com o sofrimento ou necessidades de cada sujeito, de sua família, de seu contexto, independente do diagnóstico. A postura terapêutica não oscilava de acordo com os diagnósticos, mas de acordo com as necessidades e singularidades de cada sujeito/família.

O momento das primeiras crises ainda é um período de delimitação das formas daquele sofrimento. As primeiras crises são de fato muito singulares e irreduzíveis a delimitações diagnósticas individuais. Entendemos que as formas de expressão do sujeito em momentos de crise ou de sofrimento intenso, podem variar e estão em constante transformação, e não como algo

permanente ou estrutural. Essas formas de expressão podem se cristalizar ao longo do tempo, até mesmo por falta de outras possibilidades diante da relação que aquele sujeito estabelece com seu meio e as disponibilidades do meio em possibilitar outras maneiras do sujeito viver. Mas esta não é uma premissa, não há uma pré-concepção ao nosso ver de que esta é a única possibilidade do sujeito se relacionar com seu mundo. Não há, portanto, ao nosso ver um determinismo biológico, psíquico, social ou familiar fatalista em relação as possibilidades do sujeito.

Profissional C: É importante porque sensibiliza, humaniza, até os psiquiatras, e teria que ter os profissionais aderirem a isso ter mais cuidado, tirar muito do médico centrado e começar mais a querer estudar melhor, mas pra isso tem que ter bagagem teórica, se não fica no achismo ou na repetição, o diagnóstico. O psiquiatra dá o diagnóstico da ali a pouco tá enfermeira falando que o paciente é tal coisa. O que me incomoda demais que me atrapalha demais nos atendimentos é o paciente que passou por tantos diagnósticos que já chega com aquele monte de diagnóstico, calma, calma, e você aonde está você nisso, quem é você, e eu tenho muita dificuldade com pacientes assim, porque a maioria já é assim, já vem com um monte de diagnóstico.

De modo geral uma atenção mas intensificada, próxima e multifacetada nas primeiras crises pode demandar um maior custo, especialmente de recursos humanos, mas o que demonstram as pesquisas (McGorry, 2015, 2002; Costa 2003, 2010, 2013; Lower *et al*, 2014; Tsiachristas, Thomas, Leal & Lenox, 2016; Seikkula, 2013) é que há um importante retorno a longo prazo, já que muitas vezes são casos que acabam não cronificando.

3.1.1 Qual a porta de entrada das primeiras crises?

Em relação ao fluxo de atenção às primeiras crises em Curitiba, a maior parte dos casos entra na rede pela UPA. A partir da perspectiva de um acompanhamento desses casos mais precoces, o melhor local para perceber os primeiros sinais antes de uma primeira crise seria a atenção básica. Porém, não é essa a realidade que observamos durante a pesquisa.

Casos que já estão em acompanhamento no CAPS são indicados a retornarem a esse mesmo dispositivo em situações de crise, mas foi percebido que muitos vão diretamente para a UPA em casos de crise, especialmente nas primeiras crises, em que o sujeito e sua família não estão tão habituados ao funcionamento da rede de atenção à saúde mental e nem tão vinculados ao CAPS. O SAMU era um recurso bastante utilizado.

Também presenciamos casos de crise que quando iam buscar auxílio diretamente no CAPS muitas vezes eram encaminhados a outros serviços, ora pela vinculação em relação ao bairro ou cidade, ora porque era compreendido que o manejo daquela situação de crise era da UPA. Um exemplo disso foi um caso de ideação suicida em que a amiga da jovem a trouxe ao CAPS; alguns profissionais entenderam que ela deveria ir primeiramente à UPA para depois, caso necessário, ser encaminhada para o CAPS. Nesse dia, houve um debate sobre se haveria algum acolhimento dado pelo CAPS antes dela ir à UPA (a pedido da amiga, que estava bastante preocupada) ou se ela iria diretamente para o outro dispositivo. Um dos profissionais então se voluntariou a acolher a jovem antes de a encaminhar. Segundo o artigo 4.3 da portaria 366/2002, o CAPS III é um serviço ambulatorial de atenção contínua, mas podemos perceber que na prática, a ideia do CAPS ser um serviço de “portas abertas” nem sempre é uma realidade.

3.1.2 Manejo de situações de crise no CAPS

Nas situações de crise em que a equipe entendia que havia o risco do sujeito sair do local, e que neste caso sua vida ou de outros poderia estar em risco, o portão costumava ser trancado. Também havia uma dinâmica criada pela equipe do CAPS em que em situações de risco de hetero ou auto-agressão, a equipe tem um combinado de todos (ou pelo menos uma parte) dos profissionais em serviço permanecer próximos do profissional que está realizando o manejo e negociações com o sujeito, como uma forma de proteção do colega. Segundo os profissionais essa foi uma dinâmica construída pela própria equipe a partir da prática vivenciada no serviço.

As contenções físicas ou químicas eram utilizadas quando a equipe não conseguia manejar a crise de outra forma. Foi observado que havia a tentativa de manejo verbal inicialmente e negociação de utilização de medicações antes de qualquer intervenção não consentida. Já nos casos recebidos da UPA, era comum os pacientes chegarem bastante medicados e a informação era de que as intervenções da UPA costumavam ser mais químicas, sem muita ênfase no manejo verbal.

Profissional C: *Eu aqui com toda essa visão que eu acho que dá pra gente tentar manejo crise tem que tentar criar um vínculo com o paciente para manejar crise eu mesma já tentei, eu já tentei, mas esses dias mesmo, quase três anos aqui, eu levei um chute do paciente na hora da crise. Mas daí tem a visão, a paciente é meio psicótica, ela não aprende com a experiência, independente do vínculo que se fez com ela, lá no momento da fúria, ela age mesmo. Tem essa parte da prática clínica que você vê que não é instituição assim que tem as mais diversas que é muito no imprevisto das coisas que é que você vê que nem tudo se encaixa ali vamos ter a maior paciência do mundo vamos fazer isso mas tem vezes que você vê que [nem sempre dá], aham, nem sempre.*

A profissional C aponta em seu relato sobre o quanto o manejo de crise exige também o imprevisto, e que mesmo com toda a experiência de manejo e informações teóricas, muitas vezes o manejo não tem o resultado que esperamos.

Presenciamos também o manejo de alguns casos tidos pela equipe como não sendo “perfil” (sic) do CAPS. Thaís foi um desses casos que acompanhamos mais de perto. No dia em que ela chegou ao CAPS, com o encaminhamento da UPA, realizamos o acolhimento junto com uma das profissionais. Após o acolhimento, a profissional comentou que Thaís não seria um caso de “perfil” do CAPS, que seria muito mais adequado o acompanhamento dela por uma clínica escola ou na atenção básica. Percebemos que estes “perfis” estavam relacionados especialmente aos transtornos de personalidade do grupo B (DSM-V), especialmente o transtorno de personalidade borderline e o transtorno de personalidade antissocial. Para nós, essa delimitação não oficial foi de difícil compreensão, como este não era especificamente o foco de nossa pesquisa não nos aprofundamos no assunto ao longo da pesquisa, mas achamos interessante trazer esse dado para futuras indagações sobre essa percepção. Talvez se dê por uma compreensão de que as formas de relação estabelecidas por esses sujeitos, segundo a visão estabelecida no DSM-V, tenham uma particularidade que aqueles profissionais, naquele contexto, não se sintam preparados para dar conta, ou não sentem que o ambiente e a dinâmica do CAPS facilitem o manejo destes casos. Porém, não há fundamentação em relação a essa compreensão a respeito dos “perfis psicopatológicos” do CAPS. Inclusive, entendemos que isso pode ser prejudicial, já que esses

casos podem ser graves e acabam não tendo um acompanhamento adequado, ficar “perdidos dentro do sistema”.

3.1.3 Quem trabalhava no CAPS tinha experiência ou interesse no campo da saúde mental? Isso interfere no manejo das primeiras crises?

Muitos dos profissionais que trabalhavam no CAPS, na época da pesquisa, foram contratados em um concurso para a saúde em 2014, assim, era comum profissionais que tinham terminado a graduação há pouco tempo e passado nesse concurso. A fala do profissional E expressa a falta de interesse de alguns profissionais justamente por terem participado de um concurso generalista, ou seja, que abarcava toda a saúde, e não apenas a saúde mental. Muitos profissionais não tinham o interesse em atuar na saúde mental quando fizeram o concurso, mas acabaram alocados em um CAPS III.

Profissional E: As pessoas não tem um real interesse aqui na sua maioria, as pessoas caíram no CAPS não gostam da Saúde Mental, não entendem a saúde mental, não se preocupam em se especializar, ou conhecer ou entender melhor, algumas pessoas tem uma demanda de simplesmente trabalhar menos, to aqui pra ter o menos de trabalho possível, então eu não vejo interesse das pessoas em fazer algo melhor assim sabe? [...] É bem ruim, é desgastante né, porque as pessoas que se importam acabam trabalhando dobrado. [...] Por exemplo a pessoa, um profissional que não tem paciência de fazer o manejo [...] Se todo mundo fizesse uma seleção as pessoas que têm interesse na saúde mental todo mundo que tivesse aqui interessado seria um outro CAPS mas não existe isso.

Esse parece ser um importante aspecto a ser pensado quando refletimos sobre a qualidade da atenção à saúde mental como um todo. Temos profissionais que buscaram um concurso para trabalhar na saúde, e não especificamente no campo da saúde mental. Encontram-se descontentes quando alocados na saúde mental, portanto não têm tanto interesse em aprender ou se especializar nesse contexto de atendimento. Somado a isso, segundo o relato dos profissionais, não há capacitações de manejo de crise realizadas pela FEAES. Assim, temos um profissional pouco

habilitado e desinteressado em trabalhar no contexto da saúde mental. Ainda mais problemático é que esse profissional esteja em um CAPS III, um dispositivo de referência em saúde mental.

3.2 Demonstração de interesse pelos encontros familiares

Um ponto de interesse e curiosidade que aproximou alguns profissionais do grupo de estudo foi o trabalho com familiares. Observávamos a concordância de quase todos os profissionais sobre a implicação da família no processo de adoecimento do sujeito, e o quanto uma família suportiva facilitava o tratamento, enquanto outras famílias dificultavam esse processo.

Profissional B: A gente sempre soube que família faz parte disso tudo, mas sempre tenho agora um olhar muito cuidadoso tão quanto, um olhar muito cuidadoso pra família, tanto quanto a gente tem um olhar cuidadoso pro paciente.

Porém, antes do projeto de atenção às primeiras crises, o trabalho com as famílias era considerado não tão importante, muito mais presente no contato breve antes de um atendimento. O lugar do familiar era mais o de informante e muitas vezes como “controladores da medicação”, do que de corresponsáveis pelo cuidado e sujeitos em necessidade de acolhimento também. Campos (2001) afirma a importância de cuidar das famílias, porém muitas vezes as propostas de trabalho com família são esvaziadas de sentido. Por vezes os grupos de família têm como objetivo informar os familiares da evolução do sujeito, o que acaba colocando o usuário do serviço como um objeto. Outras vezes se utiliza os grupos para pedir informações do usuário, a história do sujeito passa a ser a história que a família conta, retirando novamente de circuito as percepções, sentidos e vivências do sujeito.

Não havia uma movimentação em relação a um espaço de reflexão do familiar sobre os sentidos daquela experiência, possibilidades de transformação das relações e contextos de sofrimento para o sujeito em crise. Constatamos que foi unânime, nas cinco entrevistas realizadas, que o maior impacto da pesquisa foi a reflexão sobre a importância da família na atenção à saúde mental.

Profissional E: *Mudou pra essa questão da família, sempre me atentar mais a família, o aprendizado que eu levo é sempre me atentar mais a família, o que acontece em casa, como são as relações em casa, como é a dinâmica da casa com a família, da pessoa, estar com a família mais presente aqui. O que eu levo junto comigo é essa questão da família. [...] Olha como é importante a gente não atender só a pessoa, mas entender o que acontece em casa.*

Inicialmente também havia o receio sobre a forma de realizar o atendimento em si, pois nenhum dos profissionais participantes tinha experiência em atendimentos familiares. Os profissionais estavam acostumados a falar com as famílias sobre os usuários ou a fazerem reuniões com várias famílias, mas não a realizar um aprofundamento e cuidado direto com as famílias. Durante o grupo de estudos foi focado então no atendimento familiar e suporte do grupo de pesquisa nesses atendimentos. A partir dos encontros familiares uma das psicólogas expressou que não mais conseguia conceber o atendimento de alguns casos do CAPS, como os das primeiras crises do tipo psicóticas, dentre outros, sem o cuidado também à família. Essa compreensão da importância da família no tratamento pareceu ser talvez um dos maiores impactos nos profissionais a respeito da proposta de atendimento às primeiras crises.

Profissional C: *Antes de GIPSI, assim, eu já tinha essa visão assim de entender o sujeito que foi constituído por uma mãe por um pai, eu sempre tinha que entender melhor o contexto familiar, aqui todos os pacientes que eu atendo eu converso individualmente, alguns eu chamo a família para entender melhor o contexto, alguns eu preciso trabalhar a família, mas tem alguns casos que não dá para fazer isso, não é todos que dá para fazer*

Ao mesmo tempo que há uma compreensão da necessidade de um trabalho mais aprofundado e atento às famílias, há a reclamação sobre a sobrecarga de trabalho dos profissionais. Dessa forma, a alta demanda de trabalho acaba influenciando na qualidade da atenção às primeiras crises do tipo psicóticas.

3.3 Há muita demanda de trabalho para os profissionais

A agenda dos profissionais era sempre muito cheia. Para a realização dos atendimentos familiares foi necessária uma reorganização. Muitos profissionais afirmaram não conseguir realizar esse tipo de atendimento.

Profissional B: Eu sei o que eu deveria fazer! Eu sei que eu deveria ir atrás da paciente de novo, eu sei que eu deveria fazer os atendimentos domiciliares necessários por um tempo até vincular com ela de novo... Eu gostaria muito de estar trabalhando com ela exatamente as angústias dela, as angústias que pra ela veio pra cá em forma de delírio... Nossa, como eu gostaria de trabalhar esses, que antes eram delírios muito explícitos, agora como angústias reais mesmo né, muito, mas... Não, não acontece.

Os motivos que os profissionais relatam para não dar conta de realizar o trabalho como gostariam de realizar são muitos. Alguns dos pontos levantados são: falta de profissional, alta demanda do serviço, exigência de trabalhos mais em grupos.

Profissional E: Falta de profissionais, alta demanda do serviço, às vezes os nossos processos de trabalho não dão conta, existe muita demanda de se fazer grupo, daí se faz grupo e não consegue dar atenção para o paciente

Profissional C: [Tem] Muita gente, então os atendimentos é mais em grupo, a gente tem que fazer assim. Como aqui todos tem que fazer o grupo de TR, assim acaba tendo que atender em grupo, pra atender a demanda.

Profissional E: Demanda da gestão, tem que ter grupos, mas não é se pensado muito... aí as pessoas começam a fazer grupos, daí a gente tem um monte de grupo, que nem tem muita função terapêutica, não que uma roda de conversa não seja algo terapêutico, mas não é nada planejado, com enfoque terapêutico, não tem esse planejamento, e aí as pessoas fazem várias coisas, mas daí o sentar, olhar o

prontuário, pensar no cuidado daquele paciente a gente acaba não tendo tempo, muito paciente, e muita demanda de trabalho, às vezes eu tô trabalhando aqui e as pessoas me perguntam assim o que que você fez hoje, hoje não era o meu dia de ambiência, não tinha acolhimento agendado e não tinha grupo, eu faço mais coisa do que se eu tivesse uma atividade organizada por exemplo porque daí você fica apagando fogo aqui, apagando fogo ali, não consegue sentar pensar, que nem aquele negócio né, tudo curso que eu vou, o GIPSI o curso de PTS, todo mundo fala do genograma, do ecomapa, tudo mais, lindo, não consigo sentar e pensar nisso. Aí você pensa no psicólogo, tanta demanda de psicoterapia individual, eles não têm tanto tempo para sentar e fazer atendimento individual para todo mundo.

Os profissionais estão apontando nessas falas que muitas vezes sabem o que é necessário para cada caso, mas as demandas de outras atividades dentro do CAPS, acabam impedindo com que façam o que acham que seria o melhor para o caso. Uma das consequências disso que é mencionado nesta fala, é a sobrecarga que acaba ocorrendo nos profissionais mais interessados. Este foi um dos motivos de dois dos profissionais participantes terem pedido demissão, após 3 à 4 anos no serviço. Em uma conversa no CAPS um dos profissionais falou que três anos e meio de CAPS “já estava bom” (sic), indicando um desgaste e frustração trazido pelo trabalho que mencionava ocasionalmente. Uma das profissionais que saiu recentemente do CAPS nos disse que o motivo de sua saída é devido a dificuldade de crescimento profissional, falta de tempo para aprimoramento e estudo, e baixo pagamento.

3.3.1 Quais casos “ganham mais atenção”?

Diante de algumas falas e observações que fizemos no CAPS percebemos que, pela falta de tempo, a alguns casos é dada maior atenção.

Profissional A: Existe uma, uma demanda grande né, pra atender uma demanda que é grande. E daí quando você vai pegar um caso, pegar bem esse caso e ficar discutindo por horas um caso específico né, isso toma muito tempo de outros grupos... É claro que seria ideal isso da gente se aprofundar em todos né, mas o

quanto se aprofundar né? Provavelmente não tanto quanto seria ideal. Por exemplo, ficar uma hora falando de um caso né, é um bom aprofundamento, mas se a gente ficar uma hora falando de cada caso... Tem casos né, os mais que 'tão' aí 'bombando' a gente acaba ficando mais tempo falando, mas os do GIPSI, como eles são as primeiras crises, eles passam né como os outros né... Não são aqueles que 'tão' aí 'pá'! Nem...

Mas quais são os casos que “estão aí bombando”? Percebemos que não necessariamente são casos mais “graves”, mas sim casos que rompem a “ordem do CAPS”, ou seja, usuários que demandam muita atenção dos profissionais, que tem “risco de fuga do CAPS”, ou risco de agressão.

3.4 Dificuldade em trazer a família para a participação nos encontros familiares

Inicialmente, durante o grupo de estudos, os profissionais tiveram dificuldade em trazer as famílias para os encontros familiares. Porém, essa não foi uma dificuldade apenas deles; de fato percebemos o quanto muitas vezes é difícil conseguir iniciar e manter os encontros familiares.

Profissional B: É, a não responsividade das famílias, isso me frustrava muito assim, sabe, a gente ter que ficar ligando, pedindo pra vir, implorando pra vir e aí não 'vinha' e aí tinha que ligar de novo, depois tinha que ligar de novo, chegar a tentar dar um jeito... Tinha que tentar fazer qualquer coisa pra trazer essas famílias, isso me deixava bem desconfortável porque a gente tem muitos pacientes aqui né, pra lidar, então assim... Além dos pacientes, é claro que o ideal seria trabalhar com todas as famílias né, mas não dá. E... E aí a gente se dedicar tanto a uma família só, o caso de um paciente só e não ter essa resposta era um pouco frustrante assim, sabe? [...] Então os pacientes a gente já têm que manter o radar muito ligado em cima deles, aí ter que fazer isso com as famílias e as famílias que a gente julga que né, que deveriam querer e entender né, a estar aqui, aí não 'vinham'. Isso era uma coisa frustrante.

Uma das questões relacionadas à dificuldade de participação dos familiares era em relação ao horário de trabalho; apesar do CAPS III funcionar 24 horas, os profissionais geralmente faziam seus turnos até às 19 horas, assim muitas vezes era difícil conciliar os horários de todos os familiares, mais o do profissional do CAPS. Além disso, muitos familiares reclamavam de ter que ir até o CAPS após um longo dia de trabalho. Noutros casos tínhamos incompatibilidade de horários entre os familiares, pois às vezes os pais trabalhavam de dia e os filhos estudavam à noite.

Para além da facticidade da falta de horários para os atendimentos, também tínhamos que “criar” a cultura da participação dos familiares no processo de cuidado. Algo que não é comum no CAPS, por exemplo. Culturalmente se entende que quem está “doente” é o sujeito, assim, quem deve ir ao tratamento é o próprio sujeito, apenas. A família muitas vezes demorava a compreender porque estavam sendo chamada para conversas e encontros, em que muitas vezes o tema central não era apenas o sujeito em crise, mas a família como um todo.

Profissional B: [...] quando ‘era só nós’ é... A gente se sentia muito sobrecarregado sabe assim, tudo em cima. ...E por isso que eu vejo que, depois da vinda dela, algumas famílias começaram a funcionar né? Não acho que é só coincidência, que agora apareceu família que, que está vindo né. Eu acho que não, eu acho que tem muito do, do que ela, do esforço que ela tem colocado assim sabe? Da presença dela aqui.

Quando iniciamos a parte prática da pesquisa juntamente com os profissionais, houve um aumento na participação dos familiares em relação ao período do grupo de estudos. Entendemos que talvez para o próprio profissional do CAPS, a chamada da família tão mais próxima do que de costume, era algo muito diferente. Percebemos que quando há insegurança do profissional quanto a importância da presença do familiar é mais fácil que este se esquive de participar. Era comum que os profissionais se sentissem “invadindo” (sic) o espaço familiar ao realizarem telefonemas para família, chamando-os para a participação no processo terapêutico oferecido pelo CAPS. Como se não fosse da responsabilidade deles a participação na atenção às primeiras crises. Alguns profissionais sentiam que a responsabilidade sobre o caso era deles, e não da família.

Foi percebida uma mudança gradual nos profissionais que integravam o grupo de atendimento às primeiras crises do CAPS. Atualmente eles não sentem mais essa invasão ao

contatarem os familiares, muito pelo contrário, em várias discussões de casos na sala de equipe foi percebido posicionamentos de compartilhamento e responsabilização da família sobre esse cuidado.

Quando se compreende que a responsabilidade do caso é unicamente do profissional ou da instituição, corre-se o risco da tutela dos casos, já que são os profissionais que se responsabilizam e tomam a frente do cuidado. Muitas vezes, por medo dos riscos de compartilhar esse cuidado e dar mais autonomia ao sujeito dentro desse processo. Isso fica ainda mais explícito nos momentos de crises, pela sua imprevisibilidade em alguns momentos e mesmo pelos estigmas relacionados a estas vivências (periculosidade, risco de auto ou hetero-agressão).

Podemos pensar, a partir daí, na sobrecarga também expressa pelos profissionais. Ao sentirem-se os únicos responsáveis pelo cuidado na situação da crise, temos aí um excesso de responsabilidade sobre o caso que poderia ser mais compartilhada com a própria comunidade, incluindo a família.

3.5 Reflexões sobre a cultura da centralidade no indivíduo, tutela e o modelo biomédico

Pudemos perceber que no cotidiano do CAPS o centro das atenções era o sujeito em crise, com ênfase na individualização da atenção ofertada. Ou seja, o foco estava no sujeito, pouco em seu contexto, em sua rede social ou mesmo em sua família. A representação que encontramos ainda presente é de que o sujeito está doente, apenas ele, logo, o cuidado é direcionado apenas a ele. Observamos discursos voltados a um modelo biomédico que compreende o momento de crise como uma disfunção neuroquímica, nestes casos, a centralidade do medicamento no tratamento era evidente. Praticamente para todos os casos atendidos (relato dos profissionais) era prescrita medicação. A medicação era o centro do tratamento (isso também era descrito dessa forma pelos profissionais, inclusive na visão dos profissionais não-psiquiatras).

Diversas pesquisas demonstram o excessivo uso de medicamentos na atenção à saúde mental, especialmente no acompanhamento do CAPS, tornando o medicamento foco central do tratamento (Bezerra, Morais, Paula, Silva, Jorge, 2016; Campos *et al*, 2012, Carvalho, Silva, Rodrigues, 2010): “Atualmente, o Brasil situa-se entre os dez maiores mercados consumidores de insumos farmacêuticos do mundo” (Bezerra, Morais, Paula, Silva, Jorge, 2016, p.157). Em uma pesquisa realizada por Pegoraro & Caldana (2008), os autores afirmam que essa compreensão da

centralidade da medicação no tratamento é trazida pelos familiares e cuidadores dos usuários do CAPS: “A importância da medicação apareceu em todas as entrevistas, entrecortando todas as formas de compreensão sobre maneiras de controlar ou curar a doença: o remédio é colocado como imprescindível para todos os tipos de tratamento realizados” (p.303).

Mas por que a prática prescritiva de medicamentos toma uma centralidade na atenção à saúde mental? Nos poucos casos em que o usuário não queria tomar medicação, percebia-se um esforço da equipe na direção de um convencimento a este uso. Também observamos nesse comportamento de “convencimento”, a ainda presente ênfase na autoridade do profissional especialista.

Profissional C: A gente tenta entendeu... eu tento porque tá em mim a visão do sujeito, independente de ser TR, eu sou psicóloga [...] só que aqui tem influência de outras áreas que não tem como sair disso, passa por psiquiatra tem que tomar remédio, por mais que você tente às vezes: não dá para diminuir um pouquinho, porque tá tendo tal efeito colateral, fazer tentar circular o discurso a queixa do paciente, do que eles falam, que a gente que escuta, a gente que está em contato com o paciente, é com a gente que eles falam, esse remédio tal tal tal, e é um saber da parte do médico, ele que tinha que dar conta. [...] Alguns eu tento pelo menos falar, eu tento, alguns até diminui alguns continuam outros continuam com a linha que eu sei que eu tô fazendo é por aí mesmo.

Também percebíamos uma relação de poder estabelecida entre psiquiatras e os demais profissionais, em que muitas vezes alguns psiquiatras tomavam decisões divergentes da maioria da equipe, e até mesmo sem os consultar. Também percebíamos o receio de alguns membros de discordar da perspectiva do médico. Assim, diante de possíveis divergências nas compreensões e discursos, muitos destes permaneciam não compartilhados, o que ao nosso ver dificulta a compreensão multidisciplinar e mais amplas dos casos atendidos.

Profissional C: Porque acaba seguindo a mesma lógica do hospital aqui, porque tem a figura do médico que é mais influente, tem a equipe de enfermeiro, tem auxiliar de enfermagem que segue o saber do médico, poucos dispostos a aprender

[...] *Não tem essa disponibilidade anterior de querer aprender. Isso [a pesquisa] provoca, isso é um modo de vamos nos alimentar mais de conteúdos.*

Mas por que, apesar de termos leis e portarias relacionadas a reforma psiquiátrica que indicam a necessidade de um cuidado em rede, territorializado, comunitário, não encontramos a família mais presente nos processos de cuidado e na participação dos processos terapêuticos dos CAPS? Por que encontramos um modelo de tratamento centrado no medicamento e seguindo uma lógica apenas biomédica?

Entendemos que essas ações e compreensões não são frutos da incapacidade técnica do profissional ou de seu desinteresse. Não era isso o que observávamos nesse CAPS em questão. Também não consideramos que estas eram questões pontuais desse equipamento, mas sim situações que vemos de forma recorrente não apenas em outros CAPS, mas como em diversos dispositivos da rede. Isso não quer dizer que nada mudou após a reforma psiquiátrica ou que o atendimento se encontra da mesma forma que há algumas décadas; pelo contrário, vemos muitas modificações positivas. Porém, entendemos que esse é um processo ainda em construção e que por detrás dessas ações ainda se desvelam compreensões e pensamentos frutos de contextos históricos e epistemológicos.

Esses procedimentos apontam para algumas constatações: primeiro, que não foi ainda superada a tradição organicista, biomédica, demasiado presente na medicina clássica e, por conseguinte, na Psiquiatria tradicional; e, em segundo lugar, que a “humanização” dos serviços demanda uma discussão mais intensa com respeito aos fundamentos que constroem o “saber” no contexto da dita “Saúde Mental”.

Se temos diversas leis, portarias, movimentos e materiais escritos que discorrem sobre as críticas realizadas aos modelos manicomiais de atenção à saúde mental, como ainda vemos práticas manicomiais mesmo dentro de dispositivos pensados pela reforma? A questão é que, quem constrói o cotidiano da atenção são sujeitos, não leis. Compreendemos que os sujeitos são históricos e que os conceitos e noções empregadas nas práticas também (Foucault, 1963/1973, 1966/2000, 1976/1984, Canguilhem, 1943/1995).

Foucault (1966/2000) afirma que estamos imersos em estruturas epistêmicas que nos constituem, tanto enquanto sujeitos atuando em nossas práticas sociais como enquanto sujeitos de um saber. Ou seja, o conhecimento que utilizamos é devedor de um contexto estrutural epistêmico,

de lógicas e verdades pré-estabelecidas. Canguilhem (1943/1995), também da tradição historicista, retoma a tradição positivista de compreensão do patológico como uma variação quantitativa do “normal”, questionando-a. Muitas vezes percebemos uma crítica às formas de atuação na saúde mental voltada para o formato e funcionamento do dispositivo, dirigida para as carências de verba, de pessoal ou de recursos, à proposta da reforma psiquiátrica, à psiquiatria e aos medicamentos, à capacitação técnica do profissional, etc. Achamos diversos “culpados”, mas não percebemos que todos somos devedores de uma mesma lógica epistemológica. O modelo epistemológico das ciências naturais, advindo da revolução científica da modernidade ainda impera em nossas construções teóricas e em nossas ações.

Segundo Dell’Acqua & Mezzina (1991), apesar das transformações no atendimento à saúde mental, o modelo cultural de referência ao atendimento à crise não mudou; ainda se utilizam técnicas de forma acrítica, classificam-se comportamentos, homologa-se uma faixa de problemas a serem resolvidos partindo de respostas pré-formadas de acordo com cada faixa de problema, sempre buscando “interpretar a condição de crise dentro de parâmetros definidos e controláveis”; assim, ainda se encontram serviços de atenção à crise seletivos, impermeáveis às singularidades das situações, com intervenções fragmentadas e não coordenadas.

Nota-se ainda a consideração da crise como doença, que deve ser “extirpada ou controlada”, ao invés de compreendida de uma forma mais ampla, dentro de um sentido existencial do sujeito, no contexto da vida da pessoa. Essas formas de compreensão irão influenciar nas formas de atenção a crise que observamos. Assim temos um contexto histórico e cultural que, como aponta Costa (2007), ainda liga a crise à noção de periculosidade, reduz a experiência do sujeito a sintomas ligados a uma patologia, que deve ser rapidamente identificada e medicalizada, considerando a remissão dos sintomas como o sucesso da terapêutica, e uma consequente compreensão da crise de forma negativa, ainda a presença de imposição também de hábitos morais, separação do momento de crise de uma compreensão global da vida da pessoa, uso frequente de contenções físicas e químicas, centralidade dos remédios no tratamento, ênfase do controle e tutela.

Jardim e Dimenstein (2007) relembram que o que está em jogo nas urgências também é o caráter de imprevisibilidade; algo difícil para o profissional da saúde lidar, já que como Gadamer (2006) aponta, a incerteza é algo o homem moderno tem muita dificuldade de lidar. Assim, buscam-se referências e certezas em construtos teóricos. “Todos nós nos encontramos sob o impulso da nossa própria autocerteza e autoconvicção metódica, que está ligada com a

cientificidade e a objetividade” (Gadamer, 2006, p. 111). Ou se busca o controle por meio do “abafamento” do fenômeno, da diminuição e controle da crise.

Dessa forma, parece que diante a situação de crise se está acostumado a focar a atenção na identificação de sintomas, classificação do diagnóstico, buscando controlar a crise da melhor maneira possível, até “os medicamentos fazerem efeito”. Nisso se esquece, ou se deixa de lado, o sujeito, os sentidos e seu contexto de vida. Não estamos afirmando que essa é a única forma de atenção a crise, mas sim, que este é um manejo ainda presente, estruturado ao longo de muitos anos, desde o século XIX.

3.6 Experiência de crise considerada apenas como sintoma: o que perdemos com isso?

Notamos que o sintoma é considerado, de modo geral, como o signo objetivo da doença, pouco contextualizado em seus sentidos para o sujeito e em seu contexto de vida. Laing (1960/1973) pontua que podemos entender essa vivência de duas formas:

Parece claro que o comportamento do paciente pode ser visto ao menos de duas diferentes maneiras, análogas aos modos de se ver um vaso, ou dois perfis. Pode-se considerar seu comportamento como “sintoma” de uma “doença”; pode-se ver esse comportamento como uma expressão de sua existência (Laing, 1960/1973, p.16).

Mas como isso influencia na prática de cuidado? No caso do CAPS, era comum que os profissionais não levassem em conta discursos “muito desorganizados” como fonte de informações e de compreensão do sujeito. Como se o discurso “desorganizado e delirante” não estivesse falando exatamente do que o sujeito estaria vivenciando, de sua existência. Laing (1960/1973) discorre sobre o impacto dessa compreensão na prática:

Se a pessoa adotar tal atitude em relação a um paciente, dificilmente compreenderá ao mesmo tempo o que ele talvez esteja tentando comunicar-nos. Voltando a considerar o caso de se ouvir alguém falar se eu estiver sentado à sua frente e falando com você, é possível que você esteja (I) tentando calcular qualquer

anormalidade da minha fala, (II) explicando o que digo em termos de como você imagina que minhas células cerebrais estejam metabolizando oxigênio, ou (III) tentando descobrir porque, em termos do meu histórico sócio-econômico, eu estaria dizendo tais coisas naquele momento. Nenhuma das respostas que você possa dar a estas questões proporcionará por si mesma a simples compreensão daquilo que eu pretendo dizer (p.17).

Como coloca Laing, ao considerar o sintoma apenas como um signo de uma doença, uma anormalidade da fala, perde-se os sentidos daquela expressão em um contexto mais amplo, da vida do sujeito e de seu entorno. Para Basaglia (1924/2005), as formas de tratamento manicomiais são consequência de um tipo de compreensão que considera o sujeito como um objeto, que não possui autoridade ou voz para falar de si.

3.7 Os profissionais discorrem sobre a pesquisa

Durante as entrevistas com os profissionais que estiveram mais próximos dos casos atendidos, observações e anotações realizadas no diário de campo, pudemos coletar diversos relatos a respeito do projeto de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas. A partir desses relatos, nosso intuito é refletir sobre nossas ações afim de aprimorar cada vez mais esse tipo de atenção.

Nosso desafio foi tentar construir uma proposta de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas a partir de alguns princípios fundamentais, mas que pudessem acolher diferentes abordagens da psicologia, diversas áreas da saúde. Mas, muitas vezes, permitir essa abertura, ampliar e acolher diversidades, pode parecer não se posicionar tão claramente. Também acolhemos a possibilidade de não termos deixado nossos fundamentos tão claros como gostaríamos. Independente do que motivou essa percepção da profissional ela foi de muita valia para a reflexão sobre nosso fazer.

Profissional C: Como se faz o diagnóstico ali, o que que, que estrutura se trata ali para entender melhor o funcionamento a dinâmica psíquica daquele sujeito entender um pouco melhor isso faltou um pouco, tem diferenças. [...] Eu achei que ficou muito aberto, ficou mais na abordagem fenomenológica, muito aberto demais

e daí não me identifiquei mais a isso [...] como se vê o sujeito ali? [...] Vago demais o fundamento teórico, não da proposta [da pesquisa], fundamento teórico do sujeito, qual abordagem é essa, para mim faltou, porque eu escuto as pessoas a partir que influências tem que essa pessoa leu, que discurso é esse que ela está falando, da onde que vem esse questionamento [...] não fica no achismo porque tinha os textos, eu queria saber o que fundamenta ali.

Apesar do profissional ter acompanhado o grupo de estudo e reconhecer que havia um material teórico e pesquisas que fundamentavam nossa prática, a fundamentação fenomenológica, que acolhia diferentes perspectivas sobre o fenômeno, e a não-filiação a uma abordagem em psicologia, deu a impressão de uma falta de fundamentação teórica. Para esta profissional não ficou explícito os fundamentos necessários para ela conseguir compreender nosso ponto de partida teórico.

Profissional C: Tem casos que [...] sempre chamara a família ou incluir a família nisso nem sempre acho que funciona também, às vezes separando também da família é que pode vir a tratar daquele sujeito, o viés mais individual com o sujeito [...] Nem tudo eu acho que dá certo queria envolver a família inteira, mudar a dinâmica inteira da família.

Ela também levanta a questão de que nem sempre envolver a família pode auxiliar na atenção prestada. Concordamos com essa afirmativa, mas essa avaliação só pode ser melhor efetuada a partir do contato e compreensão dessa relação entre sujeito e sua família. A profissional 4 também pontuou algumas questões referentes ao manejo com as famílias.

Profissional D: Perspectivas sobre as famílias embora eu tenho uma abordagem muito diferente [da proposta da pesquisa] porque [na proposta da pesquisa] precisa confrontar mais coisas, eu como TR, como figura de acompanhamento, não confronto uma família se eu perceber que vai escapar, eu prefiro manter por perto, mesmo que de uma forma mais frouxa, mas inadequada, do que confrontar e deixar escapar. Esse foi um grande aprendizado assim, que eu não vou dar conta de tudo

que pode ser levantado ali, então eu prefiro levar mais em banho-maria, as mudanças de percepção e de conduta também [...] é um aprendizado da minha prática com família na prática social [...] Não julgamento, não confronto, aproximação, antes, construir abertura para falar isso de forma assertiva [...] eu invisto muito no vínculo [...] como manejar, deixar falar, até compreender o que de fato leva aquele comportamento, mas daí já não numa perspectiva sintomatológica, muito mais em uma questão de construção pessoal [...] Elas vinculam, e a construção do vínculo não é só comigo, mas com do CAP, como espaço de cuidado, é um espaço que eu sei que eu posso levar meu filho em crise que eles vão me ouvir, eu acho que essa construção acaba sendo o mais importante [...] reconheço o espaço, independente de se aceitar o que se propõe ou não.

Concordamos com a fala dessa profissional, essa também foi uma reflexão que realizamos ao longo dos encontros familiares. De fato, muitas vezes o confronto com algumas questões da família, por exemplo, a tentativa de sustentar que a fala do sujeito tem sentido e o convite a tentarmos compreender que sentido é esse, pode ser algo extremamente doloroso para os familiares, que entendem aquela “fala delirante” apenas como “sintoma de uma doença”. Assim, o essencial inicialmente é a construção do vínculo com todos os membros da família, para garantir a parceria e abertura para que o processo de cuidado compartilhado possa ser estabelecido.

Uma das observações sobre o impacto da proposta de atenção foi em relação à resposta das famílias. A profissional D, cujo relato podemos observar abaixo, observa que o acompanhamento da família desde uma primeira crise há uma tendência a família ser mais suportiva com o sujeito em crise e com a própria proposta de cuidado oferecida pelo CAPS. Além disso, nota que há uma maior conscientização do sujeito sobre sua própria vivência, e da família também. Ambos são impactos que na sua percepção melhoram o prognóstico a longo prazo.

Profissional D: É difícil ver alguma mudança no CAPS como um todo, eu acho que com essa correria as pessoas não conseguem prestar muita atenção, eu acho que para as famílias faz toda a diferença. Porque um primeiro momento de diagnóstico quando existe um quadro psicótico é muito difícil, e a família abordada no início tem uma tendência a ser mais suportiva a longo prazo. Acho que no CAPS a grande

diferença que a gente poderia pensar é pessoas mais consciente dos quadros, um trabalho de psicoeducação mais profundo assim, e com um prognóstico melhor a longo prazo, menos crises, espero, para aquelas famílias que de fato absorvem o que é proposto, acho que esse é o maior impacto no CAPS assim, menos retornos.

Profissional A: *Acho que o que facilita, o que facilitou foi o constante comprometimento ... estudos prévios né, com aprofundamento.*

A profissional E se sentia mais tranquila com os casos que estavam sendo atendidos pelo grupo, com mais frequência de atendimentos, que realizava uma escuta mais atenciosa.

Profissional E: *Esses são os pacientes que a gente consegue acompanhar mais de pertinho, são os que vocês estão ajudando. Porque assim, tudo bem que tem o TR, uma mini-equipe, a equipe toda, mas às vezes a gente não dá conta de fazer esses atendimentos, tão regulares, com tanto tempo, tão focados. É difícil a gente conseguir dar tanta atenção para um paciente, eu vejo que vocês aqui conseguem dar um pouco mais de atenção, soma, soma, tem mais profissionais atendendo, então soma, então eu vi que pelo menos esses pacientes a sensação que eu tenho é que eles estão mais cuidados. [...] Tem mais gente olhando pra aquela pessoa e porque eu vejo que vocês conseguem fazer atendimentos mais organizados, de forma semanal, toda semana tem o atendimento, um atendimento mais longo, uma escuta mais atenciosa, qualificada.*

Outra questão que apareceu nas falas dos profissionais foi em relação a disponibilidade na atenção à crise, sem julgamento, utilizando recursos da comunidade.

Profissional C: *Eu fiquei encantada foi a disponibilidade do profissional em atender aquele sujeito, porque quando a Mari deu alguns exemplos, e o Ileno deu exemplo de ir até a casa convencer o pastor da igreja, se o paciente tem vínculo com pastor da igreja, ou alguém tem vínculo. Então vamos tentar não julgar esse vínculo, mas chamar para ajudar tentar ir até lá se aproximar dessa outra pessoa*

para ver como que dá para ser paciente, enfim, sair da crise ou aceitar... essa disponibilidade eu achei muito legal. [Isso acontece aqui no CAPS?] Raríssimo, vai da generosidade do profissional em sair da sua carga horária que ele não tá sendo pago para isso, ainda da carga muito grande de paciência, tem isso de não ser pago em horários que é fora da sua carga horária.

Segundo a profissional C, o momento do grupo de estudo se tornou um espaço para refletir sobre seu fazer, de se debruçar sobre o sofrimento do outro, um investimento nos casos que eram atendidos. Um investimento de tempo e disponibilidade que acaba reverberando positivamente nos casos.

Profissional C: Me fez lembrar do período que a gente precisa estudar os casos que tem o momento de refletir sobre o que faz; dá muita importância para aquele sujeito que sofre; quanto mais você investe no caso a propensão de ter mais sucesso naquele caso [...] o ideal seria que todos tivessem esse tipo de investimento.

Para a ela um dos principais ganhos foi em relação a dar uma importância maior para o cuidado com a família, e a compreensão da crise no contexto da própria família.

Profissional C: Mais sensibilidade, quanto a vamos tomar mais cuidado com a família, vamos entender melhor que lugar que tem esse filho para essa mãe, para ser pai, que lugar que tem manter o filho doente para essa família funcionar, porque tem isso também, que lugar que a mãe tem para o marido.

A receptividade da equipe foi bastante positiva. Todos sempre estavam dispostos a auxiliar, a discutir casos e trocar ideias. Os comentários que tínhamos no cotidiano da pesquisa era em concordância com a importância do trabalho com a família, e a preocupação em dar um suporte maior para os casos de primeiras crises para evitar o processo de crises recorrentes e cronificação.

Profissional B: Recebe muito bem, vem procurar a gente quando tem algum caso né, porque querem que o paciente tenha esse tipo de atendimento, pra eles é muito

bom, porque acaba auxiliando eles né no tratamento, no projeto terapêutico do paciente deles. Então hoje em dia eu vejo que a equipe, ela procura muito mais a gente, do que a gente procura eles pra discutir. [...] Em relação aos atendimentos, eles querem os atendimentos... Eles acham legal ter aqui uma equipe que atende só família de primeiras crises, então eles querem atendimento.

Nos relatos, percebemos que também há uma boa recepção de auxílio e complemento do trabalho que já é efetuado pelo CAPS. Especialmente quando esse trabalho é dialogado e respeitoso com a própria dinâmica do CAPS.

Profissional E: Vocês sempre nos procuraram, eu vi que vocês envolviam o TR que tava cuidando, não foi uma coisa a parte, o que preocupa é quando tem essa separação, não houve isso, eu vi que foi algo que foi em conjunto, acho que isso é bom.

Inclusive a profissional E foi uma das TRs mais participantes no diálogo com o grupo, sempre bastante aberta à discussão e apoiando os casos. A receptividade e diálogo com o CAPS continuam excelentes. Somos sempre muito bem acolhidos pelos profissionais. Também observamos que se tornou uma expressão usual no CAPS, especialmente quando eles nos veem que é “ah, eu tenho um caso de primeira crise”. Ou seja, antes não eram distinguidos os casos de primeiras crises de outras crises, com a introdução da pesquisa percebemos que tanto a ideia da especificidade das primeiras crises quanto da importância do acompanhamento familiar se tornou um aspecto mais considerado do que anteriormente. Percebemos isso através das falas dos profissionais, mesmo daqueles que não participaram diretamente da pesquisa, mas que dialogaram conosco sobre os casos atendidos durante o processo.

3.8 É possível uma atenção às primeiras crises no CAPS III?

Ao final das entrevistas foi indagado aos profissionais se eles achavam possível dar continuidade a proposta de atenção às primeiras crises no CAPS após a saída dos pesquisadores. Os cinco profissionais concordaram com a importância da proposta no contexto do CAPS, porém

acreditam que diante o contexto institucional que vivem atualmente o formato da proposta se torna inviável, especialmente pela falta de recursos humanos e tempo.

Profissional 2: Não, esse projeto é maravilhoso aqui pro CAPS, se encaixa perfeitamente. Todas as famílias precisariam de atendimento, todas né... Umas mais, outras menos, mas dentro do nosso, do nosso público né... De pacientes com TM, a gente entende que: se não é a família que até causa né, que até causa todas essas crises... A família também precisa de orientação e de estar participando do tratamento... Muitas vezes a gente tem uma família né, próxima, uma família que quer cuidar, uma família aquelas que são bem disfuncionais mesmo né, toda desestruturada, tal, então... Nossa, esse projeto, o ideal seria que a gente sempre 'tivesse' aqui e até mais assim né, maior, mais ampliado, com mais horários...

A profissional 2 entende que o projeto seria muito importante para o contexto do CAPS, sobretudo em relação à inclusão da família nos atendimentos. Porém, assim como o profissional 5, entende que o que inviabiliza a proposta seria a falta de recursos humanos, ela menciona que no CAPS atualmente, os TRs são responsáveis por cerca de 40-60 usuários. O profissional 5 entende que existem outras questões pendentes para serem resolvidas antes de se tornar possível a inserção de um projeto dessa natureza coordenado somente pela equipe existente. Em sua opinião, muitas vezes nem o básico de cada profissional é feito de forma adequada.

Profissional 5: Considerando a equipe que a gente tem no serviço hoje, não. Porque eu acho que a gente tem tanta coisa básica para resolver ainda. [...] Ah de questões, ah tão difícil isso, todo dia a gente vive isso, mas é difícil falar disso. O que uma categoria profissional faz e a outra não, o que que é meu, o que que não é, a ambiência tem que funcionar de um jeito não funciona, por exemplo, eu sou da enfermagem, meus técnicos de enfermagem não checam medicação, coisa básica. Como que eu vou querer implementar coisas mais avançadas se eu não consigo que eles seguem medicação, que é básico? Dando o exemplo da enfermagem, sabe, para chegar lá precisaria de muito. [...] Colocar na prática é muito difícil, então não é que talvez não funcione, que não seja aplicável, pelo contrário, eu vi que era

um instrumento que podia ser muito útil, a dificuldade era implementar. [...] Para implementar isso, surgiriam dificuldades, algumas que já expliquei, falta de interesse da equipe, falta de tempo, falta de profissionais.

Para ela, a falta de interesse da equipe, de tempo e profissionais inviabilizaria o projeto da forma como havia sido proposto. Apenas com o auxílio da nossa equipe, realizando um trabalho a mais no CAPS, é que o projeto se tornou viável.

Profissional 2: Acho que não é viável por falta de pessoas mesmo, por falta de RH... Por isso eu acho que não é viável, mas por exemplo, se eu 'tivesse' o ideal, o ideal que a gente sempre sonha aqui no CAPS é que cada TR tenha uns 20 pacientes né... Aí sim, daria, não pra fazer com todos, mas com a grande maioria daria pra fazer... Muita coisa, mas se torna inviável por conta da falta de profissionais, porque se a gente 'tivesse' o dobro de profissionais daria. [...] Acho que não... Os atendimentos familiares não acontecem mais daí. Existe uma sobrecarga muito grande aqui dentro do nosso serviço sabe? Isso não é só uma fala minha, é uma fala assim, de todos há muito tempo, ... É como se a gente 'tivesse' assim sabe, só apagando incêndio mesmo, só cuidando... A gente tá assim sobrecarregado de vários pacientes e estamos atendendo só aquilo que 'tá' mais gritante. Então um projeto como esse é um projeto muito bom né, que todas as famílias precisariam, um projeto que ajuda na prevenção de novas crises né... É um cuidado que se faz com a família, pra prevenir novas crises pra que esse paciente possa ter uma, um prognóstico melhorado né... Atender com a demanda, aí depois que acabou a demanda atender outra demanda e aí acabou aquela ali, aquela crise aí a gente tem outra crise, então... [...] É difícil... Não vou dizer que isso não acontece né, acontece. Eu acho que vai ter uma ou outra família que eu, particularmente, como fiz parte do projeto vou querer acompanhar, a gente vai acompanhando... Mas não dessa forma como é hoje, com vocês aqui. A gente não tem perna pra isso.

Essa fala, de certa forma, resume um pouco as outras falas dos profissionais. Há um consenso de que o serviço não funciona da forma como eles entendem que seria o adequado. A proposta de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas, para eles, é um projeto adequado e importante ao CAPS, porém a falta de tempo, de profissional e de interesse por parte de alguns profissionais (principalmente por não se interessarem pela saúde mental) acabam prejudicando a viabilidade do projeto ser continuado pelo próprio CAPS. Como mencionou a profissional 5, a alguns casos, após o projeto, será dada uma atenção mais próxima, será possível trabalhar com a família, mas serão exceções dentro da possibilidade que o serviço tem para ofertar.

Em relação a comparação dos profissionais com o GIPSI (grupo que serviu como base durante a construção do projeto) ele colocam que há uma diferença gritante de quantidade de sujeitos atendidos em relação aos profissionais que atendem o caso. Geralmente há cerca de 30 integrantes acompanhando um conjunto de 10 casos, ou seja, uma proporção de três pessoas para cada caso. Muito diferente da realidade do CAPS, no qual há cerca de 40-60 casos para cada Terapeuta de Referência (TR). O tempo de discussão dos casos no GIPSI também é bem maior do que no CAPS, devido a outras demandas que o CAPS atende.

Profissional 3: O Ileno consegue fazer na equipe dele que é uma equipe preparada para isso com uma visão só de sujeito, eu conheci clínicas onde tinha vários profissionais, como tem aqui, com a mesma visão de sujeito com a mesma estruturação de corpo teórico, aí todos segue a mesma linha, não é o que acontece aqui, cada um vem de um tipo de formação, com muito saber popular, tem muito senso comum aqui. O pessoal às vezes não entende que a pessoa não trabalha, o paciente não trabalha, ah mas por que que ele não, porque se for uma estrutura psicótica o trabalho pode desencadear crise, não dá certo, sair desse ideal que todos os precisamos seguir esse caminho, tem muito julgamento moral, muito da pessoa ali que não está bem resolvida e projeta no paciente que a falta de análise pessoal entra mais com profissionalismo, se distancia do caso, não leva nada para o lado pessoal que às vezes os pacientes ofendem você e se eu levar para o lado pessoal, onde está o meu profissionalismo?

Para essa profissional, para a realização de uma atenção às primeiras crises do tipo psicóticas, seria necessário ter uma mesma visão de sujeito e uma mesma estruturação do corpo teórico. Outra questão que ela pontua é em relação a medicação servir também para aplacar a angústia do profissional, a expectativa da equipe. O profissional é demandado a dar uma resposta à crise, e muitas vezes ele não uma “solução”, isso pode ser bastante angustiante para o profissional e para todos os envolvidos. Porém, não dar uma “solução”, também faz parte também do processo de manejo de crise; precisamos compreender o que está acontecendo com o sujeito, o que ele está vivenciando, o contexto em que isso se dá. Muitas vezes precisamos suportar o “não saber, não compreender, não saber o que fazer” (sic), para acompanhar o sujeito e sua família nesse processo de descoberta; esse pode ser um processo desconfortável.

Profissional 3: Aqui não tem essa disponibilidade, não é uma equipe toda com essa visão, então se eu recebo alguém em primeira crise, não tem aquilo que o Ileno deu exemplo, vamos até o sujeito, vamos fazer o pronto atendimento [...] disponibilidade de tocar o telefone e a gente até a pessoa imediatamente ou insistir altas horas, ficar ali até conseguir o manejo, sem a medicação, que eu entendi que ele deve se prontificar a isso, que é muito legal, maravilhoso, aqui não é assim, a angústia entra muito também angústia do próprio profissional que atende, o médico que atende também, de querer acalmar, acalmar a expectativa da equipe e acaba entrando pelo viés da medicação [...] a gente não tem essa disponibilidade, não existe, nesse sentido não dá para colocar aqui, esse tipo de disposição.

Também atendemos através de uma Universidade particular, pois o CAPS não tinha profissionais suficientes para atender todos os participantes da pesquisa individualmente. Assim, também tínhamos o contexto de alunos de graduação atendendo os participantes da pesquisa, com nosso acompanhamento. O GIPSI é um grupo que funciona dentro de uma clínica escola da Universidade de Brasília e, portanto, tem algumas especificidades de atuação e contexto, no serviço escola há alguma flexibilidade maior para atuação. Além disso o GIPSI é um grupo que está trabalhando com primeiras crises do tipo psicóticas desde 2001, com experiência de atuação nessa área de 17 anos.

Mas será que porque os profissionais entendem que o formato da atenção às primeiras crises proposta por essa pesquisa é inviável sem os recursos humanos investidos por ela, não há nada a se fazer? Torna-se inviável também a possibilidade de se realizar uma atenção às primeiras crises de forma diferenciada das demais crises?

Entendemos que é viável pensar em uma proposta de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas em um CAPS. Basta que adaptemos o projeto à realidade que possuímos, buscando mais parcerias na RAPS, incluindo os recursos da própria comunidade do indivíduo em crise. Em nossa avaliação, a proposta de atenção do GIPSI que inspirou essa pesquisa é inviável em um CAPS da forma como ela funciona no UNB. Nossa proposta construída junto ao CAPS também se tornou inviável após a nossa saída, especialmente por falta de recursos humanos. Mas como seria possível uma proposta de atenção adequada às necessidades das pessoas em primeiras crises do tipo psicóticas e seus familiares, dentro das possibilidades atuais do CAPS? A partir de nossa experiência em campo e da análise do material coletado elencamos alguns pontos que entendemos como essenciais nesse processo, e que poderiam ser adaptados a realidade de cada serviços dentro da RAPS.

4. POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES PARA A ATENÇÃO ÀS PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICAS

A partir dessa experiência de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas em um CAPS III de Curitiba traçamos algumas possíveis contribuições para a reflexão sobre a atenção às primeiras crises do tipo psicóticas. Ao elencarmos esses pontos a partir da experiência de campo, notamos que estavam intimamente articulados com a fundamentação fenomenológica na atenção às primeiras crises do tipo psicóticas.

Entendemos que para pensar em uma atenção às primeiras crises é interessante que haja uma articulação com a fenomenologia, para evitar cairmos em naturalismos em relação a essa complexa vivência. Assim como, para considerarmos o sujeito como constituição de sua relação com o mundo, incluindo sua família e seus vínculos sociais mais próximos.

A tutela, a centralidade apenas no indivíduo e na terapêutica da medicação, o entendimento de que a crise é apenas um sintoma de uma doença, não são frutos de incapacitações técnicas, práticas mal executadas ou descumprimento de protocolos. Mas, principalmente, resultado de um pensamento anterior ao fazer, que guia essa prática, que vem de uma construção epistemológica da ciência do séculos XVIII e XIX que precede o positivismo.

Logo, os pontos que aqui elencamos como básicos, diante de nossa experiência não são manejos técnicos, mas sim provocações do pensamento, apontamentos sobre a necessidade de uma reflexão anterior ao fazer. Por isso a importância da fenomenologia enquanto uma provocação epistemológica, uma problematização das formas de construção do conhecimento.

Esses pontos básicos não estão vinculados a nenhuma abordagem psicológica específica, nem mesmo a somente uma área de atuação no campo da saúde mental. Eles foram elencados para que pudessem ser realizados por qualquer profissional que trabalhe no contexto da saúde mental. Esses são fundamentos que estavam presentes em nossa proposta de atenção como partes essenciais. Apesar da articulação com a fenomenologia, ao serem trazidos para um diálogo com a prática dentro do contexto da saúde mental se tornam acessíveis a qualquer profissional, mesmo que não tenham tido nenhum contato com a fenomenologia. Seria inviável requisitar que para a proposta ser funcional houvesse a necessidade de um prévio conhecimento de fenomenologia.

Também buscamos não focar os pontos básicos em quantidades ou formatos de encontros (individuais, familiares, em grupo) ou a frequências destes. Apesar de percebermos que são aspectos importantes da atenção às primeiras crises do tipo psicóticas, entendemos que há a possibilidade de adequação a realidade de cada local. Os fundamentos elencados foram:

- Foco a partir do sujeito e não da doença
- Colocar o conhecimento e pressupostos anteriores em suspensão
- Reflexão crítica
- Postura compreensiva
- Acompanhar e não tutelar
- A crise não é só do sujeito
- Falar de crise, é falar de vida
- O sintoma tem sentidos
- Não filiação a nenhuma abordagem psicológica ou ideologia

4.1 Foco a partir do sujeito e não na doença

É necessário se ater a pessoa, o foco está nela e não em sua doença. Olha-la a partir apenas desse viés seria reduzir sua vida a um mero conjunto de sintomas. Buscamos considerar a pessoa em crise como um sujeito ativo e concreto, uma pessoa, e não um objeto, ou um “doente a ser tratado”. Como o sujeito em primeira crise se sente no ambiente do CAPS? Bem, protegido, acolhido? Assustado, receoso, inseguro? Essa é uma indagação feita ao sujeito? Essa é uma preocupação prevista no PTS?

A pessoa em crise e sua família, tornam-se assim, os maiores detentores do conhecimento a respeito daquela vivência de crise, protagonistas dessa empreitada cujo objetivo é a compreensão do contexto e sentidos atrelados à crise. Os profissionais já não são aqueles com as respostas, mas os com as perguntas. O sujeito em crise não é mais o que “pacientemente” aguarda sua “cura”, aquele que obedece, mas sim aquele que busca ativamente uma compreensão sobre si mesmo e seu entorno. A família não é mais aquela que exige dos profissionais a responsabilidade pela melhora de seu familiar e que por vezes é deixada de lado no processo de cuidado; e sim a que participa também ativamente, a que se responsabiliza pelo cuidado, a que também propõe se compreender e a se repensar.

Mas para isso é necessário, como Basaglia (2005) pontua, colocar entre parênteses a doença para compreender o sujeito que se encontra à sua frente. Para estar disponível a conhecer o outro, em seus sentidos e suas vivências é necessário que eu consiga abrir mão da minha visão de mundo, das minhas verdades e sentidos. Assim, seguimos para o próximo item.

4.2 Colocar os preconceitos e pressupostos anteriores em suspensão

“Não é preciso postular-se que se veja com os próprios olhos, mas antes que se deixe de eliminar o visto numa interpretação que os preconceitos impõem” (Husserl, 1910/1965, p.73).

Husserl (1910/1965) coloca que o prejuízo de interpretar o mundo e os outros sujeitos do mundo a partir dos meus pré-conceitos, das minhas experiências anteriores, pode significar eliminar o que é visto. Assim como as teorias pode servir como lentes que nos auxiliam a enxergar o mundo de forma mais aproximada ou menos turva, as lentes podem modificar como o mundo se apresenta. Dependendo da lente que utilizamos ela pode “embaçar” minha visão, ou dependendo da cor da lente, deixar o mundo mais escuro, mais amarelo, mas esverdeado. O erro está em considerar que o mundo aparece para todos da mesma forma como aparece para mim através de minhas lentes. É presumir que o mundo é esverdeado, porque o vejo como tal.

Colocar o que pensamos que conhecemos a respeito das primeiras crises do tipo psicóticas em suspensão, não quer dizer eliminar todo o conhecimento que temos a respeito desse fenômeno. Também não é se deixar levar por aquilo que conheço em detrimento daquilo que aparece como vivência do sujeito que se encontra a minha frente. Não estamos aqui diminuindo a importância das teorias, dos conhecimentos prévios, das experiências com a arte que nos permite conhecer experiências humanas que nunca havíamos passado, dentre tantas outras formas de buscar compreender o mundo. Todos esses conhecimentos são importantes, mas nenhum deles dá conta da totalidade do fenômeno das primeiras crises do tipo psicóticas. Portanto para conhecer o sujeito, sua vida, e compreender seu momento de crise, é necessário não pressupor que sua experiência se resume ao meu modo de ver sua experiência. Para compreender sua vivência é necessário se debruçar sobre ela mesma, o sujeito, seu contexto, suas relações, sua vida.

Husserl (1910/1965) aponta que a atitude natural é nos debruçar sobre o mundo a partir de nossas experiências anteriores, é pressupor que elas irão se repetir. Essa atitude é importante e

necessária, porém, exige-se um esforço para que possa suspender temporariamente essas verdades anteriores para conhecer o fenômeno como ele aparece para o sujeito.

4.3 Reflexão crítica

A postura reflexiva e crítica deveria ser uma constante no trabalho, justamente pelas outras condições exigidas, uma constante vigilância de nossas próprias ideias, sentimentos e ações. Isso também foi construído em conjunto. Nas entrevistas, um auxiliava o outro a pensar sobre as intenções que acarretavam as ações propostas, verificando sempre se elas estavam de acordo com as posturas pretendidas no projeto.

Entende-se que mais importante do que as formas e técnicas de intervenção em saúde mental são as concepções, pré-conceitos, pressupostos que carregamos de forma irrefletida em nossas práticas. A forma como o profissional compreende o fenômeno está diretamente ligada à forma como ele irá se posicionar clinicamente frente a ele. Caso olhe para o fenômeno do sofrimento psíquico como uma “doença”, se posiciona como o sujeito de um suposto saber sobre tal doença e que tem como um objetivo a cura, o retorno a um estado de saúde anterior perdido. “Quando a doença é considerada como um mal, a terapêutica é tida como uma revalorização; quando a doença é considerada como uma falta ou um excesso, a terapêutica consiste numa compensação” (Canguilhem, 1994/1966 p.249).

Caso o profissional entenda a doença mental como um desequilíbrio da química cerebral, a cura vem através dos medicamentos. Nessa compreensão, se há desequilíbrio, há doença. Se há fuga da normalidade pré-estabelecida do funcionamento do corpo, há doença. Caso ele entenda que a doença mental tem sua etiologia na história individual do sujeito, será apenas através da compreensão da história pregressa, através das memórias do sujeito, que alcançará a cura. Caso ele compreenda a doença mental como um problema social, uma “doença” da sociedade, nada tem a fazer com o sujeito como intervenção, a intervenção é na própria sociedade.

Essas são as três principais perspectivas hegemônicas no campo da saúde mental. E, apesar de parecerem contraditórias, carregam uma característica em comum: uma visão naturalizante do ser humano. Ou seja, há por detrás de cada concepção do que é doença mental, uma concepção do que é natural do humano, e conseqüentemente de uma suposta normalidade, um funcionamento normal humano. Parte-se de concepções essencialistas, e como tais, imutáveis, universais, atemporais.

Por isso, parece-nos mais interessante investir na reflexão crítica do que em técnicas específicas. Possibilitar que o profissional se acostume com o exercício de pensar sobre o seu fazer, se perguntar sobre os motivos que o levam a pensar e agir de tal forma, ou mesmo a assumir o não-saber, pedir ajuda, buscar novas respostas. “Estamos aqui falando de uma ‘visão de mundo’ e de uma ‘visão de homem’ subjacente a esses modos de ‘fazer’. Esta ‘visão de mundo’ nos remete ainda a um *modus operandi* dos profissionais, e aos modos de comportar relativos aos modos de ver ou perceber o mundo” (Holanda, 2011, p.72).

As explicações psicologizantes, sociologizantes, psicopatologizantes ou biologizantes, são naturalizantes. São concepções que tomam o homem por uma única perspectiva, acreditando que esta lhes dá a totalidade do existir humano. E por mais que se aglutine os “ismos” nas ações multidisciplinares ainda se parte de naturalizações e se perde a singularidade do humano que se encontra à minha frente. Ainda se explica o outro sob uma única perspectiva. Esta naturalização do sujeito parte de uma herança filosófica platônica, “existe – ao menos no escopo do pensamento ocidental – uma certa “tradição” pela busca por “causas” ou “condições de surgimento” de um determinado evento ou ocorrência. Buscam-se determinantes.” (Holanda, 2017, p. 175). Ao realizar a crítica a respeito desses reducionismos, não se trata apenas de uma disputa epistemológica, mas também de uma forma de compreender o papel da atenção à saúde e da ética envolvida nessa ação. Holanda (2017) coloca que:

Quando Foucault denuncia a exclusão, não apenas aponta para relações de época ou para uma construção histórica; quando Goffman discute o estigma, não explicita apenas relações sociais; quando Laing, Cooper ou Szasz questionam o poder da psiquiatria, não dizem apenas de instituições formais ou condições políticas; todos estes autores (e tantos outros) falam de um aspecto fenomenológico mais importante, - mesmo que sutilmente escamoteado por detrás dos discursos - que cada experiência desvela um sujeito que ali se mostra e se apresenta. (p. 156)

Ao não levar em conta o sujeito que ali se mostra, qual o reflexo em minha ação? Segundo Basaglia (2005), as formas de tratamento manicomiais foram apenas uma consequência do olhar para o sujeito em sofrimento como um objeto, que não possuía autoridade sob si mesmo. Assim, por mais que se tenha, a partir da Reforma Psiquiátrica, mudado nomes, locais de tratamento,

técnicas de cuidado, não mudaram as lógicas. Permaneceram em compreensões naturalistas, que como tal, colocam o sujeito como objeto de um saber anterior, retirando-o de sua própria existência. Toma-se para o profissional a responsabilidade sobre as escolhas existenciais do sujeito diante seu sofrimento, diante sua vida.

Aquele que é formado nas ciências naturais julga evidente que todos os fatores puramente subjetivos devem ser excluídos e que o método científico-natural determina, em termos objetivos, o que tem sua figuração nos modos subjetivos da representação. Por isso busca o objetivamente verdadeiro também no plano psíquico. Ao mesmo tempo admite-se, com isso, que os fatores subjetivos excluídos pelo físico serão investigados pela psicologia precisamente como algo psíquico e naturalmente uma psicologia psico-física. Mas o investigador da natureza não se dá conta que o fundamento permanente de seu trabalho mental, subjetivo, é o mundo circundante (Lebenswelt) vital, que constantemente é pressuposto como base, como o terreno da atividade, sobre o qual suas perguntas e métodos de pensar adquirem um sentido (Husserl 1935/2006, p. 90).

Talvez tenhamos esquecido que nossas construções científicas advêm do “mundo da vida”, e dele não podemos nos separar. Foucault (1976/1984) alerta para a necessidade de uma visão crítica aos conceitos que utilizamos em nossas práticas e por conseguinte, suas funções, objetivos, fundamentos. A reflexão crítica da filosofia e da epistemologia deve estar presente em nossa atuação. Se o profissional que atende dentro do contexto da saúde mental não considera que ele está construindo conhecimento e que ele deve refletir sobre o conhecimento que utiliza, ele se torna apenas um técnico.

Mas o que é filosofar hoje em dia — quero dizer, a atividade filosófica senão o trabalho crítico do pensamento sobre o próprio pensamento? Se não consistir em tentar saber de que maneira e até onde seria possível pensar diferentemente em vez de legitimar o que já se sabe? Existe sempre algo de irrisório no discurso filosófico quando ele quer, do exterior, fazer a lei para os outros, dizer-lhes onde está a sua verdade e de que maneira encontrá-la, ou quando pretende demonstrar-se por

positividade ingênua; mas é seu direito explorar o que pode ser mudado, no seu próprio pensamento, através do exercício de um saber que lhe é estranho. (Foucault, 1976/1984, p.13).

Foucault traz, aqui, a importância de um resgate da própria ciência a seu principal fundamento, a filosofia. Mas não a filosofia dogmática, e sim a filosofia questionadora, que não se contenta em reproduzir, mas em refletir. Não é por sermos profissionais da saúde ou cientistas que devemos deixar a filosofia para os filósofos, pois assim nos tornamos meros reprodutores de lógicas que nem mesmo nos damos conta. A forma como o profissional compreende um fenômeno está diretamente ligada à forma como se posiciona frente a ele. (Canguilhem, 1994/1966).

4.4 Postura compreensiva

“A poesia não se entrega a quem a define.”
Cuidado – Mario Quintana

A vida não se explica, se compreende. No modelo explicativo a atuação e conhecimento é dirigido à clarificação do princípio causal. Nessa postura a patologia ou o sintoma são apenas efeitos, resultados dessas etiologias. Porém, Manganaro nos alerta que “entre causa e efeito não há qualquer relação de significado” (Manganaro, 2006, p.89). Assim, uma atitude considerada importante nesse processo era a da curiosidade, a de buscar conhecer. Assim, através da postura compreensiva, procurou-se conhecer e compreender o sujeito, sua vida, sua família e as vidas de cada um, seu contexto social, seu contexto de crise e/ou sofrimento. Segundo Laing (1973)

Que se pede de nós? Que o compreendamos? O cerne da experiência esquizofrênica de si mesmo permanecerá incompreensível para nós. Mas a compreensão na forma de esforço para alcançá-lo e agarrá-lo, permanecendo embora dentro de nosso mundo, julgando-o segundo nossas próprias categorias, diante das quais ele inevitavelmente fracassa, não é o que o esquizofrênico deseja ou exige. Precisamos reconhecer todo o tempo sua singularidade e diferenciação (p. 20).

Muitas vezes achamos que entendemos a vivência de crise do outro, damos nomes: delírio, alucinação, mania, depressão, ideação suicida. Mas o que é desejar morrer para ele? O que ele vê, o que pensa, o que sente? Às vezes perdemos mais com a crença que “dominamos” a compreensão sobre o fenômeno da crise do que se assumíssemos nossa limitação a essa compreensão, e realizássemos o esforço para tentar entender aquele sujeito, seu mundo, sua crise.

4.5 Acompanhar e não tutelar

Na ânsia de acharmos que sabemos sobre a crise do sujeito, que podemos explicar seus sintomas, diagnosticar sua “doença”, buscamos o controle sobre a situação de crise, tutelamos. A tutela se torna a única opção quando há medo, há preocupação pela perda do controle. Lima, Jucá, Nunes e Ottoni (2012) realizaram uma pesquisa a respeito dos significados atribuídos pelos profissionais e familiares às situações de crise. Para os entrevistados, as pessoas em crise se tornam “perigosas, violentas, agressivas, brabas, despertam medo, incomodam os outros, quebram e destroem coisas, gritam (...), estão em sofrimento, angustiadas, ouvem vozes, necessitam de vigilância contínua, confusas, em risco de morte, desestruturam famílias” (p.428). A fala desses entrevistados discorre sobre as concepções e sentidos de crise em nossa cultura: a crise está na ordem do que é estranho, perturba e assusta.

O que aparece para nós como crise são aqueles aspectos que causam alguma ordem de estranheza e uma perturbação social importante (...) a psicose é uma questão fundamentalmente social e o que vai parar na porta da emergência psiquiátrica é, fundamentalmente, aquilo que corresponde a uma perturbação psíquica que gera algum tipo de ressonância social importante. É muito óbvio, não é? Sem ressonância social, o fato psíquico deixa de ser relevante. (Silva, 2007, p.52)

Por essas pré-concepções e medos muitas vezes se tem dificuldade em lidar com as incertezas e incompreensões que o fenômeno da crise apresenta e entende-se que a melhor forma de evitar qualquer outro mal pior é a tutela. Pegando para si a responsabilidade sobre aquela situação/vida/existência, pressupõe-se menor risco relacionado ao caso.

Porém Costa (2007, p.102) alerta que “é importante que a cautela não se configure como tutela”. A ideia de tutela, e boa parte das condutas protecionistas, se baseiam na ideia de risco associada à crise. Em nome da ética, da segurança de familiares, de outros membros da sociedade ou de si mesmo, da saúde alheia, atua-se buscando proteção contra o desconhecido, o inesperado, o imprevisível, o incontrolável. Segundo Dell’Acqua e Mezzina (1991)

[...] o apoio à autonomia ao poder do paciente não pode se exaurir em formas estereis de protecionismo e defesa passiva dos direitos do paciente com indivíduo, mas pressupõe um itinerário de transformação para todos os sujeitos envolvidos, iniciado no momento do contato (p. 58).

Compreende-se que na atenção às primeiras crises do tipo psicóticas seria necessário correr alguns riscos. Pois se pautássemos as ações pelo medo ou pela possibilidade do risco, que sempre é existente, não se daria conta de possibilitar o cuidado do sujeito em seu contexto, em uma co-responsabilização dele e de seus laços sociais, como a família.

Mas com isso não se exime a cautela e a oferta de ajuda. França (2007) alerta que autonomia não deve ser confundida com independência ou auto-suficiência. Por que os familiares e/ou amigos não permanecem nos leitos como fazemos em situações de hospitalização? Por que se assume a responsabilidade pelo cuidado total quando falamos de “doenças mentais”?

Nicácio e Campos (2004) relembram da necessidade de uma co-responsabilização na hospitalidade integral em serviços abertos e territoriais como o CAPS, em busca de uma gestão coletiva. A presença da família e dos amigos da pessoa em crise não deveria ser uma eventualidade, a exceção, mas a regra.

Para que haja possibilidade da crise ser vivenciada não apenas como risco, mas também como oportunidade, é necessário que haja condições para essa transformação de si e do meio. Assim muitas vezes o papel na atenção à crise é criar condições e espaços para que o investimento desse momento de crise possa se dar “(...) espaços nos quais uma pessoa possa se hospedar sem que haja intenção de “resgatá-la” ou “direcioná-la” na vida, em face de um estado de fratura que retorna ao seu presente” (Costa, 2007, p.104).

4.6 A crise não é só do sujeito

A crise não é uma vivência individualizada. Buscamos compreender a crise em um contexto complexo a qual pertence. A crise é compreendida como um evento histórico, que diz de uma relação entre sujeito e mundo (contexto, relações, corpo, cultura) do qual não é possível sua redução ou simplificação. Na fala de Marcela, irmã de Iva, durante a entrevista final, podemos verificar essa percepção que foi sendo desenvolvida ao longo dos encontros familiares, de que não era apenas Iva que estava em crise, mas toda a família.

Marcela: Ninguém confia em ninguém todo mundo acha que um tá enganando o outro. Todo mundo se defende um do outro; em vez de ouvir de coração aberto mas é que é todo mundo, todo mundo! então... é difícil, eu acho que assim, pra melhorar as coisas aqui em casa eu acho que, ninguém aqui tá, tá todo mundo mal, eu não vejo ninguém bem.. você não tá bem, você não tá bem, você não tá bem, eu não to bem. Eu estou destruída! Eu comecei um estágio, eu não consegui ficar. Porque eu não tinha o que dar de mim! [...] Acho que todo mundo só quer apontar para o outro, se defender, em vez de olhar ‘nossa eu também podia ter melhorado’, poxa eu vi que eu errei nisso, me desculpa, mas se você também podia ter se olhado? [...] Porque eu não estou bem. Nem em família, sozinha, eu não estou bem. Eu não vejo a minha mãe bem, porque não dorme, vive... a mãe não dorme, ela acorda várias vezes na noite, tem insônia, isso não é estar bem. Vive preocupada, chorando. Você vive sozinho, naquele apartamento lá enfurnado, fumando. Está bem a sua qualidade de vida? Desculpa aí, vou ter que ser bem sincera, por mais que doa. Eu vejo aqui um monte de gente se defendendo da própria tristeza. A gente, às vezes, não quer se abrir por medo, assim, de escancarar os nossos próprios... porque dói, dói demais olhar pra trás e ver que fez um monte de merda, né, pai? Né pra todo mundo aqui, até pra mim. Dói, né? Por isso que às vezes a gente foge. Foge de querer mudar. Porque, você está feliz, pai? Com a sua vida hoje. Você está bem?

Caio: Claro que eu não estou feliz.

Marcela: *Não, você não está, realmente, não é só com a Iva, é com você. Você está bem com você? Esqueça a Iva, me esqueça. Você está bem com você?*

Caio: *Não.*

Marcela: *Você está bem com você?*

Sofia: *Não to feliz.*

Nicácio e Campos (2004) discorrem sobre como “a complexidade das situações de crise não pode ser lida como um dado isolado e a própria compreensão é redimensionada em processo, na continuidade da relação” (p.76). Dell’Acqua e Mezzina (1991) também apontam a condição da crise como uma complexa situação existencial. Assim, igualmente complexos devem ser os recursos e instrumento para sua atenção.

Campos (2001) afirma a importância de cuidar das famílias. Porém, notamos que muitas vezes o acompanhamento das famílias é realizado de forma rasa, superficial. A autora relata que muitas vezes as propostas de trabalho com família são esvaziadas de sentido. Por vezes os grupos de família têm como objetivo informar os familiares da evolução do sujeito, o que acaba colocando o usuário do serviço como um objeto. Outras vezes se utiliza os grupos para pedir informações do usuário, a história do sujeito passa a ser a história que a família conta, retirando novamente de circuito as percepções, sentidos e vivências do sujeito.

Para Campos e Carozzo (1991), assim como outros autores que estudam a relação psicose e família (Costa, 2010, Palazolli, 1998, Minuchin, 1982), há vinculação entre a crise psicótica e relações familiares. Assim, trabalhar com cada família na atenção de pessoas em crises psicóticas se torna essencial para todos esses autores. Segundo Costa (2003, p. 123): “a dinâmica inserida em certas situações familiares pode contribuir para a perpetuação e manutenção de uma característica já definida de doença em um membro da família e, desta forma, à produção de cronicidade”. A compreensão sistêmica auxilia nesse alargamento da compreensão de crise, entendendo quaisquer fenômenos enquanto cadeias conectadas. Não há indivíduos isolados, mas pessoas ligadas a vários sistemas, pertencentes e criadoras de relações, sentidos, vivências múltiplas e compartilhadas.

A rede social é de suma importância tanto em relação ao acolhimento e auxílio no manejo da situação de crise, como também na compreensão da situação. Muitas vezes as pessoas mais próximas são as primeiras que notam algumas possíveis diferenças no sujeito que vão se apresentando ao longo do tempo.

4.7 Falar de crise, é falar da vida

Dell'Acqua e Mezzina (1991) relatam que o acolhimento às crises, nos Centros de Crise da Itália, se dá de forma particular a cada caso, sem intervenções pré-constituídas ou mesmo “equipes especiais” de intervenção, já que esta pode ser feita por qualquer pessoa que trabalhe no centro. Quando possível eles preferem que esse acolhimento seja feito em lugares da vida do paciente, como sua casa, por exemplo, utilizando também intermediários, que seriam as pessoas significativas para ela. Os autores salientam que a simples disponibilidade de “ir ao encontro” da pessoa é extremamente benéfico. Outros recursos de acompanhamento da crise mencionados são atitudes simples como telefonemas, envolvimento de outros sujeitos (amigos, líderes religiosos) ou mesmo de um encanador, por exemplo, que pode auxiliar em aspectos mais práticos que igualmente irão auxiliar no cuidado à saúde mental do sujeito e de sua família ou conviventes. Os autores apontam que para compreender a realidade de vida do sujeito atendido é importante verificar: “onde vive, onde dorme, o que come, com quanto dinheiro vive, com quem se encontra, quem está a sua volta, onde trabalha” (p.70). Questões da materialidade da vida são igualmente importantes na atenção à crise. Dell'Acqua e Mezzina (1991):

Na nossa experiência, a reconstrução da história através dos múltiplos momentos de contato e de conhecimento entre o serviço e a pessoa, nos seus locais de vida, com a rede das suas relações, com os seus problemas materiais e concretos, tende a colocar a crise no interior de uma série de eixos que são capazes de torná-la compreensível (não de explicá-la), de dar um senso à crise e, enfim, de recuperar a relação entre as valências de saúde, os valores de vida e a própria crise. (p. 56)

Antes de aspirar a uma resolução de conflitos no cenário provado (familiar ou microsocial), tentando chegar a uma rápida normalização do sujeito, como é comum nas estratégias de “*crisis intervention*”, a resposta à crise no serviço territorial é preferencialmente voltada a conectar, a colocar em contato o paciente com um sistema de relações e de recursos humanos e materiais. (Dell'Acqua e Mezzina, 1991, p.75)

Costa (2007) afirma que não há como pensar em mudanças internas e individuais sem uma perspectiva de atravessamento e relação interioridade-exterioridade. A mudança depende de

relações, encontros, recursos, condições favoráveis, não há como pensar nessas condições sem contar com os outros. Em trabalho anterior (Puchivailo e Holanda, 2016) verificou-se que o profissional que trabalha no CAPS, muitas vezes se volta a um discurso que olha apenas a doença, e não a vida como um todo. O que pode gerar ações que se voltam apenas ao sofrimento humano, e nada mais. Puchivailo e Holanda (2016) afirmam:

A fala de nossos colaboradores de pesquisa nos provocou a pensar sobre a necessidade de se tratar¹⁰ da vida como um todo e não apenas da doença ou do sofrimento. E demonstraram em suas falas que isso não apenas era importante, mas essencial ao seu processo de encontro de sua saúde. Será que não somos nós que ansiamos pela “fala do sofrimento”. Será que somos nós que temos “fome” de apenas água e comida? São os usuários que criam grupos terapêuticos que falam apenas de sofrimento e doença, ou somos nós mesmos? (p. 78)

Busca-se ampliar a compreensão do fenômeno das primeiras crises do tipo psicóticas, dessa vivência do sujeito e daqueles que o rodeiam. Não como uma urgência médica, que exige uma ação do profissional especializado, único conhecedor das causas do momento de urgência e cuja agilidade visa remediar, curar, parar o momento da crise/urgência em busca de um retorno à normalidade. Esse tipo de ação é assertivo em situações referentes ao corpo humano, mas quando abordamos a dor e o sofrimento que não são apenas do corpo, esse tipo de intervenção pode deixar escapar os sentidos singulares do sofrimento dessa pessoa e de seu contexto, apresentados por esse momento de crise.

A crise se torna então mais do que uma dor ou uma situação patológica a ser rapidamente sanada, mas especialmente um momento de oportunidade de compreensão de uma situação de vida, de um contexto. Isso quer dizer também que é importante pautar nossas ações no contexto de vida do sujeito e aproveitar os potenciais e recursos que se apresentam nela. Não achar que apenas o CAPS possui recursos de cuidado. Muitas vezes os recursos da vida do sujeito são subutilizados, suas relações, seus hobbies, aquilo que dá sentido a sua vida.

¹⁰ Tratar aqui não como cuidar de uma doença, mas com o significado de conversar, discutir, trocar ideias.

Há uma urgência na escuta de um sofrimento, de uma situação, que pode não estar sendo escutada, entendida, observada. Mas não é só o profissional da saúde que deve ter essa escuta, mas justamente aqueles envolvidos na situação de crise. Cabe então ao profissional ser aquele que não só escuta, mas que ajuda o outro a escutar. Uma ação que exige uma desconstrução das formas de conhecer e de interagir com a situação de crise, da loucura, do sofrimento humano.

4.8 O sintoma tem sentidos

Devido ao modelo biomédico hegemônico na atualidade estigmatizamos a experiência de uma primeira crise do tipo psicótica enquanto uma “psicose”, uma “doença mental”. Transformamos vivências complexas em sintomas, signos de uma patologia. Porém, cada sujeito irá experienciar vivências tidas como “psicóticas” de um modo singular, único.

Paul Baker (2015) discorre sobre a audição de vozes enquanto uma experiência significativa e real, e algumas vezes dolorosa. Entendemos que muitas vezes as vozes falam com o sujeito que as ouve de forma metafórica sobre suas vidas, e que por isso é interessante conseguir compreender a que vem às vozes, seu sentidos, podendo mesmo auxiliar o sujeito a conversar com suas vozes em prol dessa maior cumplicidade e compreensão entre o sujeito e as vozes que falam com ele.

É comum que partindo de um modelo biomédico a audição de vozes seja considerada apenas um sintoma, e como consequência não uma preocupação em compreender o sentido daquela experiência para o sujeito. Nem sempre a audição de vozes é algo negativo na vida do sujeito. No grupo de Ouvidores de Vozes, busca-se explorar a relação da voz com o ouvindo da voz, auxiliando o sujeito a tentar compreender o que as vozes estão querendo tentando ajudar a pessoa a retomar o controle sobre sua vida, que muitas vezes é prejudicado pela audição de vozes.

Assim, é relevante buscar junto ao sujeito, levando em conta seu contexto cultural, o sentido das experiências que ele pode ter em um momento de crise. Minkowski (2000) procurou desenvolver uma visão antropológica da psicopatologia que busca compreender as modalidades existenciais do homem, levando em conta sua singularidade com o objetivo de elucidar os sentidos dos sintomas. Nesta “visão antropológica” da psicopatologia se propõe tentar alcançar um quadro mais amplo da estrutura existencial do homem (Holanda, 2001). Segundo Laing (1973):

Indubitavelmente, a maioria das pessoas considera “realmente” verdade o que se relaciona com a gramática e a natureza. Uma pessoa pode dizer que está morta embora esteja viva. Mas sua “verdade” diz que ele está morto. Manifesta-o talvez da única maneira em que o senso comum (isto é, comunal) o permite. Ele quer dizer que está “realmente” e “literalmente” morto, e não apenas de maneira simbólica, ou “de certo modo”, “por assim dizer”, e seriamente decidido a comunicar a sua verdade. O preço, porém, a pagar por transvalidar a verdade comunal, é “ser” louco, pois a única morte *real* que reconhecemos é a biológica. (p. 20)

Muitas vezes precisamos sustentar a ideia de que “a fala delirante”, por exemplo, tem sentido. Muitas vezes temos que auxiliar a família a aceitar essa ideia já que o modelo hegemônico diz que aquilo é apenas um sintoma sem sentido algum além de apontar a presença de uma doença. Um esforço para a escuta que deve ser realizada de forma aberta às diferentes expressões humanas muitas vezes tão incomuns, exóticas, únicas. De acordo com Figueiredo (1995):

Compreender é, de alguma forma, elucidar a experiência vivida que se manifesta pelos ou nos atos comunicativos. Ora, os atos comunicativos são sempre atos de um indivíduo historicamente e culturalmente datados, articulados ao conjunto estruturado da biografia individual que, por sua vez, integra-se ao sistema total das formas culturais. É só nessa articulação com o conjunto da vida do indivíduo e da sociedade que o ato adquire um *sentido*. (p. 151)

Os atos, expressões, percepções do sujeito apresentam sua história, sua vida, os sentidos que atribui ao mundo, seu contexto. Debruçar-se sobre os sentidos dessas expressões, para além de as enquadrar enquanto sintomas, é conhecer o sujeito, é uma fonte de informações, potenciais, recursos e histórias.

Apesar dos comentários do paciente soarem incompreensíveis nos primeiros encontros, depois de um tempo pode ser visto que na verdade o paciente estava falando de eventos reais em sua vida. Frequentemente esses incidentes incluem

alguns elementos amedrontadores e ameaçadores que o paciente não conseguiu expressar em linguagem verbal antes da crise. As experiências psicóticas frequentemente incluem incidentes reais, e o paciente está trazendo temas que ele/ela não tinha palavras anteriormente. Isso é também o caso de outras formas de dificuldade de comportamento. Uma emoção extrema, como a raiva, depressão ou ansiedade, o paciente está falando de temas que não foram previamente discutidos. (Seikkula e Arnkil, 2006, p.53, nossa tradução)

O objetivo do tratamento proposto então é “gerar formas de construir palavras para essas experiências que não possuíam palavras” (Seikkula e Arnkil, 2006, p.54). O grupo ainda pontua um aspecto que entendemos como de suma importância, de que durante os primeiros dias da crise, ou mesmo em nossa compreensão nos momentos mais intensos da crise, temas são expressados, coisas são ditas, que muitas vezes não serão repetidas com a diminuição da intensidade da crise. São temas que posteriormente se tornam mais difíceis de serem introduzidos. Em nossa experiência de campo pudemos perceber que são muitas vezes até mesmo negados pelo próprio sujeito que os havia expressado.

Nos primeiros dias, as alucinações podem ser manejadas e refletidas, mas depois que elas facilmente dissipam, e a oportunidade de lidar com ela pode reaparecer somente depois de dois ou três meses de terapia individual. É como se a janela para essas experiências extremas estivesse aberta por apenas os primeiros dias. (Seikkula e Arnkil, 2006, p.54, nossa tradução)

Este é uma visão que não observamos muito comumente nas compreensões do campo em geral em relação à crise. Muito pelo contrário, parece que quanto mais “delirante” e “desorganizado”¹¹ o sujeito está menos atenção se dispõe ao que está sendo tido. Em uma conversa com uma das psicólogas que participou da pesquisa ela trouxe um caso de primeiras crises em que o rapaz estava no leito do CAPS e ela havia conversado um pouco com ele naquele dia. Ela trouxe

¹¹ Colocamos estes termos entre aspas porque os próprios conceitos exprimem o entendimento de uma não veracidade ou incompreensibilidade daquilo que está sendo dito.

que seu discurso estava muito desorganizado, que ele trazia temas relacionados com o tempo e a morte. Conversamos sobre a importância de compreender aquilo que estava sendo dito, e ela nos indagou sobre a viabilidade disso haja visto que o discurso estava muito desorganizado. Ela continuou realizando essa escuta e pouco a pouco compreendendo os sentidos que se apresentavam no discurso dele. Porém entendemos a partir dessa conversa e de outras vivências no CAPS que em situações como esta, costuma-se esperar para que o sujeito “se torne mais compreensível”, que os sintomas diminuam para que então se busque uma compreensão da situação.

O sujeito em primeira crise do tipo psicóticas se apresenta pleno de sentidos, mesmo quando se expressando em uma fala delirante, em outra língua ou em catatonia. Todas essas falas “dizem”, traduzem sentidos. E principalmente, trazem os sentidos mais importantes naquele momento para o sujeito e para o seu contexto. Através dessa fala e da compreensão do contexto, a partir de uma escuta de familiares, amigos, professores, colegas de trabalho, etc., podemos nos aproximar dessa vida e suas dificuldades, que se apresentavam muito antes do momento da crise. “Trata-se de reconhecer nos atos, aparentemente ‘sem significado’, ‘doentes’, ‘marginais’, ‘inadaptados’ etc., a marca do sociocultural” (Velho, 2003, p.28).

Então se torna necessário também cuidar desse ambiente, das relações com o mundo, revisitando-as junto ao sujeito enquanto uma construção possível ao potencial daquele sujeito em suas relações e daqueles atrelados a este sujeito, levado em conta suas potencialidades de mudança também. A necessidade não é só da mudança do sujeito, mas também do mundo que o cerca.

Segundo Schneider (2009), as reflexões realizadas pela psicopatologia fenomenológica possibilitaram um rompimento com a noção individualizante do fenômeno patológico. Neste contexto sociocultural, incluímos a família enquanto instância microcultural, além de aspectos da própria vida do sujeito, que sempre se encontra em relação com o mundo (Husserl, 1913/2006).

4.9 Não filiação a nenhuma abordagem psicológica ou ideologia

É possível realizar uma atenção às primeiras crises do tipo psicóticas sem a direcionalidade e unicidade de uma única abordagem psicológica? Buscamos fundamentar nossa proposta na fenomenologia e acolher as diferentes teorias e perspectivas dos profissionais sobre o fenômeno das primeiras crises. Um dos maiores desafios dessa pesquisa foi pensar em uma prática de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas que não estivesse filiada a uma abordagem/teoria/linha da

Psicologia, ou mesmo que não estivesse filiada à própria Psicologia, pois deveria poder ser compreendida e utilizada por qualquer área da saúde. Ao projetar esta pesquisa no contexto de um CAPS, teve que se pensar em uma proposta que acolhesse diferentes profissionais e diferentes abordagens e compreensões do fenômeno do sofrimento humano. Logo, nossa compreensão é de que sim, é possível pensar em uma atenção às primeiras crises do tipo psicóticas sem necessitar de uma filiação em uma só abordagem/teoria psicológica.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção às primeiras crises ainda é bastante escassa no Brasil, e segundo McGorry (2015), é desta forma no mundo todo. Porém, como aponta o autor, temos décadas de pesquisas que demonstram os benefícios da intervenção precoce, de tal forma que se torna relevante pensarmos nesse tipo de proposta. Apesar das propostas exigirem um investimento inicial de mais recursos humanos e tempo, há uma economia desses mesmos investimentos. Isso porque com a intervenção precoce temos uma menor recidivas de crises e menor chance de cronificação dos casos. Tendo em vista que a maioria dos casos de primeiras crises iniciam na adolescência e juventude, a cronificação significaria décadas de gastos em recursos humanos, tempo, e dinheiro da saúde mental.

Para além das questões econômicas, o principal ganho certamente é para o sujeito e aqueles mais próximos, seus familiares e amigos. Já que as primeiras crises podem trazer diversos prejuízos a vida do sujeito e daqueles a sua volta. Seja na perda de emprego, saída da escola ou faculdade, afastamento de namoradas(os) ou amigas(os), prejuízos financeiros, alto custo de medicamentos e outros tipos de tratamento e o sofrimento que pode estar atrelado a tudo isso.

Os prejuízos sociais são ainda maiores em primeiras crises do tipo psicóticas. As expressões do sujeito e seus comportamentos, remetem à representações como a psicose e a esquizofrenia, o que gera um maior estranhamento na comunidade. Isso porque são expressões que remetem as representações da “loucura” em nossa cultura. Assim como aos estigmas ligados a ela: periculosidade, irracionalidade, perda de autonomia, necessidade de uso de medicações de forma permanente, expectativa de prejuízos sociais e cognitivos. O que gera um contexto de total desesperança para o sujeito e seus familiares. Também reflete nas atitudes dos profissionais que muitas vezes por entenderem esses sinais como “pré-psicose”, o início de uma esquizofrenia por exemplo, tendem a responder de forma muitas vezes exacerbada, com excesso de medicamentos e internações.

Entendemos que precisamos compreender melhor as especificidades das primeiras crises e o melhor tipo de atenção que podemos ofertar. A ideia desta pesquisa foi levantar o máximo de informações sobre a experiência dessa proposta de atenção dentro do contexto do SUS, especificamente do CAPS. Iniciamos o processo com um grupo de estudos que pudesse aprofundar o tema e adequar o tipo de atenção à realidade do CAPS. Porém ao longo desse período observamos

algumas questões que necessitavam serem adereçadas. Notamos que muito das práticas que eram relatadas e observadas tinham por detrás uma lógica biomédica, naturalista, com o foco apenas no indivíduo, considerado “o doente”, cujo principal objetivo era a retirada de sintomas. Esse tipo de lógica gerava uma centralidade no medicamento, profissionais bastante interessados em delimitar o diagnóstico, classificando comportamentos, ênfase do controle e tutela. A crise era considerada uma doença que deveria ser controlada, os comportamentos eram considerados como sintomas que deveriam ser extirpados ou minimizados. Percebemos que ainda não superamos a tradição biomédica. Demonstramos ao longo do primeiro capítulo a partir de documentos oficiais e da experiência de campo que a crise é compreendida como uma exacerbação da doença, prontamente considerada de forma negativa, relacionada a urgência e emergência e por consequência ao risco, a imprevisibilidade, a periculosidade e ao medo. Como consequência um manejo da situação de crise majoritariamente voltado a contenções químicas e físicas.

Também percebemos que a crise é considerada como algo do indivíduo apenas, que não tem relação com seu contexto ou outras pessoas. Assim, a família fica alheia na maior parte do tempo ao cuidado provido a seu parente. E os profissionais consideram o processo de cuidado sob sua responsabilidade, unicamente, sobrecarregando cada terapeuta que já possui cerca de 40 à 60 sujeitos em crise para cuidar, considerando o contexto do CAPS em questão. Propiciando também movimentos mais voltados à tutela do que à auto-gestão e compartilhamento do cuidado. A autoridade do profissional frente ao tratamento prevalece.

A medicação também permanece na centralidade da atenção à crise, reforçando a tradição organicista ainda presente e a representação do sintoma como expressão de doença, que como tal deve ser rapidamente diminuído ou cessado. Pouco se leva em conta os sentidos individuais e familiares atribuídos à crise. Notamos que a não consideração pelos sentidos dos sujeitos atribuídos as suas vivências de crise, os afasta dos dispositivos de saúde. Além disso, demonstra-se através dessas ações um desrespeito em relação ao próprio sujeito e sua família.

Pontuamos que o consideramos como crise está ligada a contextos históricos e culturais, é delimitada pelo olhar do outro. E este olhar frente ao “estranho” ao “diferente” a expressões e comportamentos que “desviam” que “divergem” do que é normativo torna as expressões típicas da vida humana como algo a ser remediado, enquadrado, atendido. Demonstrando a dificuldade humana em lidar com o diverso, com o diferente.

A experiência de uma atenção às primeiras crises do tipo psicóticas que propusemos em um CAPS III de Curitiba nos possibilitou várias reflexões e problematizações referentes a saúde mental como um todo. Neste processo pudemos chegar a conclusão que propor uma atenção as primeiras crises não é o ato de discriminar estruturas, tipos de atividade e terapêuticas indicadas; não se trata de técnicas ou de formatos (atendimento em grupo ou psicoterapia individual). Mas acima de tudo, trata-se de um cuidado reflexivo, crítico, não-dogmático, não-determinista. Antes de nos preocuparmos com ações, é preciso que nos preocupemos com pensamentos, premissas, lógicas, que direcionam e influenciam nossas práticas. De nada adianta a forma ou a técnica, se o ato ainda é manicomial, objetivante, tutelar.

Para pensar então em uma atenção às primeiras crises do tipo psicóticas que não recaia em uma mesma lógica manicomial da qual quase sempre foi refém, é necessário que sejam repensadas as compreensões anteriores a essas práticas. Para isso então, a proposta de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas partiu de esforço de realizar uma anterioridade reflexiva da pesquisadora e dos profissionais a respeito do fenômeno das primeiras crises do tipo psicóticas. Percebemos que o modelo epistemológico positivista, típico das ciências naturais, advindo da revolução científica da modernidade ainda embasa nossas ações. Entendemos que a prática da saúde mental não se dá apenas por decreto de leis e portaria, mas por sujeitos com pressupostos e formas de pensar que não se desconstroem tão naturalmente. Tornou-se essencial uma reflexão anterior a respeito das lógicas e fundamentos por detrás dos saberes e práticas inseridas no contexto da saúde mental.

Utilizamos para isso como fundamento básico a fenomenologia, partindo de Husserl. A fenomenologia serviu aqui como epistemologia, como base para a construção de conhecimento e da relação com o objeto estudado. A ideia não era ensinar aos profissionais a fenomenologia, mas pensar em como nosso conhecimento sobre a fenomenologia poderia auxiliar nesse processo de construção da atenção às primeiras crises do tipo psicóticas. Não significou a transposição da fenomenologia filosófica de Husserl à atenção às primeiras crises, isso seria ingênuo e simplista.

A fenomenologia possibilitou um solo fundamental, um piso epistemológico de construção de conhecimentos, e por consequência de práticas, que buscam não cair nas naturalizações tão típicas do positivismo e das posições ideológicas que encontramos na saúde mental. Também propicia um escape às dicotomias e polaridades encontradas nos discursos da saúde mental, ora focalizando apenas no sujeito e em seu corpo, ora buscando explicar a totalidade do ser em sua história pregressa, ou culpabilizando o mundo social pela loucura humana. Exemplos do

reducionismo que encontramos também deste campo. Em prol de uma compreensão dos fenômenos humanos de forma complexa, intersubjetiva, também escapando da posição idealista ou materialista.

A fenomenologia já serviu como base para outros movimentos de transformação dentro do campo da saúde mental e da psicopatologia, como pudemos observar no segundo capítulo. Através dessa fundamentação foi possível acolher diferentes olhares, de diferentes áreas e compreensões sobre o fenômeno possibilitando uma maior amplitude na compreensão. Ao invés de optarmos por uma proposta que partisse de uma única abordagem psicológica, carregada de conceitos incompreensíveis para os outros profissionais. Nosso objetivo não era criar uma proposta excludente, mas integrativa.

Através da fenomenologia buscamos resgatar a riqueza qualitativa e subjetiva da experiência humana, considerando sua interação ao mundo da vida. Em uma necessária e constante reflexão crítica, colocando os fenômenos que apareciam a nós como centro da experiência de pesquisa. Enquanto fundamento para uma prática de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas buscamos contato com o modo de ser de cada sujeito e de cada família, colocando a “doença”, o “sintoma”, dentre outros pressupostos a respeito das crises e da psicopatologia, entre parênteses para encontrar com a complexidade dos fenômenos humanos na singularidade dos sujeitos que participaram da pesquisa. Não os reduzindo ao biologismo, psicologismo ou sociologismo. Buscando compreender os sentidos e vivências atreladas a situação de crise.

A postura compreensiva fenomenológica pressupõe necessária uma multiplicidade de olhares para maior entendimento de um fenômeno tão complexo. Evita-se a dualidade indivíduo *versus* social ou corpo *versus* mente, entende-se esses como aspectos de um mesmo fenômeno. Assim, através da postura epistemológica fenomenológica, compreendemos que o momento da primeira crise do tipo psicótica não é apenas do indivíduo, nem apenas da sociedade, mas de ambos, indivíduo, família, relações sociais, sociedade. Partindo dessa compreensão não há manejo dedicado apenas ao indivíduo, nem apenas ao corpo, nem apenas à sociedade. As intervenções devem ser múltiplas e dedicadas também a múltiplos sujeitos, não só ao sujeito em crise.

Entende-se que uma só teoria não dá conta da totalidade desse fenômeno, e que a aproximação compreensiva frente ao fenômeno deve ser sem que se pressuponha certezas sobre o mesmo. Que essa aproximação se dê com a bagagem de diversas teorias sobre este fenômeno, mas

que estas teorias possam ser colocadas entre parênteses, para que se possa permanecer com o próprio fenômeno.

A principal ação dessa pesquisa não foi ensinar métodos interventivos, mas propor uma constante reflexão anterior a quaisquer ações pragmáticas. Reflexões a respeito dos preconceitos, das pré-suposições teóricas, das técnicas e ações clínicas, dos olhares e posturas frente aos participantes da pesquisa. Buscou-se, através da fenomenologia, um fundamento dessa prática reflexiva. Um constante questionamento e crítica sobre a ação, a postura, o olhar, a escuta, que se fazia nessa atenção. A fenomenologia nos auxiliou também na leitura de um sujeito concreto, empírico, corpóreo, histórico, mundano. E, enquanto tal, exigia uma compreensão mais complexa sobre o fenômeno das primeiras crises do tipo psicóticas.

A forma como o profissional se posiciona e compreende o fenômeno estabelecerá a forma como irá se portar e promover a atenção oferecida. A psiquiatria e a psicopatologia foram construídas a partir do sujeito do suposto saber (médico, psiquiatra, psicólogo) que explica a correlação entre os sintomas percebidos e psicopatologia que aflige a pessoa. Esta correlação se dá a partir de causalidades mecanicistas e lineares, deterministas (orgânicos, psíquicos e posteriormente se introduz também o social). O tratamento se dá, então, a partir dessa postura inicial frente ao fenômeno em uma lógica de tratamento individualista (na qual o sujeito da “doença mental” é o que deve receber o tratamento, ninguém mais). Na qual o sujeito é visto como um objeto a ser explicado. Ou seja, o modelo manicomial. Ainda se presente a compreensão do fenômeno psicopatológico de forma: individualizada, determinista, causalista, com o protagonismo dos profissionais sobre o cuidado.

Há por detrás da escolha por uma aproximação do fenômeno não-determinista, não-explicativa, uma questão ética. Se o outro é uma determinação de seu corpo, de seu meio social, do que lhe aconteceu ou de instâncias psíquicas pré-determinadas, ele se torna objeto, assujeitado, um sujeito que não escolhe e por isso nada tem a dizer sobre seu sofrimento. Não se trata de uma escolha por afinidade, mas acima de tudo, por uma escolha a partir de uma reflexão ética.

Ao final do processo buscamos construir uma atenção às primeiras crises do tipo psicóticas que problematiza o conceito de psicose e a utilização de diagnósticos de forma precoce e displicente. Não compreendendo os fenômenos das primeiras crises do tipo psicóticas de antemão como doenças, estes são acima de tudo vivências que devem ser compreendidas e não

categorizadas. Nenhuma vivência é negativa ou patológica em si, somente podemos a compreender a partir de um contexto.

Priorizamos o sujeito e seu contexto. Entendemos o momento de crise não apenas como algo negativo, mas como uma situação de risco ou oportunidade. Por conter o risco de prejuízos graves a vida do sujeito ressaltamos a necessidade de uma atenção especial as primeiras crises. Mas também entendemos que esse momento pode oportunizar ao sujeito diversas transformações de sua realidade, ressignificações e modificações em suas relações. Entendemos que este cuidado nos primeiros momentos da crise, muitas vezes intensos para o sujeito e seu entorno, é importante um cuidado intensivo, com profissionais presentes, flexíveis e disponíveis. Importante ressaltar o momento privilegiado de compreensão do fenômeno da crise em seus primeiros momentos, enquanto os sintomas ainda estão exacerbados.

Há também devido a complexidade da situação de crise do tipo psicótica discussões constantes e aprofundadas sobre os casos. É essencial o cuidado não só do sujeito mas de sua família e de suas relações sociais, a crise não é somente do indivíduo, e realizar o cuidado somente a partir deste é negligenciar o potencial intersubjetivo das relações humanas. O acolhimento e acompanhamento do caso deve ser sempre respeitoso e compreensivo.

A transparência nos processos de pensar o caso frente a família trocando informações e percepções de forma sincera e aberta. Buscando o contexto de parceria ao invés de objetificação, uma gestão do cuidado compartilhada buscando incentivar a autonomia do sujeito e de sua família e outros sujeitos importantes em sua vida. A proposta de atenção é singularizada, não há um modelo a ser seguido, não há uma construção prévia, há o encontro e a flexibilidade frente as necessidades de cada caso.

Tomamos como base uma estrutura geral para a realização da atenção às primeiras crises do tipo psicóticas: acolhimento, encontros familiares e individuais, outros acompanhamentos/atividades e conversas com a equipe. Esta é uma estrutura que os profissionais nos sinalizaram que não é possível de ser mantida, da forma como estávamos realizando, após nossa saída do CAPS, por falta de profissional e tempo. Entendemos como importante a dedicação de tempo para cada caso, seja no manejo à crise, nos encontros familiares e individuais ou nas discussões sobre o caso com outros profissionais. Consideramos esses aspectos como metas para o futuro da atenção às primeiras crises, em que os serviços que não estejam tão sobrecarregados para que os profissionais tenham mais tempo e disponibilidade em cada caso. Mas também

entendemos que é essa a realidade atual que temos: pouco tempo, muita demanda. Assim entendemos que existem alguns pontos que consideramos essenciais para a atenção às primeiras crises. Esses pontos básicos foram elencados a partir dos grupos que realizam esse tipo de atendimento atualmente, a experiência de campo dessa pesquisa e análise que foi realizada a partir dela.

Houveram limitações a esta pesquisa. Uma delas foi o tempo entre o início do grupo de estudos e os atendimentos às primeiras crises, essa demora gerou uma frustração nos profissionais e a sensação de estarem muito sozinhos no início da pesquisa. Entendemos também que seria necessário mais tempo de acompanhamento dos casos, mas por falta de tempo, devido a necessidade de término da pesquisa, isso não foi possível. Não descrevemos com profundidade cada caso no corpo da tese, pois esse não era o objetivo principal da pesquisa, mas o material coletado se encontra a disposição para que possam ser realizadas pesquisas posteriores sobre cada caso. Nosso grupo de pesquisa já iniciou o estudo de cada caso atendido. Pretendemos publicar um artigo para cada estudo de caso realizado.

Algumas dificuldades que encontramos em meio ao processo de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas foi a participação de todos os membros da família. A participação da família na atenção dentro do contexto da saúde mental é um desafio. É uma cultura ainda a ser construída, nem a família, nem o serviço está acostumado a essa participação. Era comum vir apenas um membro da família, ou o pai e a mãe e os irmãos não comparecerem. Também foi difícil manter o acompanhamento das famílias quando o sujeito em crise começava a “melhorar” na percepção da família, eles observavam a diminuição de algumas das expressões e comportamentos que os levou a pedir ajuda. Muitas vezes isso fazia com que a família entendesse que o “problema estava resolvido” e diminuíssem ou cessassem por completo a participação nos encontros.

Também entendemos que o ideal seria que a porta de entrada das primeiras crises fosse na atenção básica. Isso facilitaria a atenção mais próxima da comunidade e a não patologização do fenômeno das primeiras crises. Seria interessante também que pudéssemos estar mais presentes, com encontros mais de uma vez na semana em alguns momentos, e que pudéssemos ter utilizado melhor os recursos das comunidades de cada sujeito e sua família.

Finalmente trazemos talvez nossa maior dificuldade durante a pesquisa, a falta de tempo e de profissionais no CAPS. A falta de tempo do profissional acaba precarizando todo o processo. Desde os profissionais que não se dispõem a refletir sobre as primeiras crises e a pensar sua atuação

de forma diferenciada, até o tempo de manejo de crise, as conversas com a família, as visitas domiciliares, conversas individuais com a pessoa em primeira crise. Estes pareciam ser desejos dos profissionais e do entendimento deles que era o melhor a se fazer nesses casos, mas pela falta de tempo muito disso não era possível.

De qualquer forma nenhuma dessas dificuldades impossibilita de pensarmos em formas de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas em nossos serviços do SUS. Como mencionamos entendemos que a proposta de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas propostas pela pesquisa se torna inviável com a saída dos pesquisadores devido a falta de tempo e de profissionais, especialmente pelos atendimentos familiares. Mas compreendemos ao longo da pesquisa que o mais importante não está na quantidade de encontros, ou nos formatos destes, mas na qualidade da atenção prestada, que esteja disponível a flexibilizar o serviço e as formas de atuação às necessidades de cada caso. A partir das bases que elencamos talvez seja possível que mesmo sem muita disponibilidade de tempo haja uma qualificação na atenção às primeiras crises do tipo psicóticas que encontramos atualmente. É um desafio que temos pela frente e esperamos que esta pesquisa possa auxiliar às próximas pesquisas e serviços que estejam preocupados com essa temática.

Entendemos que as crises fazem parte da vida. Pode ser uma oportunidade de transformação, de problematização de algum aspecto do mundo da vida, ou mesmo de descoberta de outros sentidos dessa relação com o mundo. Assim como pode significar sofrimento, perda de alternativas e escolhas diante as possibilidades da vida. Falar da necessidade de atenção às primeiras crises não quer dizer que precisamos as patologizar a vivência das primeiras crises. Não acreditamos que haja um modelo ideal de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas, mas sim algumas reflexões que são importantes para pensar na atenção nesse contexto.

Estas foram construções realizadas ao longo da pesquisa. Porém não são permanentes pois a atenção às primeiras crises do tipo psicóticas deve ser um processo em constante construção, sendo repensado de forma crítica a todo momento. No instante que se torne um modelo, se torna dogmático e perde todo seu potencial enquanto ação prática. Hoje temos o grupo PEQUI – Grupo de Pesquisa e Acolhimento das Primeiras Crises do Tipo Psicóticas na FAE Centro Universitário. O grupo busca a partir dessa proposta de atenção acolher os casos de primeiras crises da comunidade de Curitiba e entorno, sempre em diálogo com a comunidade, SUS, SUAS e outros órgãos governamentais que possam auxiliar nos casos atendidos.

O grupo possui esse nome em homenagem ao GIPSI que é do cerrado assim como o pequi, também por suas características, fruta que nasce do pequizeiro, árvore que sobrevive as mais dura intemperes do clima, e mesmo nas queimadas pode sobreviver pois suas raízes são profundas e encontram água mesmo nos locais mais áridos. Além disso o pequi é uma fruta que exige um manejo ao ser ingerida pois possui muitos espinhos, seu gosto também não agrada a todos, é singular, peculiar. Assim também são as crises do tipo psicóticas ao nosso ver, singulares, peculiares, nem todos estão dispostos a atender crises, muito menos as do tipo psicóticas. O manejo também não é simples, deve ser cuidadoso. Mas acima de tudo entendemos que as pessoas em primeiras crises do tipo psicóticas são guerreiras, aguentam as mais duras intemperes da vida, são sobreviventes dos desafios da vida.

REFERÊNCIAS

- Amatuzzi, M. M. (2003). Pesquisa fenomenológica em Psicologia. In M. A. de T. Bruns & A. F. Holanda (Orgs.). *Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas* (pp.17-16). Campinas: Alínea.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. (5. ed.) Porto Alegre: Artmed, 2014.
- Araújo, J. N. G. de. (2000). Erwin W. Straus (1891-1975). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3(3), p.113-114. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v3n3/1415-4714-rlpf-3-3-0113.pdf>
- Baker, P. *Abordagens de ouvir vozes: treinamento no Brasil*. São Paulo: CENAT, 2015.
- Basaglia, F. (1979). *Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. Tradução de S. Soianesi e M. C. Marcondes. São Paulo: Editora Brasil Debates.
- Basaglia, F. (1985). *A Instituição Negada: Relato de um Hospital Psiquiátrico*. São Paulo: Graal (Obra original publicada em 1968).
- Basaglia, F. (2005). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Organização: Paulo Amarante. Tradução de Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond.
- Bedin, E.; Ribeiro, L. B. M.; Barreto, R. A. S. S. (2004). Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(3), s/p. Recuperado de: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/829/970>
- Binswanger, L. (2001). Sobre a psicoterapia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 4(1), 143-166. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-47142001001012>
- Bloc, L., & Moreira, V. (2014). Arthur Tatossian: um estudo biográfico. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 20(2), 181-188. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672014000200005&lng=pt&tlng=pt.
- Boris, G. D. J. B. (2011). A (pouco conhecida) contribuição de Brentano para as psicoterapias humanistas. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 17(2), 193-197. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672011000200010&lng=pt&tlng=pt.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2011; dez 26.
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1451/95, de 10 março 1995 [Internet]. São Paulo: CFM; 2003-2006. Recuperado de: http://www.cremesp.org.br/administra/deptos/def/doc/RESOLUCAO_CFM_145195.doc
- Brentano, F. (1935). Psicología desde un punto de vista empírico Franz Brentano. *Revista de Occidente en Madrid*. Recuperado de: https://lacavernadefilosofia.files.wordpress.com/2008/10/brentano_psicologia_desde_un_punto_de_vista_empirico.pdf . (Obra original publicada em 1874).
- Brietzke, E, Araripe Neto A.G, Dias A, Mansur R.B, Bressan R.A (2011). Early intervention in psychosis: a map of clinical and research initiatives in Latin America. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33, 213-224. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462011000600007>
- Campos, R. O. (2001). Clínica: A palavra negada – Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, 25(58), 98-111. Recuperado de: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/rosana2001clinicaapalavranegada.pdf>
- Costa, E. W. K (2011). *Rorschach e Psicose: avaliação psicodinâmica do sofrimento psíquico grave*. (Dissertação de mestrado), Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília, Brasília.

- Costa, I. I. da (2003). *Da fala ao sofrimento psíquico grave: Ensaio acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia*. Brasília.
- Costa, I. I. da (2010) (Org.). *Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: caminhos para uma abordagem complexa*. Brasília: Kaco Editora.
- Costa, I. I. da (2013) (Org.). *Intervenção Precoce e Crise Psíquica Grave: Fenomenologia do sofrimento psíquico*. A. F. Holanda (Coord.). Curitiba: Juruá.
- Costa I. I. (2013). *Família e Esquizofrenia. Um estudo transgeracional*. Brasil
- Costa, I. I. da (Org.). (2010). *Manual de Orientação do GIPSI*. Brasília: Kaco Editora.
- Costa, M. S. da. (2007). Construções em torno da crise: saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(1), 94-108. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672007000100010
- Dartigues, A. (2008). *O que é fenomenologia?*. 10 ed.. Tradução de M. J. J. G. de Almeida. São Paulo: Centauro.
- Dell'Acqua, G & Mezzina, R. (1991) Resposta à crise. In: Delgado, J. *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Editora Resenha.
- Priberam, Dicionário (2010). *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa* Recuperado: <https://www.priberam.pt/dlpo/etiologia>. Acesso em: 12-10-2017.
- Dilthey, W. (2008). *Idéias acerca de uma Psicologia Descritiva e Analítica*. Tradução de A. Morão. Covilhã: LusoSofia (Obra original publicada em 1894).
- Evangelista, P. (2013). Um breve comentário de Medard Boss sobre psicoterapia de grupo: a transferência na situação grupal. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 19(2), 212-219. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672013000200009&lng=pt&tlng=pt.
- 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. Recuperado de: http://ltc-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/atendimento_crise_saude_mental.pdf
- Figueiredo, L. C. M. (1995). *Matrizes do pensamento psicológico*. Petrópolis Vozes.
- Foucault, M. (1968). *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Editora Tempo brasileiro (Obra original publicada em 1954).

- Foucault, M. (1973). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Obra original publicada em 1963).
- Foucault, M. (1978). *História da Loucura na Idade Clássica*. Tradução de J. T. C. Netto. São Paulo: Editora Perspectiva (Obra original publicada em 1961).
- Foucault (2000) *As Palavras e as Coisas. Uma arqueologia das ciências humanas*. Tradução. Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1966).
- Foucault, M. (2006). *O poder psiquiátrico: curso no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Giorgi, A. (2000). *Phenomenology and Psychological research*. Pittsburgh: Duquesne University Press (Obra original publicada em 1985).
- Goulart, M. S. (2007). *As raízes italianas do movimento antimanicomial*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gama, J. B, & Martins, F. (2012). O discurso breve do paciente: compreender e interpretar segundo Weizsaecker. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 18(1), 37-42. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000100006&lng=pt&tlng=pt.
- Garcia Neto, A, & Tauro, D. V. (2015). A psicose e saúde mental: impasses na contemporaneidade. *Revista Psicologia e Saúde*, 7(2), 152-160. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000200009&lng=pt&tlng=pt.
- Goffman, E. (1996). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva (Original de 1961).
- Goffman, E. (1988), *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro, Zahar.
- González Rey, F. L. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. (M.A.F. Silva, Trad.). São Paulo: Pioneira.
- Gutman, G. (2010). Surdos, mudos e alucinados. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(4), 688-694. <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142010000400013>
- Holanda, A. (2001). Psicopatologia, exotismo e diversidade: ensaio de antropologia da psicopatologia. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 29-38. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722001000200005>.

- Holanda, A. (2006). Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. *Análise Psicológica*, 3 (XXIV), 363-372. Recuperado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v24n3/v24n3a10.pdf>
- Holanda, A. F. (2011). Gênese e histórico da psicopatologia fenomenológica. In: V. A. Angerami (Org.). *Psicoterapia e Brasilidade*. São Paulo: Cortez.
- Holanda, A. F. & Freitas, J. (2011). Fenomenologia e Psicologia: Vinculações. Em Adão José Peixoto, *Fenomenologia diálogos possíveis* (pp. 97-112). Campinas: Alínea Editora.
- Holanda, A. (2017). Loucura, exotismo e diversidade: revisitando um olhar antropológico. In: A. F. Holanda e N. J. de Faria (Org.). *Sofrimento e Cuidado: Fenomenologia do adoecer e do cuidar*. (pp.155-189). Curitiba: Juruá
- Husserl, E. (2006a). *Idéias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica*. Tradução de M. S. Suzuki. São Paulo: Idéias e Letras. (Obra original publicada em 1913)
- Husserl, E. (2006b). *A crise da humanidade europeia e a filosofia*. Tradução de M. S. Suzuki. Porto Alegre: Edpuers. (Obra original publicada em 1935)
- Husserl, E. (1965). *A Filosofia como Ciência de Rigor*. Coimbra: Atlântida (Obra original publicada em 1910)
- Jacó-Vilela, A. (2007). Fios, seduções e olhares: os primórdios ‘psi’ nas terapias para corpos e mentes perturbados. In Jacó-Vilela, Ana; Ferreira, Arthur Arruda Leal; Portugal, Francisco Teixeira (Org.). *História da psicologia: rumos e percursos*. (pp 141-158). Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Jardim, K. & Dimenstein, M. (2007). Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicologia em Revista*, 13(1), 169-190.
- Jaspers, K. (1987). *Psicopatologia Geral*. Tradução Samuel Penna Reis. Rio de Janeiro: Atheneu (Obra original publicada em 1913).
- Kantorski, L. P. & Cardano, M. (2017). Diálogo Aberto: a experiência finlandesa e suas contribuições. *Saúde em Debate*, 41(112), 23-32. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711203>.
- Kondo, E. H; Vilella, J. C; Borba, L. de O.; Paes, M. R; Maftum, M. A. (2011). Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento *Rev Esc Enferm USP*; 45(2): 501-507. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000200028>

- Kraepelin, E. (2001). Introdução à psiquiatria clínica. Terceira lição: demência precoce (1905). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v.4, n.4, p.130-137. Recuperado de: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/dez1/classicos.kraepelin.pdf>.
- Laing, Ronald D. (1974). *A política da experiência e A ave do Paraíso*. Petrópolis: Vozes. (Obra original publicada em 1967)
- Laing, R. D. O (1973) *O Eu dividido: estudo existencial da sanidade e da loucura*. Petrópolis: Vozes. (Obra original publicada em 1960).
- Laplantine, F. (1991). *Antropologia da doença*. Tradução de Walter Lelis Siqueira. São Paulo: Martins Fontes (Obra original publicada em 1986).
- Lima, M., Jucá, V. J., Nunes, M., Ottoni, V. (2012). Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centro de Atenção Psicossocial. *Interface*, 16(41), 423-434. Recuperado de:
- Manganaro, P. (2006). A psiquiatria fenomenológico-existencial na Itália. Belo Horizonte: *Memorandum 10*. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/a11v16n41.pdf>
- McGorry, P. D. & Edwards, J. (2002). *Intervenção Precoce nas Psicoses*. Austrália: Janssen-Cliag Farmacêutica. (Obra original publicada em 1997).
- McGorry, P. D. (2015). Early Intervention in Psychosis: Obvious, Effective, Overdue. *J Nerv Ment Dis.* May; 203(5): 310–318. Published online 2015 Apr 30. doi: 10.1097/NMD.0000000000000284
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes (Obra original publicada em 1945).
- Messas, G. P. (2004). *Psicopatologia e transformação: um esboço fenômeno-estrutural*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Mendes, M. T; Oliveira, E. C & Moura, E. C. (2009). Atenção às urgências e emergências psiquiátricas: em enfoque no ambiente dos hospitais gerais. In: Resumos do 61º Congresso Brasileiro de enfermagem. Fortaleza, CE.
- Minayo, M. C. de S. (1993). *Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC.
- Minkowski, E. (1960). *La esquizofrenia: Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos*. Buenos Aires: Paidós (Obra original publicada em 1927).

- Minkowski, E. (2000). Breves reflexões a respeito do sofrimento (aspecto pático da existência). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3(4), 156-164 (Obra original publicada em 1968).
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Moreira, V., Cruz, A. V. H., & Vasconcelos, L. B. (2005). O caso Ellen West de Binswanger: fenomenologia clínica de uma existência inautêntica. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 5(2), 382-396. Recuperado de:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482005000200010&lng=pt&tlng=pt.
- Nicácio, M. F.; Campos, G.W. (2004). A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a intervenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.15, n.2, p.71-81, 2004. Recuperado de:
<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13942>
- Palazzoli, M. S.; Cirillo, S.; Selvini, M.; Sorrentino, A. M. (1998). *Os jogos Psicóticos na família*. São Paulo, Summus.
- Peixoto, A. J. (Org.). (2011). *Fenomenologia. Diálogos Possíveis*. Campinas: Alínea.
- Pereira, M. E. C. (2008). Morel e a questão da degenerescência. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(3), 490-496. Recuperado de:
<https://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142008000300012>
- Pereira, M. E. C. (2001). Kraepelin e a criação do conceito de “Demência precoce”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 4(4), 126-129. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/1415-47142001004011>
- Puchivailo, M. C., Silva, G. B., & Holanda, A. F. (2013). A reforma na Saúde Mental no Brasil e suas vinculações com o pensamento fenomenológico. *Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies*, 19(2), 230-239. Recuperado de:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v19n2/v19n2a11.pdf>
- Puchivailo, M. C. & Holanda, A. F. (2016). "Fome de vida": Reflexões sobre a atenção à saúde mental a partir de uma pesquisa fenomenológica. In: M. J. E. Cardoso e A. F. Holanda. (Org.). *Psicanálise e Fenomenologia: Estudos e Pesquisas Clínicas*. (pp.61-79). Curitiba: Juruá.

- Rodrigues J, Pinho L.B, Spricigo J.S, Santos S.M.A. (2010). Uso da criatividade e da tecnologia no ensino da crise em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. *SMAD. Rev Eletrônica Saúde Mental Alcool Drog.*6 (1):1-15. Recuperado de:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v6n1/11.pdf>
- Santiago, A. & Holanda, A. F. (2013). Fenomenologia da depressão: uma análise da produção acadêmica brasileira. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 19(1), 38-50. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672013000100006&lng=pt&tlng=pt.
- Sartre J. P. (1998). *O ser e o nada: ensaio de ontologia fenomenológica*. Petrópolis: Vozes. (Obra original publicada em 1943)
- Schneider, D. R. (2009). Caminhos históricos e epistemológicos da psicopatologia: contribuições da fenomenologia e existencialismo. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(2), 62-76. Recuperado de: <http://psiclin.ufsc.br/files/2010/04/SCHNEIDER-D.-Caminhos-hist-e-epist.pdf>
- Silva, C. A. de F. da. (2017). A gênese psicológica do espírito materno: F. J. J. Buytendijk (1960). *Revista da Abordagem Gestáltica*, 23(1), 111-120. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672017000100012&lng=pt&tlng=pt.
- Silva, M. V. (2007). Loucura, Psicose e ressonâncias sociais. In: *Rev. In-Tensa. Ex-Tensa*, Salvador-Ba: UFBA, Ano I, n. I, p. 52-69.
- Souza, P. J. de C. (2008). Serviço de Urgência Psiquiátrica de Belo Horizonte. pag. 111-127. In: *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: O cotidiano de um Utopia*. K. Nilo; M. A. B. Moraes; M. B de L. Guimarães; M. E. Vasconcelos; M. T. G. Nogueira; M. Abou-Yd. (Org.). Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
- Van Den Berg, J. H. (1994). *O paciente psiquiátrico: esboço de uma psicopatologia fenomenológica*. Campinas: Editorial Psy II.
- Velho, G. (2003), *Desvio e Divergência: Uma Crítica da Patologia Social*. Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1974).
- Zeferino, Maria Terezinha. *Crise e Urgência em Saúde Mental: introdução ao curso* / Maria Terezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs.). 4ª Edição – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

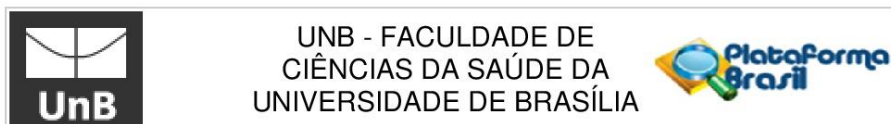
Zeferino, Maria Terezinha. *Crise e Urgência em Saúde Mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental* / Maria Terezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs.). 4ª Edição – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa, 2015.

Zeferino, Maria Terezinha. *Crise e Urgência em Saúde Mental: organização da atenção psicossocial à crise em rede de cuidado* / Maria Terezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs.). 4ª Edição – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

Zeferino, Maria Terezinha. *Crise e Urgência em Saúde Mental: o cuidado às pessoas em situações de crise e urgência na perspectiva da atenção psicossocial* / Maria Terezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs.). 4ª Edição – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

Ziles, Urbano. (2007). Fenomenologia e teoria do conhecimento em Husserl. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 13(2), 216-221. Recuperado em 22 de junho de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672007000200005&lng=pt&tlng=pt.

ANEXO 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Implementação de projeto de atenção precoce nas primeiras crises do tipo psicóticas em um CAPS III de Curitiba: Um estudo fenomenológico

Pesquisador: Mariana Cardoso Puchivailo

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 59367816.5.0000.0030

Instituição Proponente: Instituto de Ciências Humanas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.007.850

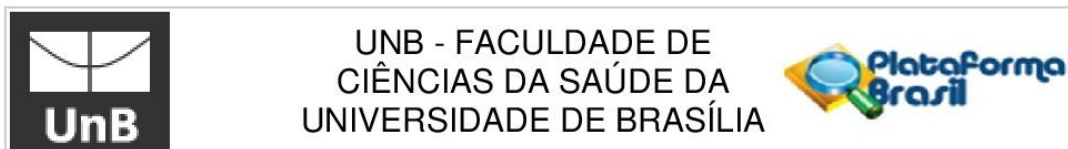
Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de doutoramento vinculado ao Programa de Pós-graduação em Psicologia e Cultura, do Instituto de Psicologia, da Universidade de Brasília, que será conduzido por Mariana Cardoso Puchivailo, sob a supervisão do pesquisador Ileno Izídio da Costa e co-orientado pelo pesquisador Adriano Furtado Holanda.

Resumo:

"As intervenções precoces nas psicoses de início recente ou, como é chamado pelo GIPSI [Grupo de Intervenção Precoce em Primeiras Crises do Tipo Psicóticas], as "intervenções precoces nas primeiras crises do tipo psicótica" é um tipo de abordagem relativamente nova para clínicos que trabalham com Saúde Mental (McGorry & Edwards, 2002). Esta abordagem é pesquisada e utilizada por diversos clínicos e pesquisadores ao redor do mundo. A proposta de atendimento do Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicóticas (GIPSI) se baseia nessa abordagem, porém, conta com suas próprias particularidades. O GIPSI é um grupo clínico-acadêmico multidisciplinar que compreende que a crise não é só do sujeito, mas para cuidar de primeiras crises do tipo psicóticas é necessário trabalhar não só o indivíduo, mas também seu meio, e especialmente sua família. O GIPSI apesar de possuir

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.007.850

diversas publicações de livros e artigos, dissertações e teses a seu respeito, não possui uma replicação de seu modelo em outro grupo ou outro território. Assim, a partir da necessidade de serem realizadas pesquisas aprofundadas a respeito do modelo de intervenção proposto pelo GIPSI temos como objetivo da pesquisa avaliar processo de implementação de um projeto de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas em um CAPS III de Curitiba. A metodologia proposta é a fenomenológica. Propõe-se uma abordagem de pesquisa exploratória para que se possa cruzar dados qualitativos já que a avaliação de intervenção em crise é uma tarefa de grande complexidade”.

Hipótese:

A assistência precoce nas psicoses, realizada de forma intensa e aprofundada, incluindo não só a psicoterapia individual mas também a terapia familiar e psicossocial, demonstra uma menor morbidade, recuperação mais rápida, melhor prognóstico, preservação de capacidades psicossociais, preservação de apoios familiares e menor necessidade de hospitalização.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo dessa pesquisa é avaliar processo de implementação de um projeto de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas em um CAPS III de Curitiba.

Objetivo Secundário:

- Conhecer as especificidades da atenção às primeiras crises do tipo psicótica da rede de saúde mental de Curitiba.- Criar um projeto de intervenção precoce nas primeiras crises do tipo psicótica adequada a realidade do município de Curitiba.- Analisar os efeitos/ resultados da intervenção proposta.

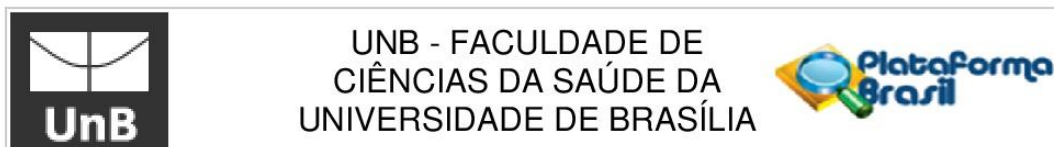
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo pesquisador

"Riscos:

As intervenções psicoterápicas poderão despertar alterações emocionais nos participantes, tais como euforia, tristeza, raiva, etc. Em relação a tais alterações, entende-se que evidenciar sentimentos é previsível e esperado diante do tratamento em saúde mental. Tais alterações serão

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.007.850

acolhidas e trabalhadas nas sessões.

Benefícios:

Retirada do momento da crise do tipo psicótica, menor morbidade, recuperação mais rápida, melhor prognóstico, preservação de capacidades psicossociais, preservação de apoios familiares e menor necessidade de hospitalização."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com abordagem qualitativa e utilização do aporte teórico metodológico da fenomenologia por intermédio de entrevistas com pessoas em primeiras crises psicóticas e seus familiares, bem como com os profissionais de um CAPS III em Boa Vista, um bairro de Curitiba (?), Paraná.

Os instrumentos de coleta de dados serão:

- Entrevista inicial (Individual e Familiar)
- Entrevista final (Individual e Familiar)
- Entrevista com profissionais envolvidos no caso
- Longitudinal: Entrevista

Estima-se uma amostra de conveniência de 27 pessoas, sendo 5 Pessoas em Primeira Crise do Tipo Psicótica que sejam atendidos pelos serviços do CAPS III, 15 familiares e 7 profissionais da instituição.

Análise das entrevistas será feita por intermédio de método fenomenológico proposto por Giorgi.

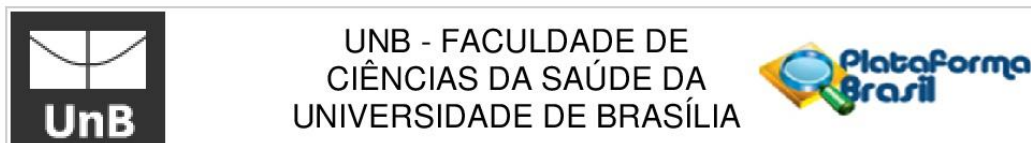
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Ver quadro gerado pela Plataforma Brasil dos documentos postados nas datas: 05/03/2017 e 10/03/2017 (Um total de oito documentos).

Recomendações:

Recomenda-se atualizar o cronograma de atividades de forma a prever o trâmite do processo no CEP, uma vez que consta a etapa "recrutamento e sujeitos para a pesquisa" para a data de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro	
Bairro: Asa Norte	CEP: 70.910-900
UF: DF	Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947	E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.007.850

21/03/2017.

Recomenda-se substituir o termo "sujeito para a pesquisa" do cronograma apresentado nas "Informações Básicas da Pesquisa" gerado pela plataforma Brasil por "participante de pesquisa" (Res. CNS 466/2012, item II.10).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Apresentamos abaixo as pendências geradas pelo CEP da Secretaria de Saúde de CURITIBA, conforme carta postada pelo pesquisador:

1) Os pesquisadores apresentam que num primeiro momento será realizado um mapeamento e investigação quanto ao funcionamento dos serviços de atenção a crise e após será decidido qual o melhor local para realização da pesquisa para formulação de projeto de atuação, projeto esse que será encaminhado ao CEP. É necessário que se esclareça se esta etapa prevista no projeto já foi executada, tendo em vista que houve solicitação da realização do estudo no CAPSIII Boa Vista.

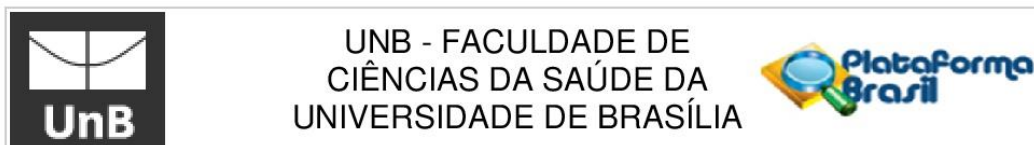
RESPOSTA DO PESQUIADOR: De fato essa etapa do processo foi repensada devido ao tempo demandado pela aprovação dos CEPs de Brasília e de Curitiba, então iremos direto para o CAPS III Boa Vista, sem realizar o mapeamento. Foi retirada a etapa de mapeamento do projeto

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

2) No projeto está previsto um treinamento para alguns profissionais de pontos estratégicos da rede de saúde mental para encaminharem casos de suspeita de primeiras crises do tipo psicótico para o local da pesquisa, através da guia de encaminhamento de clientes. 2.1) Qual o planejamento para execução e como serão recrutados os profissionais da rede de saúde mental para participação no referido treinamento? 2.2) Considerando que os CAPS são regionalizados(responsáveis pela construção de projetos terapêuticos articulados no território onde o sujeito está inserido) e que a proposta é referenciar a pessoa para o CAPS selecionado para o estudo, como será organizado o plano de atendimento integral da pessoa?

RESPOSTA DO PESQUISADOR: Novamente devido ao tempo esse treinamento será feito apenas com os profissionais do CAPS III Boa Vista que quiserem participar da pesquisa. Serão selecionados para a pesquisa apenas usuários do próprio CAPS III Boa Vista que se enquadrarem como primeiras crises do tipo psicóticos e concordarem em participar da pesquisa. Todo acolhimento de tratamentos desses sujeitos será realizada da mesma forma que o CAPS III Boa Vista já realizar,

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.007.850

apenas iremos inserir o acompanhamento do GIPSI adicionando a terapia familiar e individual. Isso foi melhor descrito no projeto.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

3) Os pesquisadores pretendem criar um projeto de intervenção precoce nas primeiras crises do tipo psicótica adequada a realidade do município de Curitiba e analisar os efeitos/resultados da intervenção. 3.1) As intervenções (psicoterapia individual e familiar) aos usuários e familiares serão efetuadas pelos 2 psicólogos do CAPS selecionado para o estudo:

RESPOSTA DO PESQUISADOR: a) Como serão recrutados os psicólogos para o desenvolvimento da intervenção; Será realizada uma reunião para apresentação da proposta de pesquisa. Como já realizamos o grupo de estudo de primeiras crises do tipo psicóticos com dois psicólogos do CAPS III Boa Vista, eles já aceitaram participar da pesquisa e já estão em treinamento ao lerem os textos do modelo de intervenção. Porém esse treinamento será reforçado no início da pesquisa com a participação da pesquisadora nos atendimentos familiares para que os profissionais possam observar a prática do modelo que já conhecem teoricamente. Outros profissionais do CAPS III Boa Vista que quiserem participar irão entrar no grupo de estudo e participar das entrevistas semanais nas quais acompanharemos e discutiremos os casos. Isso foi melhor explicitado no projeto.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

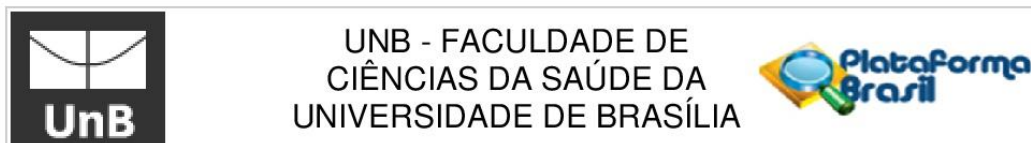
b) Receberão treinamento com vistas a promover alinhamento quanto à abordagem? Sim, como mencionado acima. c) É necessário que se apresente um detalhamento do projeto de atuação, delimitando a atribuição dos psicólogos do CAPS (frequência e tempo (longitudinal) de duração da abordagem);

RESPOSTA DO PESQUISADOR: Os psicólogos irão realizar atendimentos individuais e familiares com os participantes da pesquisa de acordo com a disponibilidade de horários que tiverem, caso se sintam sobrecarregados pelos 5 usuários em primeiras crises do tipo psicóticas e seus familiares diminuiremos o número de participantes da pesquisa. A estimativa que temos é de que cada um realizará em média 2 atendimentos familiares e 1 atendimento individual por semana e mais 2h de entrevista semanal, totalizando 5 horas semanais. A pesquisa tem a previsão de iniciar no final de fevereiro e terminar no início de julho totalizando cerca de 4 meses.

Isso foi melhor explicitado no projeto.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro	
Bairro: Asa Norte	CEP: 70.910-900
UF: DF	Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947	E-mail: ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.007.850

3.2) Quanto a realização das entrevistas com os diferentes grupos (usuários, familiares e profissionais) esclarecer como e em qual local serão operacionalizadas (como os participantes serão abordados para as entrevistas);

RESPOSTA DO PESQUISADOR: Após o acolhimento inicial realizado pelo CAPS III Boa Vista iremos conversar com o usuário e sua família sobre a possibilidade de participação na pesquisa que será detalhada e o TCLE apresentado a todos. Após o aceite e assinatura do TCLE as intervenções continuaram como previstas pela abordagem, será marcada uma entrevista inicial com a família e uma com o usuário. Depois ao final do processo, em sua alta ou ao término dos 4 meses será realizada uma segunda entrevista. Todas as entrevistas serão realizadas no CAPS III Boa Vista, em uma sala que proteja o sigilo da conversa, as salas serão reservadas de acordo com a disponibilidade do CAPS III Boa Vista, em horários em que elas não serão utilizadas para outras atividades.

Isso foi melhor explicitado no projeto.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

4) É necessário que se especifique quais os dados de prontuário que serão coletados.

RESPOSTA DO PESQUISADOR: Nome, idade, sexo, naturalidade, religião, histórico de saúde (caso tenha dados).

Isso foi melhor explicitado no projeto.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

5) Adequar o cronograma de execução.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

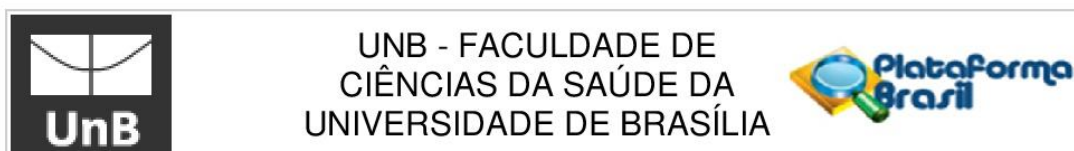
Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_869600	10/03/2017		Aceito

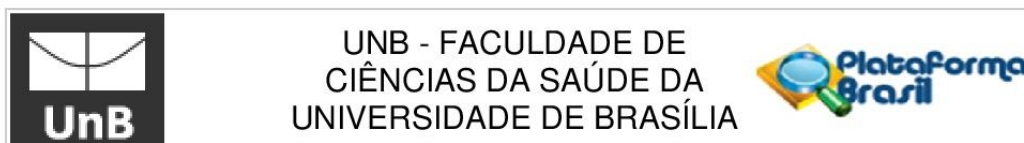
Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.007.850

Básicas do Projeto	E1.pdf	16:40:07		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Familiar.docx	10/03/2017 16:38:45	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Profissional.docx	10/03/2017 16:38:23	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pessoa_em_primeira_crise.docx	10/03/2017 16:38:04	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	10/03/2017 16:37:38	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.docx	10/03/2017 16:37:20	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Outros	Projeto_detalhado_ANTIGO.docx	05/03/2017 14:33:34	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhamento_de_Ementa.doc	05/03/2017 14:31:18	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Outros	CartaResposta.docx	12/10/2016 14:35:48	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Orçamento	PlanilhaDeOrçamento.doc	12/10/2016 14:28:59	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	23/08/2016 23:59:16	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Outros	Lattes_Mariana_Cardoso_Puchivailo.pdf	23/08/2016 21:34:06	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Outros	Lattes_Ilino_Izidio_da_Costa.pdf	23/08/2016 21:33:43	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Outros	Lattes_Adriano_Furtado_Holanda.pdf	23/08/2016 21:30:47	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_para_o_CEP sem assinatura.doc	23/08/2016 21:27:00	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_ao_CEP.docx	23/08/2016 21:26:38	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_da_instituicao.docx	23/08/2016 21:12:53	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Outros	TermoRespCompromPesquisadorResponsavel.doc	23/08/2016 20:32:46	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Outros	Termo_de_Responsabilidade_Pesquisadores.pdf	23/08/2016 20:32:19	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Declaração de Instituição e	Concordancia_da_Instituicao.pdf	25/05/2016 11:51:51	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro**Bairro:** Asa Norte**CEP:** 70.910-900**UF:** DF**Município:** BRASILIA**Telefone:** (61)3107-1947**E-mail:** ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.007.850

Infraestrutura	Concordancia_da_Instituicao.pdf	25/05/2016 11:51:51	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
----------------	---------------------------------	------------------------	-------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 17 de Abril de 2017

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

ANEXO 2

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Implementação de projeto de atenção precoce nas primeiras crises do tipo psicóticas em um CAPS III de Curitiba: Um estudo fenomenológico

Pesquisador: Mariana Cardoso Puchivailo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59367816.5.3001.0101

Instituição Proponente: Instituto de Ciências Humanas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.028.190

Apresentação do Projeto:

De acordo com parecer de aprovação ética e emenda aprovada pelo CEP da instituição proponente (UnB).

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com parecer de aprovação ética e emenda aprovada pelo CEP da instituição proponente (UnB).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com parecer de aprovação ética e emenda aprovada pelo CEP da instituição proponente (UnB).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Emenda replicada ao CEP/SMS-Curitiba(coparticipante) pelo CEP da UnB (proponente), após aprovação, contendo alterações solicitadas para dar plena viabilidade ao projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados estando em conformidade às recomendações da Res. CNS 466/12.

Recomendações:

Em cumprimento à Resolução CNS 466/12, este Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios parciais sobre o andamento do estudo, bem como o relatório completo ao final do

Endereço: Rua Atílio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.028.190

estudo. Eventuais notificações ou modificações, que gerem emendas ao protocolo devem ser apresentadas tempestivamente, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas. Salientamos a necessidade de entrar previamente em contato com nossas Unidades ou Equipes, de posse do Termos de Aprovação da Pesquisa, para agendar as atividades necessárias.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto encontra-se em adequação à Res. CNS 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba ratifica o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_869600 E1.pdf	10/03/2017 16:40:07		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Familiar.docx	10/03/2017 16:38:45	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Profissional.docx	10/03/2017 16:38:23	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pessoa_em_primeira_crise.docx	10/03/2017 16:38:04	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	10/03/2017 16:37:38	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.docx	10/03/2017 16:37:20	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Outros	Projeto_detalhado_ANTIGO.docx	05/03/2017 14:33:34	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhamento_de_Ementa.doc	05/03/2017 14:31:18	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Outros	CartaResposta.docx	12/10/2016 14:35:48	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Orçamento	PlanilhaDeOrçamento.doc	12/10/2016 14:28:59	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	23/08/2016	Mariana Cardoso	Aceito

Endereço: Rua Atilio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS

Continuação do Parecer: 2.028.190

Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	23:59:16	Puchivailo	Aceito
Outros	Lattes_Mariana_Cardoso_Puchivailo.pdf	23/08/2016 21:34:06	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Outros	Lattes_lleño_lzidio_da_Costa.pdf	23/08/2016 21:33:43	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Outros	Lattes_Adriano_Furtado_Holanda.pdf	23/08/2016 21:30:47	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_para_o_CEP P_sem_assinatura.doc	23/08/2016 21:27:00	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_ao_CEP.docx	23/08/2016 21:26:38	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_da_instituicao.docx	23/08/2016 21:12:53	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Outros	TermoRespCompromPesquisadorResponsavel.doc	23/08/2016 20:32:46	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Outros	Termo_de_Responsabilidade_Pesquisadores.pdf	23/08/2016 20:32:19	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_da_Instituicao.pdf	25/05/2016 11:51:51	Mariana Cardoso Puchivailo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 24 de Abril de 2017

Assinado por:
SAMUEL JORGE MOYSÉS
(Coordenador)

Endereço: Rua Atílio Bório, 680
Bairro: Cristo Rei **CEP:** 80.050-250
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-4961 **Fax:** (41)3360-4965 **E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br

ANEXO 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa “Implementação de um projeto de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas em um CAPS III de Curitiba: um estudo fenomenológico”, sob a responsabilidade da pesquisadora Mariana Cardoso Puchivailo, aluna de Programa de Pós-Graduação/Doutorado em Psicologia da Universidade de Brasília. O projeto se trata de uma pesquisa sobre a atenção às crises do tipo psicóticas.

O objetivo desta pesquisa é: avaliar processo de implementação de um projeto de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas em um CAPS III de Curitiba a partir de um modelo de atendimento do Grupo de Intervenção Precoce em Primeiras Crises do Tipo Psicóticas (GIPSI), que utiliza além do atendimento individual, a terapia familiar. A importância dessa pesquisa se dá pela possibilidade de compreensão de novas formas de intervenções nas primeiras crises do tipo psicóticas. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de uma entrevista inicial, de psicoterapia individual, terapia familiar e de uma entrevista final. As entrevistas terão a duração de cerca de 30 minutos. As sessões terão duração de 1 hora à 1 hora e meia, e o processo como um todo terá a duração de 3 a 8 meses. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Esses procedimentos serão realizados em um CAPS III de Curitiba frequentado pelo participante.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são alterações emocionais, tais como euforia, tristeza, raiva, etc. Em relação a tais alterações, entende-se que evidenciar sentimentos é previsível e esperado diante de um tratamento oferecido pelos serviços de saúde. Tais alterações serão acolhidas e trabalhadas nas sessões ou durante a entrevista. Espera-se com esta pesquisa você possa ter a oportunidade de vivenciar o que sente e o aflige, podendo buscar alternativas para auxiliar o enfrentamento de seus conflitos, atenuando seu sofrimento intenso. Se você aceitar participar, estará contribuindo para o avanço científico na área de atenção às crises do tipo psicóticas.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você e seu acompanhante tiverem relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) que já não forem cobertas pelo CAPS ou Prefeitura de Curitiba serão cobertas pelo pesquisador responsável. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios, não implicará na interrupção de seu atendimento e/ou tratamento, que está assegurado.

Não haverá nenhum custo a você, relacionado aos procedimentos previstos no estudo. Você não será pago por sua participação neste estudo. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos. Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Mariana Cardoso Puchivailo, telefone 041 8834-6844, disponível inclusive para ligação a cobrar, ou pelo e-mail marianapuchivailo@yahoo.com.br.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília e sua viabilidade foi verificada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (CEP/SMS). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (CEP/SMS) se encontra no endereço: Rua Atilio Bório, n° 680, Bairro Cristo Rei, Curitiba, PR - CEP 80.050-250, o e-mail para contato é: etica@sms.curitiba.pr.gov.br e telefone: (41) 3360-4961. Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Mariana Cardoso Puchivailo

Curitiba, ____ de _____ de _____.

ANEXO 4

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa “Implementação de um projeto de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas em um CAPS III de Curitiba: um estudo fenomenológico”, sob a responsabilidade da pesquisadora Mariana Cardoso Puchivailo, aluna de Programa de Pós-Graduação/Doutorado em Psicologia da Universidade de Brasília. O projeto se trata de uma pesquisa sobre a atenção às crises do tipo psicóticas.

O objetivo desta pesquisa é: avaliar processo de implementação de um projeto de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas em um CAPS III de Curitiba a partir de um modelo de atendimento do Grupo de Intervenção Precoce em Primeiras Crises do Tipo Psicóticas (GIPSI), que utiliza além do atendimento individual, a terapia familiar. A importância dessa pesquisa se dá pela possibilidade de compreensão de novas formas de intervenções nas primeiras crises do tipo psicóticas. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de uma entrevista que terá a duração de cerca de 30 minutos a respeito de sua participação nos casos da pesquisa enquanto profissional do CAPS. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são o desconforto que poderá sentir ao compartilhar informações pessoais, confidenciais ou em tópicos que possa sentir incômodo em falar. O(a) senhor(a) não precisa responder a qualquer pergunta ou parte de informações obtidas em debate/entrevista/pesquisa, se sentir que ela é muito pessoal ou sentir desconforto em falar. Se você aceitar participar, estará contribuindo para o avanço científico na área de atenção às crises do tipo psicóticas.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) que já não forem cobertas pelo CAPS ou Prefeitura de Curitiba serão cobertas pelo pesquisador responsável. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios, não implicará na interrupção de seu atendimento e/ou tratamento, que está assegurado.

Não haverá nenhum custo a você, relacionado aos procedimentos previstos no estudo. Você não será pago por sua participação neste estudo. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Mariana Cardoso Puchivailo, telefone 041 8834-6844, disponível inclusive para ligação a cobrar, ou pelo e-mail marianapuchivailo@yahoo.com.br.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília e sua viabilidade foi verificada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (CEP/SMS). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (CEP/SMS) se encontra no endereço: Rua Atilio Bório, nº 680, Bairro Cristo Rei, Curitiba, PR - CEP 80.050-250, o e-mail para contato é: etica@sms.curitiba.pr.gov.br e telefone: (41) 3360-4961.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Mariana Cardoso Puchivailo

Curitiba, ____ de _____ de _____.

ANEXO 5

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa “Implementação de um projeto de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas em um CAPS III de Curitiba: um estudo fenomenológico”, sob a responsabilidade da pesquisadora Mariana Cardoso Puchivailo, aluna de Programa de Pós-Graduação/Doutorado em Psicologia da Universidade de Brasília. O projeto se trata de uma pesquisa sobre a atenção à crises do tipo psicóticas.

O objetivo desta pesquisa é: avaliar processo de implementação de um projeto de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas em um CAPS III de Curitiba a partir de um modelo de atendimento do Grupo de Intervenção Precoce em Primeiras Crises do Tipo Psicóticas (GIPSI), que utiliza além do atendimento individual, a terapia familiar. A importância dessa pesquisa se dá pela possibilidade de compreensão de novas formas de intervenções nas primeiras crises do tipo psicóticas. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de uma entrevista inicial, terapia familiar e de uma entrevista final. As entrevistas terão a duração de cerca de 30 minutos. As sessões terão duração de 1 hora à 1 hora e meia, e o processo como um todo terá a duração de 3 à 8 meses. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Esses procedimentos serão realizados em um CAPS III de Curitiba frequentado pelo participante.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são alterações emocionais, tais como euforia, tristeza, raiva, etc. Em relação a tais alterações, entende-se que evidenciar sentimentos é previsível e esperado diante de um tratamento oferecido pelos serviços de saúde. Tais alterações serão acolhidas e trabalhadas nas sessões ou durante a entrevista. Espera-se com esta pesquisa você possa ter a oportunidade de vivenciar o que sente e o aflige, podendo buscar alternativas para auxiliar o enfrentamento de seus conflitos, atenuando seu sofrimento intenso. Se você aceitar participar, estará contribuindo para o avanço científico na área de atenção à crises do tipo psicóticas.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) que já não forem cobertas pelo CAPS ou Prefeitura de Curitiba serão cobertas pelo pesquisador responsável. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios, não implicará na interrupção de seu atendimento e/ou tratamento, que está assegurado.

Não haverá nenhum custo a você, relacionado aos procedimentos previstos no estudo. Você não será pago por sua participação neste estudo. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil. Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Mariana Cardoso Puchivailo, telefone 041 8834-6844, disponível inclusive para ligação a cobrar, ou pelo e-mail marianapuchivailo@yahoo.com.br.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília e sua viabilidade foi verificada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (CEP/SMS). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (CEP/SMS) se encontra no endereço: Rua Atilio Bório, n° 680, Bairro Cristo Rei, Curitiba, PR - CEP 80.050-250, o e-mail para contato é: etica@sms.curitiba.pr.gov.br e telefone: (41) 3360-4961.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Mariana Cardoso Puchivailo

Curitiba, ____ de _____ de _____.