



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA – IPUB

Programa de Pós-Graduação - Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial  
MEPPSO

**GEYSA AZEVEDO MÜLLER**

ATENÇÃO À CRISE NO CAPS II DE RIO DAS OSTRAS:  
DESAFIOS E POSSIBILIDADES

RIO DE JANEIRO

2019

Geysa Azevedo Müller

ATENÇÃO À CRISE NO CAPS II DE RIO DAS OSTRAS:  
desafios e possibilidades.

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção Psicossocial, IPUB, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Jaqueline Da Silva, PhD

RIO DE JANEIRO

2019

M958a Müller, Geysa Azevedo  
ATENÇÃO À CRISE NO CAPS II DE RIO DAS OSTRAS:  
desafios e possibilidades. / Geysa Azevedo Müller.  
-- Rio de Janeiro, 2019.  
138 f.

Orientadora: Jaqueline da Silva.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do  
Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Programa  
de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental, 2019.

1. Atenção Psicossocial. 2. CAPS. 3. Crise. 4.  
Reforma Psiquiátrica. 5. Saúde Mental. I. da Silva,  
Jaqueline, orient. II. Título.

Geysa Azevedo Müller

ATENÇÃO À CRISE NO CAPS II DE RIO DAS OSTRAS:  
DESAFIOS E POSSIBILIDADES.

Dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, apresentada ao Programa de Pós-Graduação Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial.

Aprovada em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jaqueline Da Silva, orientadora, MEPPSO-IPUB e EEAN-UFRJ

---

Prof. Dr. Carlos Eduardo de Moraes Honorato, SES-RJ e IPUB-UFRJ

---

Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado, MEPPSO-IPUB-UFRJ

*“Para navegar contra a corrente são necessárias condições raras: espírito de aventura, coragem, perseverança e paixão.”*

*Nise da Silveira*

*Para Nathalia e Ilana,*

*as flores mais lindas do meu jardim.*

*Para meus pais (in memoriam), Gilberto e Noemia,  
meus exemplos e minhas maiores fontes de  
inspiração.*

## AGRADECIMENTOS

À Dra. **Beatriz Rudnicki**, prima Bia, por ter me incentivado a prestar concurso para a Prefeitura de Rio das Ostras, por ter guiado meus primeiros passos na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) e por me acolher semanalmente em sua casa até hoje;

Aos Drs. **Julio Cesar Silveira Gomes Pinto** e **Edilberto da Veiga Castilho** por terem me apresentado os fundamentos da Reforma Psiquiátrica, dando início assim à minha paixão pela área da Saúde Mental.

Ao amigo e às amigas

**Marilen e Lélia**, pelo apoio nas horas mais difíceis da minha vida;

**Clarice**, incentivadora e responsável direta pelo meu ingresso no Mestrado Profissional. Obrigada pela disponibilidade, pelas dicas e pelo carinho de sempre;

**Jô**, irmãzinha e confidente que a vida me deu de presente;

**Flávio e Nariá**, companheiros de trabalho, de estrada, de trocas, desabafos e amigos para a vida.

As minhas filhas **Nathalia e Ilana**, pelo apoio e amor incondicional .

À **Bellinha**, pelas muitas horas que passou ao meu lado, com seu olhar meigo, me fazendo companhia, enquanto eu estava no computador.

À **Priscilla**, meu braço direito, parceira, obrigada por me aturar em todos os momentos de estresse e rabugice.

À **Jaqueline**, minha orientadora e maior mestra. Sempre com uma palavra de incentivo. Obrigada por ter acreditado em mim desde o início. Sem você nada disso teria sido possível.

Aos Drs. **Pedro Gabriel Delgado** e **Carlos Eduardo Honorato** por suas relevantes contribuições apresentadas na banca do Exame de Qualificação.

A todos os meus professores do Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial pelos valiosos ensinamentos.

Aos apoiadores da Baixada Litorânea da Assessoria de Saúde Mental /Secretaria de Estado de Saúde, que acompanharam minha jornada todos esses anos.

A todos os colegas que fazem e fizeram parte do Programa de Saúde Mental de Rio das Ostras em especial aos companheiros do CAPS que foram os protagonistas desse trabalho, dividindo um pouquinho de suas histórias, medos, angústias, lágrimas, inseguranças, mas também suas conquistas, alegrias, vitórias e a paixão pela saúde mental.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desse sonho.

## A POUSADA

*Ali, na Pousada do Medo,  
No Vale das Sombras,  
Encontrei os loucos. . .  
E tive medo  
Dos fantasmas de lá  
E dos meus próprios fantasmas.*

*Ali, na Pousada do Frio,  
No Vale dos Esquecidos,  
Dos abandonados à própria sorte,  
Eu vi a face da morte  
E tive muito medo  
Da minha própria morte.*

*Ali, na Pousada do Desencanto,  
No Vale dos Excluídos,  
Eu vi rostos embrutecidos,  
Vi corpos desnutridos.  
Procurei luz naqueles olhos,  
Mas cegos estavam meus próprios olhos.*

*Ali, na Pousada do Desespero,  
No Vale do Nada,  
Não havia mesmo nada,  
Além de dor, terror e sofrimento.  
Quis fugir daquela Pousada  
E do meu próprio sofrimento.*

*Fechei a porta da Pousada  
E deixei o Vale dos Insanos.  
Tentei afastar o sonho mau. . .  
Mas chagas surgiram em meu corpo  
Que me lembram a todo instante  
Que o pesadelo era real.*

Geysa Müller

Composição autoral,  
após visita a um hospital psiquiátrico  
da Baixada Litorânea  
em 11 de novembro de 2007.



## RESUMO

O cuidado em saúde mental dialoga com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira: noção de território, organização da atenção em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania e construção da autonomia possível de usuários e familiares. O estudo documenta aspectos desafiadores e facilitadores da atenção psicossocial descritos pelos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em cidade multicultural, Rio das Ostras (RO) na Baixada Litorânea (BL) do Estado do Rio de Janeiro, cenário de prática da pesquisadora. O objetivo geral é analisar desafios e possibilidades no acolhimento e manejo da crise do paciente portador de transtorno mental grave, que chega ao CAPS II de Rio das Ostras (CAPS II-RO). Os objetivos específicos no atender na crise são: a) dar voz a equipe do CAPS II-RO sobre desafios, possibilidades e estratégias; b) discutir desafios, possibilidades e estratégias. Metodologia: o método selecionado para orientar o estudo foi Etnografia e os participantes, gestor e técnicos do CAPS II-RO. As técnicas de coleta de dados foram entrevista etnográfica, observação e diário de campo. Os resultados emergiram de 12 entrevistas semiestruturadas. A partir da listagem dos códigos livres, foi realizado agrupamento por comparação e contraste. Os depoimentos revelaram dimensões particulares da atenção à crise no CAPS II-RO, apresentadas em quatro categorias centrais, (1) O CAPS II-RO; (2) Atenção na Crise; (3) A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e (4) Fenômenos Concorrentes e Possibilidades. A fragilidade da RAPS em RO foi evidenciada em nível de gestão e da ponta. Dentre os aspectos desafiadores na atenção à crise, ainda estão um manejo fortemente centrado na medicação, precária intersetorialidade, falta de treinamento da equipe de saúde no Pronto Socorro (PS) e Hospital Geral (HG) que acolhem as pessoas em crise de saúde mental quando o CAPS-RO está fechado ou não consegue êxito no manejo da crise. Nas relações em equipe, se por um lado os profissionais são parceiros, por outro, o longo tempo e convivência pode ter levado à acomodação. Destarte, a partir da voz dos participantes, as fragilidades e desafios apontados são subsídios para inspirar o desenvolvimento de possibilidades e potências da RAPS em RO e municípios brasileiros de médio porte.

Palavras-chave: Atenção Psicossocial, CAPS, Crise, Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental.

## ABSTRACT

Mental health care deals with the principles of the Brazilian Psychiatric Reform: notion of territory, organization of network treatment, intersectoral collaboration, psychosocial rehabilitation, interdisciplinarity, deinstitutionalization, citizen promotion and the construction of possible user and family autonomy. The study documents challenging and facilitating aspects of the psychosocial care described by the workers at the Psychosocial Care Center (CAPS) in the city of Rio das Ostras (RO), Baixada Litorânea (BL), State of Rio de Janeiro, the location of the researcher's practice. The general objective is to analyze the challenges and possibilities in the admission and crisis management of patients with serious mental disorders who come to CAPS II Rio das Ostras (CAPS II-RO). The specific objectives in crisis management are (a) to give voice to the CAPS II-RO team concerning challenges, possibilities and strategies; (b) discuss challenges, possibilities and strategies. The method selected to guide the study was Ethnography and participants were the CAPS II-RO manager and technicians. Data collection techniques were the ethnographic interview, observation and fieldnotes. Results emerged from 12 semistructured interviews. Grouping came into view based on comparison and contrast of the free code list. The accounts revealed particular dimensions of the crisis management at CAPS II-RO. These are presented in four central categories, (1) CAPS II-RO; (2) Crisis Management; (3) Psychosocial Care Network (RAPS), and (4) Concurrent Phenomena and Possibilities. The fragility of the RAPS in RO was evidenced at the management level and at the frontline. Among the challenging aspects of crisis management, there remain the strong reliance on medication, the precarious intersectorality and the lack of training of the health professionals at the emergency room (PS) and general hospital (HG) who receive the mental health crisis patients when the CAPS-RO is closed or does not succeed in managing the crisis. In the team member relations, while on one level the professionals are partners, on another, the long time working together may have led to accommodation. Thus, based on the participants' voices, the fragilities and challenges pointed out are resources to inspire the development of possibilities and strengths for the RAPS in RO and mid-size Brazilian municipalities.

Keywords: Psychosocial Care, CAPS, Crisis, Psychiatric Reform, Mental Health

## Lista de Figuras

<b>Figura</b>	<b>Título</b>	<b>Pág.</b>
Figura 1	Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/territorial (Brasil, dez/2001 a dez/2013).	34
Figura 2	Redução progressiva dos leitos psiquiátricos.	35
Figura 3	Mudança do perfil e porte dos hospitais psiquiátricos.	36
Figura 4	Política de Saúde Mental – níveis de complexidade / serviços.	39
Figura 5	Regiões de Governo. Divisão político-administrativa.	49
Figura 6	Localização de Rio das Ostras no Estado do Rio de Janeiro.	50
Figura 7	Taxa geométrica de crescimento anual da população residente em Rio das Ostras. Período 2000 a 2010.	51
Figura 8	Arrecadação dos royalties do petróleo por Rio das Ostras. Período 2009 – 2016.	52
Figura 9	Arrecadação dos royalties do petróleo por Rio das Ostras, em valores correntes. Período 2009-2016.	52
Figura 10	Componentes e pontos de atenção da RAPS.	53
Figura 11	Internações em hospitais psiquiátricos na Baixada Litorânea. Período Jan.2008 a Dez.2016.	58
Figura 12	Internações em hospitais psiquiátricos / Baixada Litorânea. Período Jan.2008 a Dez.2016. Percentual e números absolutos.	59

## Lista de Quadros

<b>Quadro</b>	<b>Título</b>	<b>Pág.</b>
Quadro 1	Objetivos gerais e específicos .....	22
Quadro 2	Etnografia - Características, pressupostos, critérios e etapas .....	24
Quadro 3	Código de cores .....	26
Quadro 4	Fases do Programa de Saúde Mental de Rio das Ostras .....	48
Quadro 5	Equipe técnica do CAPS de Rio das Ostras .....	60
Quadro 6	Profissionais entrevistados no CAPS de Rio das Ostras .....	63
Quadro 7	Dados sociodemográficos 1 .....	64
Quadro 8	Dados sociodemográficos 2 .....	66
Quadro 9	Fases na trajetória dos profissionais e do CAPS-RO .....	68
Quadro 10	Categorias e Subcategorias .....	69
Quadro 11	Casos exitosos .....	95
Quadro 12	Casos não exitosos .....	97

## LISTA DE SIGLAS

ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
AMENT	Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental
APS	Atenção Primária à Saúde
BL	Baixada Litorânea
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial do tipo I
CAPS II – RO	Centro de Atenção Psicossocial II de Rio das Ostras
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial do tipo III
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMR	Centro Municipal de Reabilitação
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ações Públicas de Saúde
COMAD	Conselho Municipal Antidrogas
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CREG-BL	Central de Regulação de Vagas da Baixada Litorânea
CREG-METRO II	Central de Regulação da Região Metropolitana II
CT	Comunidade Terapêutica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ECT	Eletroconvulsoterapia

ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas
FG 1	Função Gratificada 1
GAM	Gestão Autônoma da Medicação
HCRB	Hospital Colônia de Rio Bonito
HG	Hospital Geral
HG-RO	Hospital Geral de Rio das Ostras
HP	Hospital Psiquiátrico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPUB	Instituto de Psiquiatria
MAC	Média e Alta Complexidade
MEPPSO	Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial
METRO II	Metropolitana II
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PAM	Posto de Assistência Médica
PB	Plataforma Brasil
PIB	Produto Interno Bruto
PNASH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PRH	Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar
PS	Pronto Socorro Municipal
PSM	Programa de Saúde Mental
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PURO	Polo Universitário de Rio das Ostras
PVC	Programa de Volta pra Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial

RAS	Redes de Atenção à Saúde
RJ	Rio de Janeiro
RO	Rio das Ostras
RP	Reforma Psiquiátrica
RS	Regiões de Saúde
RT	Residência Terapêutica
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEMUSA	Secretaria Municipal de Saúde
SES-RJ	Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SHR	Serviço Hospitalar de Referência
SMAB	Saúde Mental na Atenção Básica
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>1. TRAJETORIA e MOTIVAÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2. DESENHO DO ESTUDO</b> .....	<b>21</b>
2.1 RELEVÂNCIA E JUSTIFICATIVA .....	21
2.2 OBJETIVOS .....	22
2.3 ASPECTOS ÉTICOS .....	22
2.4 ASPECTOS METODOLÓGICOS .....	23
<b>3. UM OLHAR SOBRE A LOUCURA</b> .....	<b>27</b>
3.1 BREVE HISTÓRICO DA LOUCURA.....	27
3.2 A PSIQUIATRIA NO BRASIL .....	29
3.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL .....	31
3.3.1 Principais avanços na legislação na área da saúde mental .....	31
3.4 REFORMA PSIQUIÁTRICA AMEAÇADA? .....	37
<b>4. ATENÇÃO À CRISE E URGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL</b> .....	<b>41</b>
4.1 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: CONCEITOS .....	42
4.2 CRISE E URGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL.....	44
4.3 A CLÍNICA DO SUJEITO.....	46
<b>5. A REGIÃO DA BAIXADA LITORÂNEA E RIO DAS OSTRAS</b> .....	<b>48</b>
5.1 O MUNICÍPIO DE RIO DAS OSTRAS .....	50
<b>6. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)</b> .....	<b>53</b>
6.1 PONTOS ESTRATÉGICOS NA ATENÇÃO À CRISE E URGÊNCIA.....	54
6.2 A RAPS NA REGIÃO DA BAIXADA LITORÂNEA .....	56
6.3 A RAPS DE RIO DAS OSTRAS .....	57
6.4 O CAPS II DE RIO DAS OSTRAS (CAPS II- RO).....	60
6.4.1 Estrutura física.....	60
6.4.2 Equipe técnica.....	61
6.4.3 Processos de trabalho.....	61
<b>7. DESCRIÇÃO, TRATAMENTO E ORGANIZAÇÃO DO MATERIAL</b> .....	<b>63</b>
<b>8. RESULTADOS</b> .....	<b>63</b>
<b>CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS</b> .....	<b>70</b>
8.1 CATEGORIA 1: O CAPS II-RO.....	70
8.1.1 Subcategoria: Inauguração em 18 de maio de 2007 .....	71
8.1.2 Subcategoria: O que é o CAPS .....	71
8.1.3 Subcategoria: Desafios .....	72
8.1.4 Subcategoria: Usuários e Demandas de Cuidado .....	73



8.1.5 Subcategoria: Trabalho do Cuidar .....	74
8.1.6 Subcategoria: Equipe .....	76
8.1.7 Subcategoria: Desafios e Necessidades .....	77
8.2 CATEGORIA 2: ATENÇÃO NA CRISE .....	78
8.2.1 Subcategoria: Fase 1 - Pré-Implantação do CAPS II-RO.....	78
8.2.2 Subcategoria: Fase 2 - Instalação do CAPS .....	79
8.2.3 Subcategoria: Fase 3 - Consolidação do CAPS II-RO .....	80
8.3 CATEGORIA 3: A RAPS VISTA PELO AVESSO .....	81
8.3.1 Subcategoria: A Delegacia e o Ambulatório .....	81
8.3.2 Subcategoria: Usuário em Crise, Manejo e Recursos Mobilizados.....	82
8.3.3 Subcategoria: Manejo e Trajetos Co-Construídos .....	84
8.4 CATEGORIA 4: FENÔMENOS CONCORRENTES E POSSIBILIDADES .....	88
8.4.1 Subcategoria: Desafios Destacados .....	88
8.4.2 Subcategoria: Como Poderiam Ser / Ter .....	91
<b>9. ANÁLISE E DISCUSSÃO .....</b>	<b>101</b>
9.1 ANÁLISE .....	101
9.2. DISCUSSÃO .....	111
<b>10. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>118</b>
<b>11. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>120</b>
<b>APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>131</b>
<b>APÊNDICE B: DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA.....</b>	<b>133</b>
<b>APÊNDICE C: FOLHA DE ROSTO INSTITUIÇÃO PROPONENTE.....</b>	<b>134</b>
<b>APÊNDICE D: ROTEIRO DA ENTREVISTA.....</b>	<b>135</b>

## INTRODUÇÃO

Para apresentar a discussão em torno da atenção à crise, essa dissertação está dividida em sessões: (1) Trajetória e Motivação; (2) Desenho do Estudo (Relevância e Justificativa, Objetivos, Aspectos Éticos e Metodológicos); (3 e 4) Aspectos teóricos (Um olhar sobre a loucura, Atenção à crise e urgência em saúde mental); (5 e 6) Contexto sócio-político-cultural de Rio das Ostras (RO) na região da Baixada Litorânea (BL) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); (7) Resultados e (8) Considerações finais.

Na primeira sessão – TRAJETÓRIA E MOTIVAÇÃO – é apresentado o início da vida político-administrativa do município de Rio das Ostras, a partir de sua emancipação do município de Casimiro de Abreu, ocorrida em 1992. Conto um pouco da minha trajetória profissional desde que ingressei no serviço público, em 1998, através do I Concurso Público da Prefeitura de Rio das Ostras, os caminhos que percorri como estatutária lotada na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA). Faço ainda uma exposição do histórico do Programa de Saúde Mental do município, desde sua implantação, e me proponho a mostrar como a RAPS de Rio das Ostras foi se estruturando até os dias atuais.

Em seguida, é detalhado o DESENHO DO PRESENTE ESTUDO, sua relevância e justificativa, o objetivo geral e objetivos específicos e, encerrando a sessão, os aspectos éticos e metodológicos da pesquisa.

Na sessão - UM OLHAR SOBRE A LOUCURA – é feita uma breve análise do histórico do tratamento dispensado aos portadores de transtornos mentais, os ditos loucos, no mundo e, em particular, no Brasil, mostrando um pouco da história da psiquiatria e da Reforma Psiquiátrica (RP) no país e quais foram os principais avanços na legislação na área da saúde mental. A sessão se encerra com a questão “Reforma Psiquiátrica ameaçada?”. Aqui procuro traçar um panorama dos últimos acontecimentos onde nova legislação aponta para sérios retrocessos em relação ao tratamento dispensado aos portadores de transtornos mentais no Brasil.

Na sessão seguinte - A ATENÇÃO À CRISE E URGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL - são trazidos os conceitos de urgência e emergência em saúde para chegar às especificidades da crise e urgência em saúde mental, sobretudo no que se refere à clínica do sujeito ou clínica ampliada, que tem como princípios do cuidado, o resgate do poder de decisão dos sujeitos com transtorno mental e sua participação ativa na definição de seu tratamento; o reconhecimento da liberdade como variável terapêutica e a afirmação da cidadania.

Em sequência, é apresentada a região da Baixada Litorânea do Estado do Rio de Janeiro. A região é formada por nove municípios, entre eles Rio das Ostras. A emancipação político-administrativa deste município ocorreu em 10 de abril de 1992. Desde então, a taxa média geométrica de crescimento anual da população no período 2000 - 2010 é de 11,25%, considerada a maior do estado.

Pelo fato de ter lindas praias e lagoas a região possui forte vocação turística ocasionando uma grande flutuação populacional, que muitas vezes, chega a dobrar o número de habitantes na alta temporada, festas e feriados.

A economia também é grandemente influenciada pelo recebimento de *royalties* do petróleo e pelo turismo local.

Na sessão - A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) – é descrito como foi essa rede, instituída pela a Portaria nº 3088 de 23 e dezembro de 2011, tem por objetivo dar suporte às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), (BRASIL, 2011c). Trata-se de uma rede que visa ampliação de acesso e qualidade das ações de saúde, oferecendo um cuidado integral baseado na interdisciplinaridade, consolidando assim um modelo de atenção psicossocial de inclusão dessa população.

A seguir, são identificados os pontos estratégicos de atenção à crise e urgência e apresentado o desenho da RAPS na região da BL e em Rio das Ostras. Encerrando a sessão é descrito o cenário da pesquisa - Centro de Atenção Psicossocial II de Rio das Ostras (CAPS II – RO) - em sua estrutura física, a equipe técnica, os processos de trabalho.

Encerrando o presente relatório de pesquisa / dissertação de mestrado profissional, apresento os RESULTADOS através da descrição, tratamento, análise e discussão dos dados. Em conclusão, apresento as CONSIDERAÇÕES FINAIS.

## **1. TRAJETORIA e MOTIVAÇÃO**

Rio das Ostras (RO), município integrante da região da Baixada Litorânea (BL) do estado do Rio de Janeiro (RJ), conquistou sua autonomia político-administrativa através do Plebiscito de 10 de abril de 1992, quando foi desmembrado do município de Casimiro de Abreu. A partir do início da vida administrativa do município em janeiro de 1993, iniciou-se

uma nova etapa na saúde, com a implantação dos programas de atenção básica (RUDNICKI, 2001) e, posteriormente, com a realização do I Concurso Público da Prefeitura de Rio das Ostras, em 1997.

Ingressei no serviço público em janeiro de 1998. No ano anterior, prestei o concurso acima citado para ocupar uma das três vagas para o cargo de psicólogo, na SEMUSA da prefeitura de RO. Fui, nessa ocasião, designada para trabalhar no Centro Municipal de Reabilitação (CMR), ambulatório inaugurado em 1996 que funcionava em uma casa alugada pela prefeitura, localizado no centro da cidade. Esse dispositivo contava com atendimentos nas áreas de psicologia, psiquiatria, fonoaudiologia, terapia ocupacional, serviço social e fisioterapia.

Minha chegada ocorre um ano após acontecimentos e publicações importantes. Primeiro, a habilitação do município no SUS em 1997, quando foram sendo desenvolvidas estratégias programáticas consoantes com as propostas do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ). Pela ausência de unidade hospitalar, a partir da gestão administrativa de 1997, foram intensificadas as ações básicas, principalmente preventivas, na tentativa de diminuir ou atenuar as necessidades de internação hospitalar (RUDNICKI, 2001).

Em contexto, o controle social e a participação popular foram ganhando força junto aos gestores nas decisões relativas aos rumos da saúde em Rio das Ostras através das Conferências Municipais de Saúde, da criação do Conselho Municipal de Saúde (Lei Municipal nº 235/97), dos Conselhos Gestores, do orçamento participativo, entre outros (RUDNICKI, 2001).

Em 1997, também foi enviado o Ofício-circular nº 118/ASM/97 de 18 de novembro de 1997 da Assessoria de Saúde Mental do Estado para a Secretaria Municipal de Saúde de Rio das Ostras. Esse documento informa que “somente após o cadastramento junto à SES-RJ, o Programa de Saúde Mental (PSM) poderá habilitar-se ao recebimento de medicamentos psicotrópicos” e dá orientações sobre a criação/organização do Programa no município (RUDNICKI, 2001).

Assim, após a realização do I Concurso Público de Rio das Ostras em novembro de 1997 e a posse dos aprovados em janeiro de 1998, Dr. Edilberto da Veiga Castilho, psiquiatra concursado, foi convidado pela então Secretária de Saúde, Dra. Beatriz Rudnicki a assumir o cargo de Coordenador do PSM com a tarefa de implantá-lo no município. Até então, dos 92

municípios do Estado do Rio de Janeiro, 63 possuíam o Programa de Saúde Mental implantado (MÜLLER, 2008b).

Ainda no ano de 1998 foi apresentado o PSM de Rio das Ostras junto à SES-RJ, constando os dados pessoais do coordenador do Programa, objetivos gerais e específicos, locais de atendimento, profissionais envolvidos e fluxograma de internações e atendimento aos egressos (RUDNICKI, 2001).

Oficialmente, o cargo de Coordenador de Programa só foi criado em 2001 como Função Gratificada 1 (FG 1), ano em que assumiu o cargo de Coordenadora do Programa de Saúde Mental, a psicóloga Maura Elisa D. N. Carneiro, em substituição ao Dr. Castilho.

Em 2003, foi inaugurado o Cento de Reabilitação de Rocha Leão (CMRRL), pequeno distrito de Rio das Ostras, funcionando nos moldes do CMR, porém de dimensões bem menores.

Em janeiro de 2005, com o início da gestão da Dra. Naelma Monteiro como Secretária de Saúde, fui nomeada para substituir a Sra. Maura Carneiro na coordenação do referido programa, função na qual permaneci até outubro de 2010. Após essa data, voltei para os atendimentos da ponta, dividindo minha carga horária entre o CMR e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A partir de agosto de 2017 até os dias de hoje fiquei lotada integralmente no CAPS. No período compreendido entre 2012 e 2017 também atuei prestando assessoria à coordenação do PSM. Atuei ainda como preceptora dos estagiários de psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF) - Polo Universitário de Rio das Ostras (PURO) no CAPS.

Em continuidade ao histórico do PSM, no ano de 1999 foi inaugurada nova sede do CMR e no ano seguinte o Pronto Socorro Municipal (PS) passou a funcionar também em prédio próprio, em frente ao CMR. Tal proximidade em muito favoreceu o acompanhamento das urgências pela equipe do PSM lotada no ambulatório. Em 2004 foi inaugurado o Hospital Geral de Rio das Ostras (HG-RO) no mesmo bairro do PS e do CMR, a duas quadras de distância. Também neste ano foi realizado novo concurso público para a prefeitura de Rio das Ostras, fato que aumentou consideravelmente o número de profissionais trabalhando no PSM.

Os munícipes de Rio das Ostras portadores de transtorno mental que estivessem em crise, davam entrada no PS, eram avaliados por psiquiatras de sobreaviso e, se fosse o caso, seguiam para internação em hospitais psiquiátricos (HPs) localizados em outros municípios, a saber: Hospital Colônia de Rio Bonito (HCRB), Clínica Ego em Tanguá, Hospital Bom Jesus

de Itabapoana, em um primeiro momento, e posteriormente para a Clínica Nossa Senhora das Vitórias e Clínica Santa Catarina, ambas no município de São Gonçalo.

Em 2005, sob a minha coordenação, o PSM criou uma miniequipe técnica formada por duas assistentes sociais e uma psicóloga, cujo objetivo era acompanhar as internações fora do município e promover ações de desinstitucionalização dos pacientes longamente internados. Também data deste ano a implantação no distrito de Rocha Leão do projeto piloto Saúde Mental na Atenção Básica (SMAB), sob a orientação e supervisão do médico psiquiatra Dr. Julio Cesar Silveira Gomes Pinto, visando a inserção da equipe de saúde mental junto à comunidade, à equipe do posto de saúde e aos professores da rede escolar (MÜLLER, 2005).

No ano seguinte, em 2006, é inaugurada no PS uma enfermaria para pacientes psiquiátricos com dois leitos. Em alguns períodos, psiquiatras de sobreaviso davam suporte a esses leitos. Houve um período, no entanto, em que havia plantão de 24 horas da psiquiatria, durante toda a semana.

Em 2007 foi inaugurado o Centro de Atenção Psicossocial do tipo I (CAPS I) - posteriormente reclassificado para CAPS II - e foi efetuado o cadastramento do município no Programa de Volta pra Casa (PVC). Nesse mesmo ano, seguindo as orientações da SES-RJ, foram criadas no CMR equipe de referência para o atendimento a usuários com uso prejudicial de álcool e outras drogas, equipe de referência para o atendimento a crianças e adolescentes e equipe de referência para atendimento à adultos e idosos com transtornos mentais leves e moderados.

Por questões de afinidade e/ou experiência profissional prévia, já havia no CMR profissionais concursados que direcionavam seu trabalho à demanda de usuários portadores de transtornos mentais severos e persistentes, promoviam ações de desinstitucionalização e acompanhavam as internações em HP. Essa equipe deslocou-se inteira para o CAPS quando de sua inauguração em 18 de maio de 2007 (MÜLLER, 2007), tendo lá permanecido praticamente inalterada durante o desenvolvimento da presente pesquisa, fato que trouxe ônus e bônus como veremos no decorrer deste trabalho.

Desde sua emancipação político-administrativa em 1992 até 2014 Rio das Ostras viveu um período de grande desenvolvimento e aumento populacional devido à crescente arrecadação dos *royalties* de petróleo. Esse aporte de recursos permitiu a contratação de novos profissionais.

Com o aumento por contrato do quadro de profissionais de saúde mental, além da

expansão do número de integrantes das equipes de referência no CMR, entre 2008 e final de 2010 funcionou no PS o plantão de 24 horas de sete psiquiatras, que cobriam atendimento a pessoas com transtornos graves e persistentes em crise que precisassem ocupar os dois leitos algum dos sete dias da semana. Nesse período também foram lotados naquela unidade psicólogos durante toda a semana. Data desse mesmo ano o aumento considerável do número de profissionais atuando na SMAB, equipe que passou então a promover ações de matriciamento junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no bairro Âncora, além de Rocha Leão. Algum tempo depois essas ações alcançaram os outros dois bairros (Cantagalo e Mar do Norte) com cobertura de ESF (MÜLLER, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009). Essa foi a fase áurea do Programa de Saúde Mental de Rio das Ostras, sendo referência para outros municípios da região.

Em relação à RAPS de Rio das Ostras, em 2003, houve a aprovação do Plano Quadrienal de Saúde Mental (2003-2006) pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) que incluía, entre outros itens, a criação dos dispositivos CAPS I, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), Conselho Municipal Antidrogas (COMAD) e Residência Terapêutica (RT).

Em 2008, agora sob minha gestão do PSM, foram submetidos e aprovados no CMS projetos do CAPS AD e de duas RTs, uma do tipo I e outra do tipo II (cuidados intensivos).

Depois de avanços e retrocessos, uma RT do tipo II foi finalmente inaugurada em Rio das Ostras no dia 29 de fevereiro de 2016, mesmo dia em que o HCRB fechou definitivamente suas portas e enviou para o município uma van com os três últimos pacientes de Rio das Ostras, elegíveis para RT. Entretanto, somente em 2019, após anos de negociações, avanços e retrocessos, a implantação do CAPS AD está em vias de se concretizar, graças a liberação de uma verba municipal viabilizada através de Emenda Impositiva da Câmara de Vereadores do município.

Entre 2015 e 2017 houve um rápido decréscimo na arrecadação dos *royalties* de petróleo pelo município de Rio das Ostras. Em 2015, o município tinha 61.4% do seu orçamento proveniente de fontes externas (ORDONÊS e ROSA, 2015). O Brasil vivia uma crise econômica e política, houve queda do preço do barril de petróleo no mercado internacional. Em janeiro de 2017, foi decretado estado de calamidade financeira no município através do Decreto Nº 1615/2017 que, entre outras medidas, também previa a suspensão do pagamento de todos os contratos firmados até 31 de dezembro de 2016 (LIMA, 2017), fato que gerou um grande desmonte nas equipes do PSM. As equipes do ambulatório

ampliado ficaram reduzidas, foram extintas as equipes de desinstitucionalização e de SMAB. Restaram poucos psiquiatras dando suporte ao PS, em caráter de sobreaviso que cobria apenas três dias na semana. O CAPS, entretanto, não sofreu redução do número de profissionais com tais cortes, pois praticamente toda a equipe era composta de estatutários, portanto, profissionais com estabilidade.

Essa crise afetou toda a BL. Os nove municípios que compõem a região passam a não conseguir cumprir suas pactuações de ampliação da RAPS em seus territórios, na mesma velocidade com que os hospitais psiquiátricos foram fechando suas portas às internações custeadas pelo SUS. Dentre os regulados para a região da BL e Metropolitana II (METRO II), o último a suspender a oferta de leitos públicos foi a Clínica Ego, em setembro de 2015.

Fatores levantados que poderiam justificar esse quadro tão desfavorável para a saúde mental na BL foram a crise política e econômica, o subfinanciamento crônico do SUS, a queda na arrecadação nos *royalties* do petróleo, a crescente privatização da saúde, a precarização dos vínculos de trabalho, entre outros. É necessário pontuar que nem sempre as negociações do PSM com os níveis mais altos da gestão municipal são exitosas, uma vez que a saúde mental, na maioria dos municípios, não é tida como área prioritária da saúde.

Até junho de 2019, por ocasião da finalização do presente relatório de pesquisa, a região também ainda não contava com Centro de Atenção Psicossocial do tipo III (CAPS III) nem Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e somente um dos municípios da BL (Búzios) possuía leito em Hospital Geral (HG).

Diante dessa realidade, os CAPS tiveram que repensar, rever, reinventar suas práticas no tocante à atenção ao portador de transtorno mental em crise. A equipe do CAPS II-RO, da qual faço parte, apesar de ser experiente, trabalhar junto há bastante tempo, tem vivenciado situações que trazem muita angústia, apreensão, dilemas e impasses.

Durante o primeiro semestre de 2017, ao ser perguntada dentre todos os desafios observados e vivenciados, qual objeto de estudo prioritário ou mister de ser conduzido e trazer contrapartida para o serviço ou a ponta, minha resposta foi: “o atendimento às situações de crise pelos profissionais do CAPS de Rio das Ostras”. A partir de então teve início o redirecionar, refinar de minha questão de pesquisa que culminou com o tema central – **Atenção à crise no CAPS II de Rio das Ostras: desafios e possibilidades.**

Destarte, o Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial (MEPPSO) me proporcionou um espaço de reflexão sobre essa fase desafiadora e me possibilitou a



construção de estratégias de leitura dessa nova realidade vivenciada por nós, da equipe do CAPS. Na condição de pesquisadora, não pude deixar de aproveitar a oportunidade de fazer com que essa equipe fosse ouvida, que pudesse expressar seus sentimentos em relação a todos esses desafios. Eu podia perceber que era como se houvesse um clamor preso na garganta de cada profissional, que sufocava e que ansiava por ser libertado. E eu, naquele momento, tinha as ferramentas para permitir que isso acontecesse.

Embora a motivação inicial para desenvolver a pesquisa em tela fosse melhorar “o atendimento às situações de crise pelos profissionais do CAPS de Rio das Ostras”, em seu decorrer os dados e análise resultaram em um processo histórico de registro da implantação, consolidação e início do desmonte da RAPS de Rio das Ostras em contexto do desmonte a nível nacional, na voz e na experiência dos participantes.

Faz-se necessário observar que não foi uma tarefa fácil ocupar esse lugar de “dentro” e “fora”. Desempenhar ambos os papéis simultaneamente, o de membro da equipe técnica do CAPS e o de pesquisadora, tendo que desenvolver e exercitar um “estranhamento familiar” que a função exige. Esse foi um dos grandes desafios que espero ter conseguido superar.

## **2. DESENHO DO ESTUDO**

O construir do desenho do estudo se deu a partir de sua relevância. Documenta aspectos desafiadores e facilitadores da atenção psicossocial descritos pelos trabalhadores de um CAPS em cidade multicultural na BL do Estado do Rio de Janeiro.

### **2.1 RELEVÂNCIA E JUSTIFICATIVA**

O presente relatório de pesquisa na forma de dissertação é um subsídio para inspirar a discussão de desafios e avanços vivenciados pelos diversos atores nos territórios de tantas culturas e microculturas. Portanto, o foco nos depoimentos de profissionais, é ao mesmo tempo convite para a necessária realização de estudos subsequentes junto a usuários e demais atores do território. Aqui são pontuadas dificuldades, mas também potenciais de atenção à crise em cidade sujeita à instabilidade de insumos e gestões políticas; proporciona visibilidade ao criativo manejo social de adversidades na atenção à crise, construção por equipe de CAPS II à luz da cultura local; e produz subsídios em contrapartida social para

inspirar alternativas de atenção à crise e políticas públicas a nível local, regional, nacional e global.

## 2.2 OBJETIVOS

Pesquisas do MEPPSO / IPUB têm objetivos para além de ampliação do conhecimento. Precisam trazer contrapartida concreta para o serviço e a sociedade. Nesse sentido, os dois objetivos do estudo (Quadro 1) seguem a linha de sua justificativa e relevância.

**Quadro 1: Objetivos Geral e Específicos**

<b>Objetivo geral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar desafios e possibilidades no acolhimento e manejo da crise do paciente portador de transtorno mental grave, que chega ao CAPS II –RO.</li> </ul>
<b>Objetivos específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar voz a equipe do CAPS II-RO sobre desafios, possibilidades e estratégias no atender na crise; e</li> <li>• Discutir desafios, possibilidades e estratégias no atender na crise.</li> </ul>

**Desfecho primário:** Produção de subsídios para inspirar propostas de resolução de desafios baseados na experiência de profissionais, atuantes no CAPS II-RO.

## 2.3 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo seguiu as recomendações da Resolução 466 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sobre Pesquisa com Seres Humanos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) para participação no estudo foi lido, explicado verbalmente aos potenciais participantes e assinado em duas vias sendo uma para o participante que concordou em participar da pesquisa e a outra para o pesquisador. O processo de submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IPUB (CEP / IPUB) sob o parecer nº 2.548.776 de 18 de março de 2018, junto a Plataforma Brasil (PB),

base nacional e unificada de registros de pesquisa envolvendo Seres Humanos para todo sistema de CEP/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

A instituição proponente foi o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB / UFRJ) (APÊNDICE C). O cenário de pesquisa foi o CAPS II-RO, com anuência declarada e assinada pela Subsecretaria de Atenção Básica de Rio das Ostras (APÊNDICE B).

Os participantes foram gestores e técnicos do CAPS II-RO recrutados após receberem informações sobre o projeto durante reunião ordinária, semanal, que ocorria com toda a equipe técnica atuante no dispositivo em questão. Suas identidades foram resguardadas e todos os nomes foram modificados. Foi tomada decisão pela não inclusão do pessoal de apoio: motorista, guarda municipal, auxiliares administrativos, cozinheira, ajudante de cozinheiro e auxiliares de serviços gerais. No momento de realização da pesquisa, estes profissionais, além de não participarem das reuniões semanais de equipe - por opção deles próprios - não estavam diretamente ligados na atenção à crise dos pacientes do CAPS. Todos os participantes convidados a participar da pesquisa aceitaram a proposta.

## 2.4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo tomou por base a Lei 8.080 e os princípios do SUS de universalização, equidade, integralidade, descentralização e participação popular e o Decreto N° 7.508 que a regulamenta; a legislação relativa às políticas públicas de saúde mental, sobretudo a Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; e a Portaria 3088 do Ministério da Saúde que institui a RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 1990; 2001; 2011). Apresenta dados estatísticos do IBGE, DATASUS, MS, da SES-RJ, à luz da literatura especializada referente à luta antimanicomial, à Reforma Psiquiátrica e atenção à crise / urgências em Saúde Mental.

Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, com observação participante. O método selecionado para orientar o estudo foi a Etnografia. De origem na antropologia, a Etnografia conta com características, pressupostos, critérios e etapas em contexto

sociocultural das pessoas, apresentados de forma esquemática no Quadro 2, caracterizando seu alinhamento com o objeto e objetivos estudados.

**Quadro 2: Etnografia - Características, Pressupostos, Critérios e Etapas**

<b>ETNOGRAFIA</b>	
<b>Características:</b>	<b>Critérios:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambiente natural como fonte de dados</li> <li>• Pesquisador como principal instrumento</li> <li>• Dados descritivos (detalhados)</li> <li>• Preocupação com o processo (e não com o resultado)</li> <li>• Perspectiva do participante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flexibilidade</li> <li>• Contato pessoal</li> <li>• Imersão no campo</li> <li>• Múltipla / variação na coleta de dados.</li> </ul>
<b>Pressupostos:</b>	<b>Etapas:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamento humano é influenciado pelo contexto sociocultural.</li> <li>• Entender o quadro referencial no qual indivíduos interpretam pensamentos, sentimento e ações.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploração: definição de problemas, escolha do local, contatos para imersão, observações.</li> <li>• Decisão: busca sistemática de dados para compreender e interpretar o problema.</li> <li>• Descoberta: explicação da realidade, desenvolvimento de teoria.</li> </ul>

Trata-se de um método que envolve o pesquisador - em um contexto sociocultural, particular, único, como Rio das Ostras. Na etnografia é sempre procurada a totalidade de variações manifestas numa ação, fato, fenômeno, ou situação na qual se está interessado conhecer (MATTOS, 2011), como a atenção a crise no CAPS II-RO.

Dessa forma, a pesquisa Etnográfica demandou da pesquisadora participação:

- na vida diária / cotidiano das pessoas,
- por um período de tempo (mais) longo,
- observando e vivenciando o que acontecia,
- com escuta ativa do que foi dito e
- fazendo perguntas.

Em especial:

- coletando o máximo de dados de diferentes fontes,
- conhecendo o sentido do universo cultural do fenômeno em sua rotina diária

Em acordo com as recomendações de HAMMERSLEY & ATKINSON (2007) e TEDLOCK (1999).

Foram utilizadas três técnicas de coleta / produção dos dados: entrevista etnográfica, observação e diário de campo. O instrumento utilizado foi um roteiro de perguntas com duas seções, uma estruturada e uma semiestruturada (APÊNDICE D). O tratamento e análise dos dados foram desenvolvidos utilizando elementos do preparo de documentos e a codificação recomendados em Stauss e Corbin (2008).

Os critérios adotados na seleção de participantes foram de:

- **Inclusão:**

Ser gestor ou técnico do quadro de profissionais do CAPS II-RO e ter concluído ensino médio ou superior.

- **Exclusão:**

Ter começado a trabalhar no CAPS II-RO a partir de setembro de 2015, após fechamento do hospital psiquiátrico.

Após assinatura do TCLE foram realizadas 12 entrevistas semiestruturadas no período compreendido entre 26 de março a 21 de maio de 2018, com gravação em equipamento de áudio digital. Todos os técnicos do dispositivo que preencheram os critérios de inclusão aceitaram participar do estudo. Os depoimentos gravados foram transcritos verbatim, seguidos da conferência de fidelidade, copidesque e leitura final.

No transcorrer e após término das gravações, as entrevistas foram transcritas, formatadas como documentos do Word®. Em seguida foram tratadas com formatação de cabeçalhos codificados e inclusão de numeração contínua das linhas de sua forma textual.

Na sequência, deu-se início à análise e codificação preliminar. Na abordagem qualitativa, o intenso processo de codificação aberta permitiu desvelar experiências, impressões, marcas contidas no conteúdo dos depoimentos. Como em Strauss e Corbin,

A codificação que mais consome tempo, sempre é a que dá melhor resultado. Fazer codificação linha por linha é especialmente importante no começo de um estudo,

pois permite ao analista gerar categorias rapidamente e desenvolver essas categorias por meio de amostragem adicional ao longo de dimensões das propriedades gerais de uma categoria.” (STRAUSS E CORBIN, 2008, p.119).

A partir da listagem dos códigos livres, foi realizado agrupamento por comparação e contraste, resultando na codificação axial, com subcategorias e categorias. Na codificação axial, como em Dantas, o objetivo foi

Reorganizar os códigos, em nível maior de abstração. Assim, novas combinações são novamente estabelecidas de modo a formar as subcategorias que, por sua vez, serão organizadas compondo categorias de tal forma que se inicia o delineamento de conexões, primando por explicações precisas dos fatos da cena social. (DANTAS et al., 2009, p.633).

Para cada participante foi atribuído um número de acordo com a ordem cronológica de realização das entrevistas e uma cor para facilitar identificação de conteúdo. O Quadro 3 traz a representação esquemática dos números dos participantes e respectivas cores.

**Quadro 3 - Código de Cores**

PARTICIPANTE	COR	PARTICIPANTE	COR
1	CINZA ESCURO (CE)	7	CINZA CLARO (CC)
2	ROXO (R)	8	VERMELHO (V)
3	AZUL CLARO (AC)	9	AZUL ESCURO (AE)
4	ROSA PINK (RP)	10	VERDE ESCURO (VE)
5	MARROM ESCURO (ME)	11	MARROM CLARO (MC)
6	VERDE CLARO (VC)	12	LARANJA (L)

Todos os custos no orçamento e financiamento para realização da pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora, sem obtenção de recursos externos. A pesquisa foi com

ônus limitado para a instituição pesquisada e seus participantes estavam autorizados a conceder entrevista no local de trabalho, em horário de serviço, conforme carta de autorização institucional.

### **3. UM OLHAR SOBRE A LOUCURA**

A loucura está presente em todas as sociedades humanas. Contudo, as abordagens e os olhares sobre ela variam de acordo com os costumes locais e a época em que se manifesta. Os homens, desde a Antiguidade, procuraram entender a loucura através dos mais variados meios como a filosofia, a religião e a medicina (ALVES e SCHECHTMAN, 2014).

#### **3.1 BREVE HISTÓRICO DA LOUCURA**

Ao fazer uma breve análise do histórico do tratamento dispensado aos portadores de transtornos mentais, os ditos loucos, em partes do globo e no Brasil, é possível chegar ao panorama de como surgiu o conceito de Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e de como o campo da saúde mental se encontra estruturado ao final da primeira década do século XXI.

Na Europa, durante a Idade Média, havia a “Nau dos Loucos”, embarcação que navegava com os doentes mentais, sem destino certo (ALVES e SCHECHTMAN, 2014). Nos séculos que se seguiram foram criadas grandes instituições de confinamento para onde eram mandados os ‘desajustados’ sociais - incluindo os loucos - que causavam problemas às suas famílias e à comunidade (FOUCAULT, 1978).

Com a revolução Francesa (1789) surge o lema de igualdade entre todos os cidadãos e a sociedade, antes dominada pelo poder irrestrito do rei, passa a ser regida pelo contrato social. Diante dessa nova perspectiva, o destino dos loucos foi questionado (CASTEL, 1978).

Nesse contexto de profundas modificações sociais, o médico francês Philippe Pinel separa os loucos dos demais desajustados sociais e os envia para o asilo de alienados, nascendo então uma nova especialidade médica: a psiquiatria. A partir daí o louco passa a ser doente mental demandando cuidados centrados no médico, e o asilo psiquiátrico, lugar de isolamento, passa a ser campo de estudo para novas patologias e novas entidades nosológicas. Também nessa época (1838), surge na França, a primeira lei específica de saúde mental que trazia como princípios básicos a noção de periculosidade social e a necessidade do isolamento do louco (ALVES, SCHECHTMAN, 2014).

No início do século XX, Emil Kraepelin (1856-1926), psiquiatra alemão, cria um sistema classificatório das doenças mentais, que teriam como principais causas um componente biológico e genético (BERCHERIE, 1989). Ainda na primeira metade do século XX, surgem algumas terapias físicas na Europa: coma insulínico, eletroconvulsoterapia, lobotomia, entre outras (ALVES, SCHECHTMAN, 2014).

Após os horrores impostos pela Segunda Guerra Mundial, as democracias ocidentais começaram a repensar as práticas exercidas com as pessoas confinadas em hospitais psiquiátricos e asilos, agora com um olhar mais voltado para os direitos humanos. (ALVES, SCHECHTMAN, 2014). Nesse sentido, destacamos os estudos sociológicos de Erving Goffman (1922-1982), nos Estados Unidos, acerca das instituições totais e dos doentes mentais marcados pelo estigma e pelo preconceito (GOFFMAN, 1980).

Destacados também os movimentos ocorridos na Inglaterra - como a experiência de Maxwell Jones, no final dos anos 40, com as comunidades terapêuticas onde são questionadas as relações de poder até então estabelecidas; a Antipsiquiatria, nos anos 60, que põe em xeque o poder médico psiquiátrico assim como as fronteiras da sanidade; e surgida na França, a Psiquiatria de Setor, que seria o embrião das políticas de cuidado no território (ALVES, SCHECHTMAN, 2014).

Caplan (1980), na perspectiva da medicina preventiva, também já apontava que a atenção à doença mental deveria extrapolar os muros do hospital. Os serviços de base comunitária deveriam incluir, além do tratamento da doença mental – onde as crises, já pressupõem uma desorganização em oposição ao equilíbrio - também a profilaxia, diagnósticos precoces e reabilitação social.

Na Itália, Franco Basaglia (1985), psiquiatra italiano que fundou o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, pôs em prática a proposta de extinção dos manicômios através de suas experiências em Gorizia e Trieste.

#### De acordo com Fialho

Para Basaglia, a psiquiatria sempre exerceu um saber/poder sobre a loucura através de uma relação de opressão e violência ao distanciar o louco do seu convívio social. Dessa forma, compreendia que as condições de medicalização da loucura estavam fundadas na caracterização do louco como marginal, doente e perigoso, justificando a sua exclusão social através do enclausuramento em instituições sob o domínio médico. (FIALHO, 2014, p.22).



A proposta de Basaglia, segundo Amarante (2003), é colocar a doença mental entre parênteses, ou seja, não ocupar-se dela como conceito e construção psiquiátricos, mas sim ocupar-se de tudo o que se refere ao sujeito em sua existência.

A partir dos anos 80, todas essas experiências ocorridas na Europa e nos Estados Unidos passaram a influir nas iniciativas que objetivavam modificar a assistência psiquiátrica no Brasil (AMARANTE, 2011), que será aqui abordada mais adiante. Entretanto, antes se faz necessário fazer menção à Declaração de Caracas.

Em 1990, sob o patrocínio da Organização Pan-Americana de Saúde, foi realizada a Conferência Regional de Caracas que gerou a Declaração de Caracas. Esse documento serviu de base para as iniciativas de reestruturação da atenção à saúde mental no continente. (ALVES, SCHECHTMAN, 2014).

De acordo com Dal Poz, Lima e Perazzi

A chamada Declaração de Caracas foi proclamada, em novembro de 1990, pela Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), convocada pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1990). Esta conferência, cuja influência ideológica se estendeu por toda a América Latina e Caribe, asseverou: “A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva (WHO, 1990)”. E ainda: “A reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação dos serviços (OMS, 1990).” (DAL POZ; LIMA; PERAZZI, 2012, p.626).

Ainda segundo esses autores

A Declaração de Caracas forneceu a justificativa ideológica e suas recomendações estimularam a discussão de alternativas técnicas no cuidado ao doente mental. Na realidade, a declaração aglutinou e deu força, organicidade e sustentação institucional, sob a chancela das organizações internacionais, aos movimentos reformistas do continente. (DAL POZ; LIMA; PERAZZI, 2012, p.626).

No Brasil, desde a época colonial até os anos 80, o número de internações em hospitais psiquiátricos era bastante elevado. A seguir é apresentado um breve histórico do tratamento dispensado aos portadores de transtornos mentais no contexto cultural brasileiro.

### 3.2 A PSIQUIATRIA NO BRASIL

No período colonial brasileiro (séculos XVI a XIX), caracterizado pela dispersão territorial, os loucos que perturbavam a ordem pública eram encarcerados nas Santas Casas de Misericórdia (MACHADO, 1978).

No século XIX, com a proclamação da independência e a vinda da família real portuguesa para o Brasil (1808) há expansão dos centros urbanos e a criação de cursos superiores, como o de medicina. Assim, os médicos vindos das metrópoles ou os que aqui se formavam, começaram a questionar o destino reservado aos loucos. Propuseram então a criação de instituições especializadas sob o comando do crescente poder médico. Desse modo, foi criado um hospício na capital federal, Rio de Janeiro – o Hospital Pedro II - pelo então imperador Dom Pedro II. A partir daí, houve expansão também desses hospitais na capital como nos bairros Engenho de Dentro e Ilha do Governador assim como nos principais estados do país (ALVES, SCHECHTMAN, 2014).

Em 1903 surge a primeira lei nacional de assistência aos doentes mentais – o Decreto nº 1.132 - com a intenção de unificar a assistência psiquiátrica no país. Esse decreto determina que o indivíduo portador de moléstia mental seja recolhido num asilo próprio para alienados em detrimento do recolhimento em prisões, institui a curatela e dá poderes aos médicos como a presunção da incapacidade desses indivíduos (BRASIL, 1903).

É ainda nesse período que o médico baiano Juliano Moreira propicia a inclusão de iniciativas inovadoras como a assistência heterofamiliar e a terapia laboral que, no entanto, ainda coexistiam com terapias físicas do tipo contenção, duchas frias e outras, utilizadas também como punição (PORTOCARRERO, 2002).

Nessas primeiras décadas do século XX, tanto na Europa como no Brasil, surgiram conceitos como a degenerescência, que influíram diretamente na eclosão do chamado higienismo preventivista (COSTA, 2007). Com isso, o olhar do médico psiquiatra passou a alcançar as populações ditas “degeneradas”.

Até o fim da década de 70, o que prevaleceu no Brasil em relação à assistência psiquiátrica foi o abandono. Durante essa década, houve intensa privatização da assistência médica e a multiplicação dos hospitais psiquiátricos, filantrópicos e privados, financiados com recursos da previdência social e contratados pelo setor público. Os postos de assistência médica, os Postos de Assistência Médica (PAMs) psiquiátricos, eram destinados apenas aos segurados da previdência social. Com o fim da fase do milagre econômico a previdência social entrou em crise financeira (ALVES, SCHECHTMAN, 2014).

De acordo com Alves, Costa e Silva,

Até o final da década de 1950 a assistência psiquiátrica no Brasil estava organizada em torno de grandes asilos psiquiátricos públicos, superlotados, com péssima infraestrutura e com os pacientes submetidos a maus tratos. Nas décadas de 1960 e 1970 a massificação da cobertura pelo regime autoritário privilegiou a contratação de leitos em hospitais privados pelo setor público, que aumentaram em número rapidamente. (...) Apesar de algumas tentativas de reorganização ao longo da década e do desenvolvimento de algumas experiências pioneiras de desinstitucionalização, chega-se ao final dos anos 1980 com um padrão de assistência sustentado pelas internações em hospitais psiquiátricos em larga escala. (ALVES; COSTA; SILVA, 2012).

Pode-se observar que, o dominante na década de 80 era a superlotação dos grandes manicômios, situação agravada pela massificação imposta pelo regime autoritário.

### 3.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Como apontado anteriormente, a partir dos anos 80 os ventos das experiências na área da saúde mental que vinham ocorrendo nos Estados Unidos e Europa, sobretudo a experiência italiana de Franco Basaglia, começaram a soprar no Brasil inspirando iniciativas que iriam modificar profundamente a assistência psiquiátrica no país.

#### **3.3.1 Principais avanços na legislação na área da saúde mental**

A reforma psiquiátrica não é uma particularidade brasileira. Ela ocorre também a nível global, ainda que em diferentes graus de intensidade (WHO, 2015). Em 1978 foi realizada a Conferência de Alma-Ata - na época, cidade pertencente à União Soviética - onde várias nações discutiram uma forma de se fazer saúde baseada na atenção primária à saúde (APS). Desta conferência saiu a Declaração de Alma-Ata que defendia a 'promoção de saúde' como prioridade na atenção à saúde. Ideias contidas nesse documento trouxeram influências ao texto da constituição brasileira, na década seguinte (BORGES, FONSECA E MACHADO, 2014).

Segundo Luz (2000) no início da década de 80, com a abertura política no Brasil e o começo do processo de redemocratização, surgiram movimentos sociais que questionavam as políticas públicas implantadas no país pela ditadura militar (1964-1985) e lutavam pela garantia de direitos. O conjunto dessas forças pressionou a Assembleia Nacional Constituinte,

instalada em 1987, a considerar a saúde como um direito de cidadania e não um benefício trabalhista.

Desse modo, o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado. Em 1990, então, a Lei Orgânica da Saúde regulamenta o SUS, que diz em seu artigo 2º que a saúde é um direito fundamental do ser humano devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e assegura acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990). Na verdade, a publicação da Lei 8080 significou a maior conquista do movimento da Reforma Sanitária, iniciada no Brasil nos anos 70 (BORGES, FONSECA e MACHADO, 2014).

Como consequência desse conjunto de leis, o financiamento da saúde passa a ser responsabilidade dos três entes federativos: união, estados e municípios e o sistema de saúde passa a ser único, público, universal e integral.

Apesar de todos esses avanços na legislação, no final dos anos 80 o quadro da assistência psiquiátrica ainda era desolador. Os leitos do SUS em hospitais psiquiátricos representavam 20% do total. O procedimento de internação psiquiátrica era o segundo mais frequente, superado apenas pelo parto normal e o tempo médio de permanência das pessoas era mais de cem dias (ALVES et al., 1992).

No entanto, também data do final dos anos 80 fatos e iniciativas importantes que apontavam para uma modificação nesse quadro e superação do modelo dominante. Em 1987 é implantado o primeiro CAPS do Brasil, na cidade de São Paulo; ocorre a I Conferência de Saúde Mental, no Rio de Janeiro e o II Encontro do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental em Baurú-SP, cujo tema foi “Por uma sociedade sem manicômios”. Nesse encontro nasce o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial no Brasil, que inclui definitivamente os usuários e seus familiares no processo a reforma psiquiátrica (SOALHEIRO, 2012).

O documento técnico final do Seminário Internacional de Saúde Mental (Fiocruz, 2015) aponta que o desenvolvimento do processo de reforma psiquiátrica realizado no Brasil

Se dá a partir de três elementos, dos quais o primeiro diz respeito aos movimentos sociais (com suas posições de questionamento do saber psiquiátrico e suas práticas, além da reivindicação dos direitos dos “doentes mentais”), as políticas nacionais (e sua correlata rede assistencial alternativa aos hospitais psiquiátricos) e as legislações que garantem a promoção do novo modelo, reivindicando a autonomia e cidadania do louco. Assim, possui como eixo principal a transformação do modelo, por meio da mudança entre propostas assistenciais de cunho hospitalocêntrico, de caráter asilar e com graves violações de direitos, para uma rede de serviços comunitários,

com foco na produção de autonomia e cidadania de seus usuários. (FIOCRUZ. FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN, 2015, p.13).

Como já foi dito anteriormente, em 1990 a Declaração de Caracas, que teve o Brasil como signatário, destaca-se como um documento de grande peso para a formulação da política de saúde mental (ALVES, SCHECHTMAN, 2014). Datam desse período três portarias importantes: a portaria SNAS/MS nº 189/1991 referente ao financiamento de serviços abertos de saúde mental, a portaria SNAS/MS nº 224/1992 que estabelece o recadastramento e normas mínimas de funcionamento para todos os serviços de saúde mental, e a portaria nº 106/2000 que regulamenta os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e garante a assistência no território aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional (BRASIL, 2004).

Segundo Alves, Costa e Silva,

No biênio 1991-1992, o Executivo federal, através de atos normativos, definiu as condições para o desenvolvimento da rede comunitária em saúde mental em todo o país. A implantação dos centros de atenção psicossocial (CAPS) foi ativamente estimulada por meio de repasses financeiros do governo central para Estados e, principalmente, para os Municípios, que detêm a gestão direta dos novos dispositivos da Reforma Psiquiátrica no Brasil. (ALVES; COSTA; SILVA, 2012).

Assim, nos anos 90 o movimento pela reforma psiquiátrica vai se firmando e as novas formas de cuidado em saúde mental vão se consolidando como política pública nacional.

De acordo com documento do Ministério da Saúde,

É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2001, p.8).

Com a publicação da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e explicita que a internação em hospital psiquiátrico será sempre o último recurso, a Política Nacional de Saúde Mental passa a preconizar a expansão da rede de cuidados extra-hospitalares e a redução progressiva de internações de longa permanência (BRASIL, 2001). Essa lei, em seu artigo 5º, também determina que o paciente a longo tempo hospitalizado será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. Publicação alinhada ao movimento global,

quando 2001 foi eleito pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o ano da saúde mental cujo lema era “cuidar sim, excluir não”.

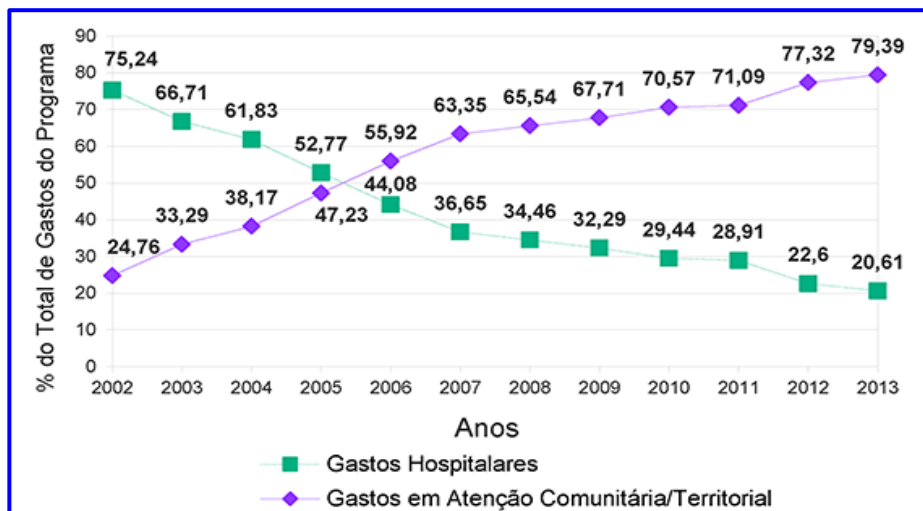
De acordo com Lancetti,

Depois de mais de 10 anos de debates e tramitação no Congresso Nacional, em 2001 foi promulgada a lei 10.216 que, embora muitas vezes nos dias de hoje seja evocada pela sua excepcionalidade, isto é, pelas internações involuntárias e compulsórias, afirma como conceito fundamental o direito de cidadania das pessoas com sofrimentos mentais, reformula o modelo assistencial e o modo de produzir saúde mental. (LANCETTI, 2014, apud ZEFERINO, 2014, p.90).

Em 2002, o MS publicou a portaria GM/MS nº 251/2002, que regulamenta a remuneração e o funcionamento dos hospitais psiquiátricos subordinando os mesmos à avaliação do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH), contribuindo desse modo para a redução do número de leitos nos grandes hospitais.

Na figura 1 é possível observar a inversão que ocorreu em relação aos gastos hospitalares e os gastos relacionados à atenção comunitária no período compreendido entre 2001 e 2013.

**Figura 1: Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/territorial (Brasil, dez/2001 a dez/2013).**



Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/MS), DATASUS/MS e Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

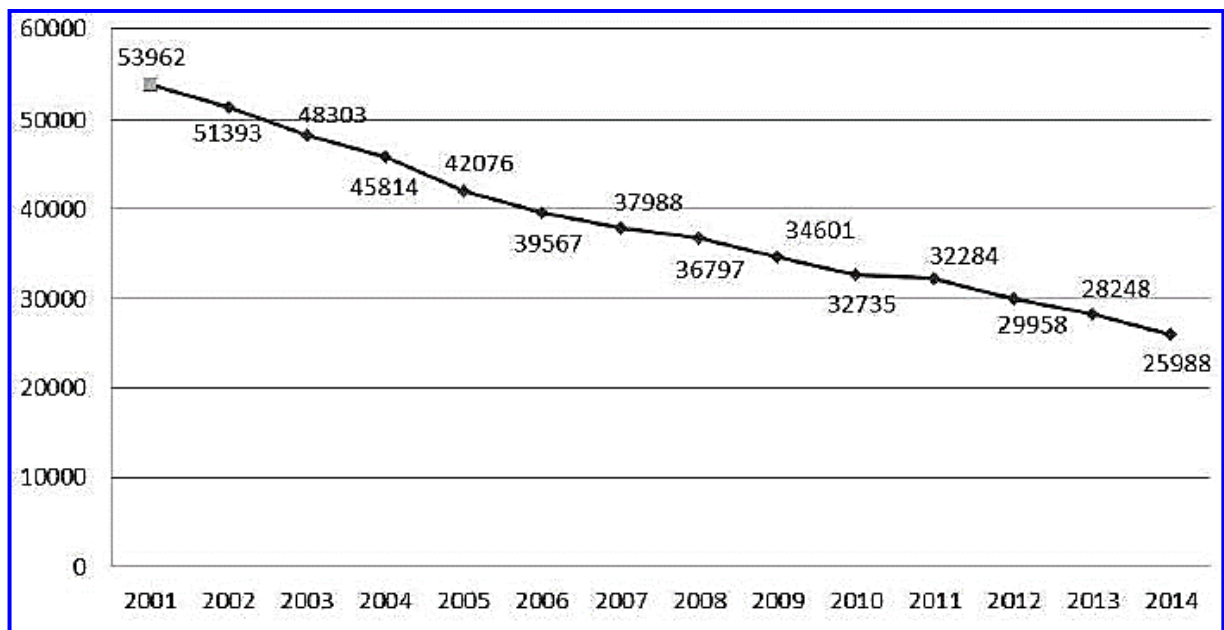
Também data do ano de 2002 a Portaria GM/MS nº 336 que regulamenta o funcionamento dos CAPS e os tipifica de acordo com as seguintes modalidades: CAPS I, II

III, CAPS Infante-Juvenil II (CAPS i-II) e CAPS ad II (BRASIL, 2004). Através do Fundo de Ações Estratégicas (FAEC), os recursos passam a ser transferidos diretamente da União para os municípios, para uso exclusivo no desenvolvimento das ações nos dispositivos de saúde mental, o que foi um grande avanço (GARCIA, 2011).

Em 2004 a Portaria GM/MS nº 52/04 estabelece o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH) que promove a redução progressiva e pactuada dos leitos hospitalares psiquiátricos, sobretudo os de maior porte. Propõe-se então, uma transição que deveria ser segura e planejada do modelo hospitalocêntrico para o modelo comunitário de atenção em saúde mental (BRASIL, 2010).

A figura 2 apresenta linha indicativa de como se deu a redução progressiva dos leitos psiquiátricos entre 2001 e 2014

**Figura 2: Redução progressiva dos leitos psiquiátricos**



Fonte: FIOCRUZ. FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN. Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final. Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde, 2015. p.32.

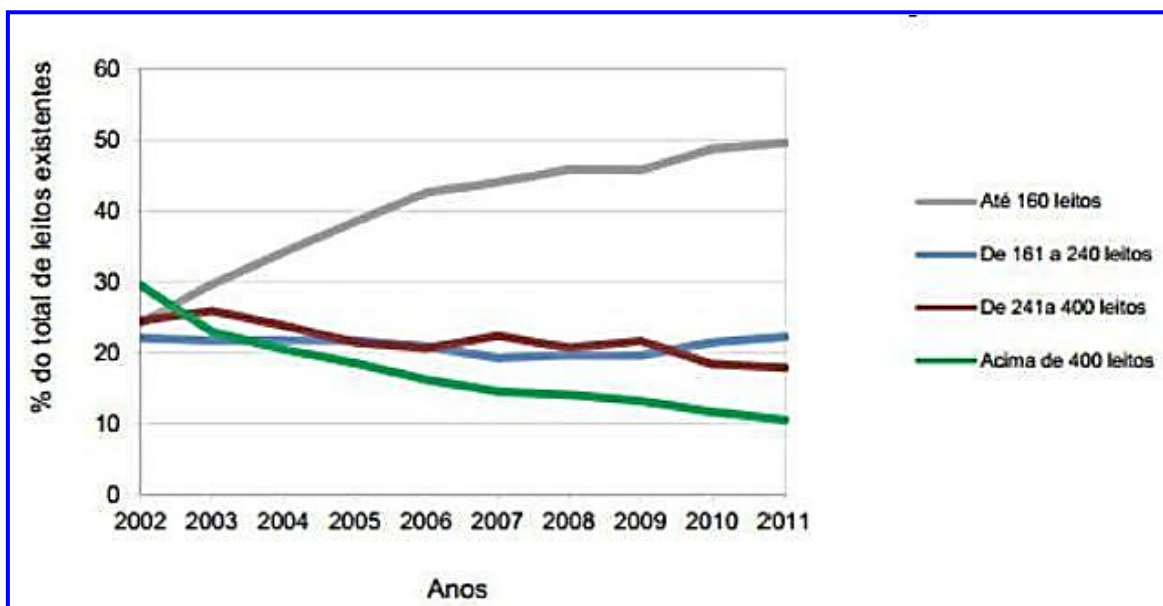
Segundo o documento técnico final do Seminário Internacional de Saúde Mental,

A partir de 2004, uma nova sistemática é introduzida, a partir de pactuação com o Conselho Nacional de Saúde, através da qual ficava assegurado que os recursos financeiros correspondentes ao pagamento de leitos pelo SUS seriam reinvestidos, pelos municípios implicados, na rede comunitária de saúde mental. A mesma

pactuação introduzia um mecanismo de redução gradual de leitos, por módulos assistenciais (unidades de 40 leitos), definidos entre o gestor local do SUS e o hospital contratado, assegurando-se uma remuneração progressivamente maior para leitos em hospitais progressivamente menores. Este mecanismo assegurou, ao longo dos anos seguintes, não apenas uma mudança do perfil dos hospitais (que se tornaram cada vez de menor porte, e com número menor de pacientes de longa permanência), mas, principalmente, um ritmo seguro e gradual para a redução de leitos. (FIOCRUZ. FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN, 2015, p.34)

Esta mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos, no âmbito do processo de redução do total de leitos pode ser verificada nos dados apresentados na figura 3.

**Figura 3: Mudança do perfil e porte dos hospitais psiquiátricos**



Fonte: FIOCRUZ. FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN. Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final. Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde, 2015.p.33

Também a promulgação da Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que implantou o PVC concorreu para esse aumento, por tratar-se de um Programa destinando recursos para aqueles pacientes longamente institucionalizados, que foram desospitalizados e retornaram ao seu município de origem (BRASIL, 2003).

Em 2010 é realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, cujos objetivos foram traçar estratégias de políticas públicas para a saúde mental; consolidar a rede de base comunitária; fortalecer os movimentos sociais, lançando agora um olhar sobre a intersetorialidade (BRASIL, 2011). Assim,



A reforma psiquiátrica não é um processo histórico homogêneo em todo o seu desenvolvimento, podendo ser identificados períodos distintos. Nos anos 1980, a crítica dos asilos e experiências de reforma institucional acompanharam o processo de redemocratização do país e construção do SUS. Nos anos 1990, uma intensa mobilização social trouxe ao protagonismo os usuários de serviços, trabalhadores de saúde mental do setor público e estudantes do campo da saúde mental, em torno do debate decisivo sobre os rumos da psiquiatria pública, que resultaram na aprovação da lei Paulo Delgado, em 2001. Nos anos 2000, o esforço da política foi de expandir as fronteiras do atendimento, reduzindo dramaticamente os leitos em hospitais psiquiátricos convencionais e implantando uma extensa rede de atenção comunitária. (FIOCRUZ. FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN, 2015, p.68).

Em 28 de junho de 2011, o Decreto Federal nº 7508, entre outras providências que regulamentam a Lei nº8080 do SUS, institui as Regiões de Saúde (RS) e as Redes de Atenção à Saúde (RAS) que estão assim definidas:

Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. [...] Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011 b, p.1-2).

Em decorrência desse decreto, no final de 2011 é publicada a Portaria nº 3088, republicada em 21 de maio de 2013, que institui a RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011 c).

Em 30 de dezembro do mesmo ano, 2011, também é publicada a Portaria nº 3089 que dispõe sobre o financiamento dos CAPS, no âmbito da RAPS, e institui novos valores fixos de custeio para esses dispositivos, a serem incorporados ao limite financeiro de média e alta complexidade (MAC) dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 2011d).

Em seguida foram sendo publicadas novas portarias que regulamentavam e instituíam o financiamento de outros componentes da RAPS. Retornaremos à RAPS mais adiante, em capítulo específico.

### 3.4 REFORMA PSIQUIÁTRICA AMEAÇADA?

Desde a publicação da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2001), houve grande avanço na reforma psiquiátrica e na luta por uma sociedade sem manicômios. Observamos a

diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos e o concomitante crescimento do número de serviços substitutivos de cuidado com base territorial.

De acordo com o Boletim de Saúde Mental nº 01 da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) de 2018

A Reforma Psiquiátrica brasileira se consolidou em meio a esse processo, e não foi apenas uma mudança administrativa, restrita a mudanças legislativas, de procedimentos e de políticas de cuidado e tratamento. Mas foi, essencialmente, um processo complexo e combinado, onde novos protagonismos sociais surgiram, centenas e centenas de associações, frentes, movimentos, coletivos, redes, empreendimentos econômicos solidários e organizações de usuários, familiares, trabalhadores e ativistas de direitos humanos que surgiram e se fortaleceram (ABRASME, 2018. p.7).

A partir de meados de 2014 começa a se desenhar uma crise econômica no Brasil com reflexos políticos e sociais importantes. Segundo esse mesmo boletim

[...] a regressividade dos Direitos Econômicos e Sociais torna-se a tônica do país, a partir da crise no regime aberto [...] Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, que foi progressivamente construída em mais de três décadas, passando por diversos governos de matrizes ideológicas diversas, vem sendo questionada em seu âmago, na premissa de que o cuidado, o tratamento, é em liberdade (sendo a internação apenas um dispositivo num Projeto Terapêutico Singular) e centrado na reabilitação psicossocial (processo permanente de ampliação da contratualidade social dos usuários e usuárias). A construção de uma política pública de saúde mental, álcool e outras drogas que promove os direitos humanos e em que os usuários e usuárias são parte integrante de sua gênese, não pode conviver num cenário geral de regressividade dos direitos econômicos e sociais. (ABRASME, 2018. p.7-8).

Em 31 de agosto de 2017, é apresentado na 8ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – formada por representantes do Ministério da Saúde, dos Estados (CONASS) e Municípios (CONASEMS) - pela Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, o Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental e uma nova proposta para a Política de Saúde Mental incluindo no nível secundário de complexidade o serviço de Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental (AMENT), funcionamento em unidade própria ou em Ambulatório Especializados já existentes e o CAPS AD R ou CAPS AD IV (localizado na “cena de uso” de drogas); no nível terciário inclui os hospitais psiquiátricos e dá ênfase às Comunidades Terapêuticas (CT) como um dos Serviços com Fins à Saúde componente de programa prioritário (Álcool e Drogas e Prevenção ao Suicídio) (BRASIL, 2017).

Essa nova proposta, ilustrada na figura 4, é apresentada de forma esquemática, mostrando os serviços de acordo com o nível de complexidade

**Figura 4: Política de Saúde Mental – Níveis de complexidade / serviços**

**1- NÍVEIS DE COMPLEXIDADE / SERVIÇOS**

**A)- Nível Primário:**  
 1- Unidade Básica de Saúde

**B)- Nível Secundário:**  
 1- Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental (AMENT)  
 2- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)  
 3- Serviços de Urgência e Emergência

**C)- Nível Terciário:**  
 1- Hospitais Gerais  
 2- Hospitais Psiquiátricos Especializados

**D)- Serviços com Fins à Saúde:**  
 1- Unidade de Acolhimento (UA)  
 2- Serviço Residencial Terapêutico (SRT)  
 3- Comunidade Terapêutica

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Fonte: Ministério da Saúde- <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf>>.

Em 22 de dezembro de 2017 é publicada a Resolução CIT nº 32 que estabelece as diretrizes para o fortalecimento da RAPS (BRASIL, 2017b). Essa resolução, baseada na proposta apresentada pela Coordenação Nacional de Saúde Mental em agosto do mesmo ano e na pactuação ocorrida na CIT no dia 14 de dezembro, propõem, entre outras coisas, reajustar o valor de diárias para internação em hospitais especializados; fortalecer a parceria e o apoio intersetorial entre outros Ministérios em relação às Comunidades Terapêuticas e inclui Equipe

Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental e Hospitais Psiquiátricos Especializados entre os componentes da RAPS.

No mesmo dia também são publicadas a Portaria nº 3.588 (BRASIL, 2017c), que torna oficial a nova Política de Saúde Mental e a Portaria Interministerial nº 2 (BRASIL, 2017d), que cria um comitê gestor interministerial para elaborar edital para credenciamento das comunidades terapêuticas.

Como observado na apresentação do Boletim de Saúde Mental 01 da ABRASME de 2018,

No dia 22 de dezembro de 2017, última sexta antes do Natal, no encerramento do ano e no meio do recesso legislativo e do judiciário, o Ministério da Saúde publicou a Resolução 32 e a Portaria nº 3588 que oficializa as medidas que desconfiguram a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), e, em conjunto com o Ministério do Trabalho, Ministério do Desenvolvimento Social e Ministério da Justiça, publicaram a Portaria Interministerial nº 02, que em 45 dias vai apresentar um Plano de Trabalho para as políticas de drogas (ABRASME, 2018, p.5).

Por fim, em 04 de fevereiro de 2019 é divulgada pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde a Nota Técnica 11/2019 com objetivo de prestar esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. De acordo com essa Nota Técnica,

A RAPS foi ampliada e passa a contar com hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia, unidades ambulatoriais e CAPS IV AD, além dos antigos serviços já existentes, com o objetivo de ofertar uma variedade de cuidados, que possam dar conta das diferentes necessidades dos pacientes e seus familiares (BRASIL, 2019b).

Ainda de acordo com a Nota “O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza”, “a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos” (BRASIL, 2019b), ou seja, é interrompido o processo de substituição gradativa dos leitos em hospitais psiquiátricos por serviços comunitários. Outros pontos importantes abordados foram: a ênfase dada aos métodos biológicos de tratamento como a eletroconvulsoterapia (ECT); as enfermarias como Unidades Psiquiátricas Especializadas em hospitais gerais, agora com um mínimo de oito e um máximo de 30 leitos; os CAPS IV AD implantados nas regiões de “cracolândias”; a inclusão na RAPS dos ambulatórios multiprofissionais de Saúde Mental; o alinhamento da nova política de Saúde Mental com a

atual Política Nacional sobre Drogas (Resolução CONAD 01/2018), que preconiza que os programas, projetos e ações no contexto da política nacional sobre drogas devem considerar, entre outras ações, a promoção da abstinência (BRASIL, 2018).

A partir de 2019, a política nacional sobre drogas passa a ser de competência da nova Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, do Ministério da Cidadania, conforme a medida provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019 (BRASIL, 2019).

De acordo com Delgado,

Com todas as marchas e contramarchas de um processo complexo, que envolve gestão pública, mobilização social e mudança cultural, a reforma da atenção em saúde mental no Brasil apresentava uma linha relativamente firme e contínua de progresso, desde a década de 1980. É a primeira vez, em cerca de 35 anos, que visivelmente marchamos para trás. (DELGADO, 2019, p.1).

Os ventos do retrocesso que passaram a soprar a partir da divulgação da Nova Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas também trouxeram protestos por parte de vários segmentos da sociedade contra o desmonte da Reforma Psiquiátrica no país e em defesa da cidadania, dos princípios democráticos e de uma sociedade sem manicômios.

Assim, diante dessa nova direção na Política Nacional de Saúde Mental, a Gerência de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde, através de Nota Técnica GSM/SES-RJ de 11/12/2017, esclarece que a posição do Estado do Rio de Janeiro frente às propostas de mudanças na Política Nacional de Saúde Mental por parte da esfera federal é de repúdio a essas propostas e de defesa da ampliação da Rede de Atenção Psicossocial, que priorize o investimento no fortalecimento dos serviços de base territorial e comunitária como estratégia de cuidado para a redução do número de internações (RIO DE JANEIRO, 2017).

#### **4. ATENÇÃO À CRISE E URGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL**

Para a reversão do modelo manicomial e excludente é necessária uma real ampliação da rede de cuidados de base territorial, intersetorial e comunitária para a atenção à saúde mental. Para tanto, é necessário ampliar a atenção às situações de crise e urgência, que assumem prioridade estratégica no processo da Reforma Psiquiátrica.

#### 4.1 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: CONCEITOS

Na literatura, de acordo com Fialho (2014), há uma imprecisão quanto à definição dos conceitos urgência e emergência. O Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução 1451/95, define como Urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Emergência, por sua vez, seria a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato (BRASIL, 1995).

Baseado nessa definição, Fialho entende que

[...] O emergencial está relacionado a algo que ocorre subitamente e o urgente com aquilo que tem premência. O contraste entre essas duas modalidades pode ser demarcado, sob certo ponto de vista, pelo tempo, em que a emergência exige uma intervenção mais rápida do que a urgência. (FIALHO, 2014, p.26).

No campo da saúde mental a atenção às urgências e emergências é de grande complexidade, havendo falta de concordância entre as diferentes conceituações e dificuldade de se estabelecer definições precisas (MUNIZZA et al., 1993).

Há definições de emergência em psiquiatria que estão vinculadas ao modelo biomédico como no exemplo abaixo:

Emergências psiquiátricas são definidas como uma condição em que há um distúrbio de pensamento, emoções ou comportamento, na qual um atendimento médico se faz necessário imediatamente, objetivando evitar maiores prejuízos à saúde psíquica, física e social do indivíduo ou eliminar possíveis riscos a sua vida ou a de outros (FRIEDMANN; LESSER; AUERBACH, 1982, p.663).

De acordo com Costa (2008) essas visões estão associadas a uma compreensão biomédica dos fenômenos psíquicos, e circunscrevem a percepção da crise a partir do reconhecimento de sua expressão como traço patológico, exacerbando assim a noção de periculosidade ligada à pessoa com transtorno mental no imaginário social, enfatizando-a de forma negativa e legitimando a separação entre crise e a vida global do sujeito.

Le Coutour (1991) propõe um conceito ampliado de urgência, que difere em função de quem a percebe ou sente: para os usuários ou familiares pode estar associada a uma ruptura de ordem do curso da vida, relacionado ao que é imprevisto e ao que não se pode esperar. Para os profissionais de saúde, a dimensão da urgência relaciona-se ao prognóstico vital em

certo intervalo de tempo. Já para as instituições, a urgência corresponde a uma perturbação de sua organização, ou seja, àquilo que não pode ser previsto (LE COUTOUR, 1991).

O manual de Regulação Médica das Urgências (BRASIL, 2006, p.49) propõe que se passe a adotar o termo urgência para todos os casos agudos que necessitem de cuidados e estabelece quatro graus ou níveis de urgência.

**Nível 1 - Emergência ou Urgência de prioridade absoluta:**

Casos em que haja risco imediato de vida e/ou a existência de risco de perda funcional grave, imediato ou secundário.

**Nível 2 - Urgência de prioridade moderada:**

Compreende os casos em que há necessidade de atendimento médico, não necessariamente de imediato, mas dentro de poucas horas.

**Nível 3 - Urgência de prioridade baixa:**

Casos em que há necessidade de uma avaliação médica, mas não há risco de vida ou de perda de funções, podendo aguardar várias horas.

**Nível 4 - Urgência de prioridade mínima:**

Compreendem as situações em que o médico regulador pode proceder a conselhos por telefone, orientar sobre o uso de medicamentos, cuidados gerais e outros encaminhamentos.

O manual de Regulação introduz também o “**conceito de potencialidade**”:

Qualquer caso inicialmente classificado em um determinado nível pode mudar sua colocação inicial, em função do tempo de evolução, tipo de transporte e outros fatores, sendo, portanto, necessário estimar a gravidade potencial para cada caso. (BRASIL, 2006, p.50).

No entanto, o conceito de urgência psiquiátrica possui especificidades uma vez que deve levar em consideração a subjetividade do sofrimento psíquico.

## 4.2 CRISE E URGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

A palavra crise pode significar diferentes fenômenos. Em saúde mental, crise e sua relação com urgência psiquiátrica, tem como denominador comum o sofrimento psíquico intenso, com ou sem comorbidades clínicas.

Fialho nos apresenta a crise como um conceito polissêmico:

A origem da palavra crise pode ser remontada ao sânscrito, matriz das línguas ocidentais, onde *kri* significa limpar, desembaraçar e purificar (BOFF, 2002, apud FIALHO, 2014 p.35). No grego, *krísis*, tem o sentido de ação ou faculdade de distinguir, juízo ou ação de julgar, decidir, escolher no final de um processo. O verbo *krínó* é utilizado, entre seus vários sentidos, para designar o ato de separar, decidir, discernir, distinguir (HOUAISS, 2009, apud FIALHO, 2014 p.35). Por outro lado, em chinês, a palavra crise é composta de dois ideogramas, um que denota perigo ou risco e outro que traz a noção de momento ou oportunidade. (GORE, 2006 apud FIALHO, 2014, p.35).

Moebus e Fernandes (s.d) nos mostram que, no campo da psiquiatria, a introdução do termo crise pode ser atribuída a Erich Lindemann. Este autor, em 1944, formula uma “teoria da crise” que abordava as consequências psicológicas causadas nos seres humanos após tragédias ou catástrofes. Esta concepção atribui o adoecimento psíquico quase que exclusivamente a causas externas ou sociais.

A relação da palavra crise com o conceito de urgências psiquiátricas nos remete a um denominador comum que é o sofrimento psíquico grave, complicado ou não por comorbidades clínicas (SOUZA, 2008).

Nesse contexto, o sofrimento psíquico pode ser compreendido como

O conjunto de mal-estares e dificuldades de conviver com a multiplicidade contraditória de significados oriundos do antagonismo subjetividade e objetividade. Caracteriza-se por dificuldade de operar planos e definir sentido da vida, aliada ao sentimento de impotência e vazio do eu, experimentado como coisa alheia. (SAMPAIO, 1999, p. 25).

Fialho nos traz a visão de Caplan sobre crise, que inclui a dualidade entre oportunidade para crescimento e vulnerabilidade:

Para Caplan (1980), a crise tanto pode significar oportunidade para crescimento quanto representar vulnerabilidade para doenças mentais na deficiência de recursos psíquicos. O autor utiliza a noção de homeostase psicológica e estabilidade social e indica os seguintes estágios no desenvolvimento da crise: a) elevação de *stress* decorrente de problemas que estimulam os recursos ou respostas em prol da homeostase, b) ineficiência de respostas e persistência do problema, c) mobilização



de mais recursos podendo levar à resignação, à aceitação ou à adaptação, diminuindo o problema e d) em caso negativo, persistindo o nível de tensão há eclosão da crise. (FIALHO, 2014, p.20).

Mora (2001) também explicita a possibilidade de transformação ou mudança trazendo uma definição de crise mais positiva quando inclui a ideia de “fase perigosa da qual pode resultar algo benéfico ou algo pernicioso para a entidade que a experimenta” (MORA, 2001, p. 613). O mesmo autor também aponta o caráter súbito e seu tensionamento contrário à ideia de permanência e estabilidade como outro ponto de concordância entre o sentido de crise e o conceito de urgência (MORA, 2001).

A singularidade da crise em saúde mental aparece na definição de Costa (2007), em

[...] um momento individual específico, no qual efervesce questões, afetos, gestos e comportamentos variáveis singulares, que afetam em graus diversos a vida cotidiana da própria pessoa e daqueles de seu convívio, e costumam ser das demandas e intervenções em serviços de Saúde Mental. (COSTA, 2007, p.26).

Também é comum a associação entre crise e urgência em relação à necessidade de cuidado imediato, exigindo dos profissionais a realização de ações também imediatas (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Rechtand e Leal (2000) afirmam que é a introdução da dimensão da subjetividade no atendimento das urgências que dá outro significado à noção de crise:

Desaparece a urgência de se restabelecer um equilíbrio perdido: a crise passa a ser considerada um momento privilegiado no qual o sujeito pode, eventualmente, ter acesso a novas formas de organização para si próprio e/ou para o seu cotidiano (RECHTAND, LEAL, 2000, p. 93).

Dell’Acqua e Mezzina (1991) apontam que as situações de crise seriam aquelas nas quais se identificam ao menos três dos parâmetros: grave sintomatologia psiquiátrica aguda; grave ruptura de relações familiares e/ou sociais; recusa das intervenções, mas aceitação do contato com a equipe; recusa de qualquer forma de contato; e situações emergenciais no contexto familiar e/ou social ou, ainda, impossibilidades pessoais de enfrentá-las. Para os autores, o conceito de crise:

[...] Representou a tentativa de aplicar uma metodologia unitária, mas não uniformizante, tal que permitisse encontrar a sua especificidade na singularidade dos problemas postos pelos sujeitos, evitando os recursos de aproximações e intervenções próprias do modelo médico. Na unidade ‘daquela’ história, também o sintoma pode ser reelaborado como significante de uma realidade que torna inteligível. (DELL’ACQUA e MEZZINA, 1991, p. 55).

Oliveira (2002) também concorda que a definição de crise e urgência apresenta uma dimensão fortemente subjetiva e ainda ressalta que essa subjetividade depende de como o profissional interpreta o comportamento do sujeito. Para este permanece a compreensão da emergência psiquiátrica como algo complexo, uma vez que mesmo um quadro de agitação e agressividade pode não ser tão emergencial quanto um quadro de extrema lentidão e passividade.

Segundo Jardim e Dimenstein (2007) a crise torna-se urgência a partir da avaliação dos responsáveis por aquele indivíduo, que são, na maioria das vezes, aqueles que acionam o serviço de saúde mental ao perceberem modificações de comportamento e sintomas de sofrimento. Assim, a crise transforma-se em urgência na medida em que interfere, de maneira contundente, na rotina familiar, do responsável e mesmo do serviço de saúde a ele vinculado.

### 4.3 A CLÍNICA DO SUJEITO

A Reforma Psiquiátrica ampliou no Brasil conceitos como atenção psicossocial, território, interdisciplinaridade e clínica ampliada ou clínica do sujeito. O termo “clínica ampliada” foi incorporado pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2007).

De acordo com Fialho

A Reforma Psiquiátrica trouxe, como princípios do cuidado, o resgate do poder de decisão dos sujeitos com transtorno mental e sua participação ativa na definição de seu tratamento; o reconhecimento da liberdade como variável terapêutica; e a afirmação da cidadania. (FIALHO, 2014, p.51).

Para Rinaldi (2005) a noção de cuidado em saúde que atravessa essas novas clínicas se refere a uma relação entre usuário e profissional que inclui a subjetividade de ambos e aponta para um tipo de relação que inclui o acolhimento, a escuta num sentido mais global, considerando o sujeito em sua singularidade e pertencente a um determinado contexto sociocultural do qual não pode ser isolado.

A proposta, portanto, inclui — além da doença — o sujeito e seu contexto. O maior desafio é, justamente, contar com profissionais e serviços com plasticidade suficiente para lidar com essa variedade (CAMPOS, 1997).

Lobosque (2001) afirma que sempre é possível engajar no tratamento, por consentimento próprio, a pessoa em sofrimento psíquico. Para a autora, esse princípio vale

também para situações de crise aguda, mesmo quando é necessário o uso de contenção medicamentosa ou física. Cabe ao técnico identificar o ponto, na comunicação, verbal ou não, a partir do qual é possível a entrada do profissional no cenário. Esse convite seria o início de uma trajetória de cuidado, que implica e responsabiliza o sujeito em crise seu pelo tratamento, inserindo-o em um processo ativo e compartilhado de trabalho.

Fialho (2014) alerta que em situações de crise, sob a justificativa da restrição da capacidade de julgamento do sujeito, há profissionais que acreditam ter uma certa autorização para a suspensão de direitos desse indivíduo. De acordo com o autor,

É fundamental para o processo de construção das vidas e das subjetividades desses sujeitos nesses momentos de intensa fragilidade, que a aproximação entre profissionais e usuários nesses momentos seja precisamente no sentido de reconstruir suas possibilidades e autonomia (FIALHO, 2014, p.51).

De acordo com os autores citados, a crise em saúde mental tem especificidades, uma vez que envolve sofrimento psíquico grave, pode tanto significar oportunidade para crescimento quanto representar vulnerabilidade para doenças mentais na deficiência de recursos psíquicos. Traz a possibilidade de mudança, apresenta um caráter súbito e de tensionamento, é um momento individual específico que necessita de cuidado imediato, apresenta uma dimensão fortemente subjetiva e transforma-se em urgência na medida em que interfere na rotina familiar, do responsável e mesmo do serviço de saúde a ele vinculado.

Em seu processo de consolidação, a Reforma Psiquiátrica no Brasil ampliou conceitos como atenção psicossocial, território, interdisciplinaridade e clínica ampliada ou clínica do sujeito que tem princípios do cuidado, o resgate do poder de decisão dos sujeitos com transtorno mental e sua participação ativa na definição de seu tratamento; o reconhecimento da liberdade como variável terapêutica e a afirmação da cidadania.

Nesse contexto, considerando que Rio das Ostras (i) apresenta a menor taxa de cobertura de ESF, em torno de 28,36 %; (ii) possui o maior índice de crescimento populacional da região; (iii) apresentou grande número de internações em hospitais psiquiátricos no período entre 2008 e 2014 (a suspensão da oferta de leitos se deu em 2015); (iv) não conta com fornecimento regular de medicação psicotrópica; (v) não tem leitos de saúde mental no território; e (vi) possui uma RAPS frágil, foi selecionado para estudo de como vem ocorrendo o atendimento à crise do portador de transtornos mentais, no único CAPS do município, cenário da prática profissional da pesquisadora desde 1998 quando admitida para o cargo de psicóloga através de concurso público.

Analisando o histórico do PSM de Rio das Ostras, foram identificadas três fases distintas (Quadro 4). Para efeitos de organização do presente relatório da pesquisa de mestrado, foi considerada como final do recorte temporal a data do término das entrevistas realizadas com os profissionais do CAPS.

#### **Quadro 4: Fases do Programa de Saúde Mental de Rio das Ostras**

<b>Fase 1</b>	Implantação do PSM no município em 1998 até a inauguração do CAPS, em 18 de maio de 2007.
<b>Fase 2</b>	Inauguração do CAPS até a suspensão da oferta de leitos para o SUS pela Clínica Ego em setembro de 2015.
<b>Fase 3</b>	Suspensão da oferta de leitos pela Clínica Ego até 21 de maio de 2018, quando foi realizada a última entrevista no CAPS.

As três fases foram estabelecidas a partir dos depoimentos dos participantes. Teremos oportunidade de verificar Seu detalhamento e análise na sessão dos resultados.

## **5. A REGIÃO DA BAIXADA LITORÂNEA E RIO DAS OSTRAS**

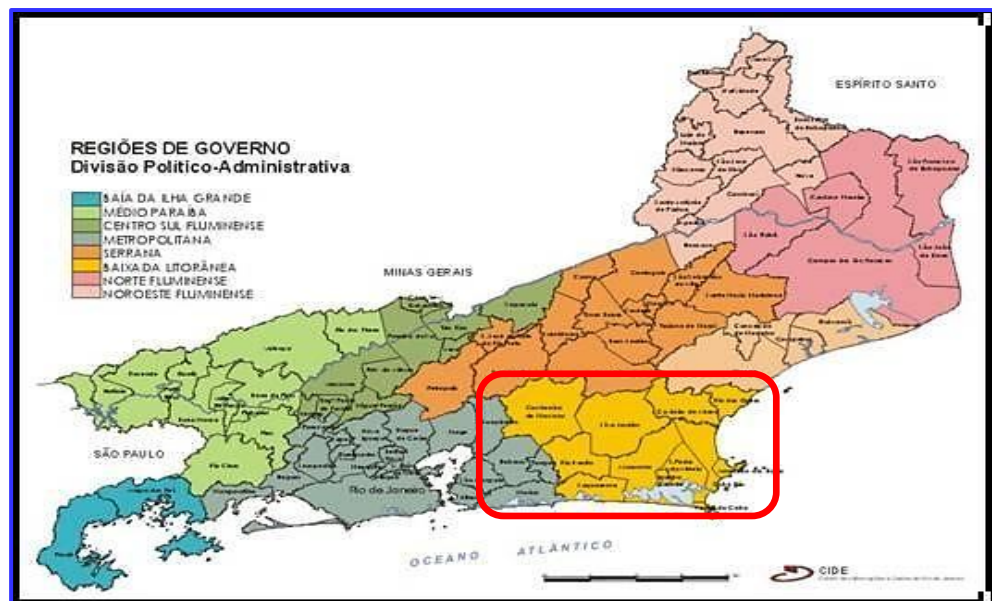
O Rio de Janeiro é uma das 27 unidades federativas do Brasil, situa-se na Região Sudeste, tendo como limites políticos os estados de Minas Gerais, Espírito Santo e São Paulo, e naturais o Oceano Atlântico. É o terceiro estado mais populoso do Brasil e é formado por noventa e dois municípios.

Os municípios por sua vez estão distribuídos em oito regiões geográficas: Região Metropolitana (dividida em Região Metropolitana I e Região Metropolitana II), Baía de Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba, Noroeste e Serrana. As maiores taxas migratórias e de crescimento populacional na última década, assim como o maior aumento percentual na densidade demográfica, foram observados na Baixada Litorânea e na Baía da Ilha Grande.

Tendo como limites as regiões Metropolitana, Serrana e Norte Fluminense, a região da Baixada Litorânea é formada por nove municípios: Araruama, Iguaba Grande, São Pedro da Aldeia, Saquarema, Armação de Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu e Rio das Ostras.

A Baixada Litorânea corresponde a aproximadamente 6,2% da área total do estado do Rio de Janeiro (Figura 5) e concentra 4,41 % de sua população, com densidade demográfica média ainda abaixo do padrão estadual. Por contar com lindas praias e lagoas a região possui forte vocação turística, resultando em grande flutuação populacional, chegando a dobrar o número de habitantes na alta temporada, festas e feriados. Sua economia é fortemente influenciada pelo recebimento de *royalties* do petróleo.

**Figura 5: Regiões de Governo. Divisão político-administrativa**



Fonte: E-Listas.net. <<http://elistas.egrupos.net/lista/encuentrohumboldt/archivo/indice/2673/msg/2750/>>

Essa região ainda enfrenta muitos problemas, embora a região tenha grande potencial de desenvolvimento social e econômico por sua localização estratégica, existe a perspectiva de crescimento dos bairros periféricos e de agravamento da pobreza, em decorrência da atração exercida pela expansão da construção civil, do turismo e dos serviços, com sua forte sazonalidade. O quantitativo de leitos em hospitais gerais é inferior à necessidade calculada segundo os parâmetros da Portaria GM/MS nº 1101/2002 (BRASIL, 2002).

Outros dados importantes: 17,95% da população da Baixada Litorânea possui plano de saúde; a cobertura da atenção básica varia de 34,36% (Araruama) a 100% (Búzios, Iguaba Grande e Casimiro de Abreu), porém a média na região (64.75%) está acima da média estadual (61,65%); a região é elegível para implantação da Rede de Urgência e Emergência (RUE), possui três Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) com gestão municipal e ainda não possui Serviço Móvel de Urgências (SAMU); em 2012 a região apresentava uma boa cobertura de CAPS (0,63 por 100.000 habitantes); todos os municípios são elegíveis para a implantação do dispositivo, pois contam com mais de 20 mil habitantes (RIO DE JANEIRO, 2015. Atualizado em 2019 no SISAB/e.gestor).

### 5.1 O MUNICÍPIO DE RIO DAS OSTRAS

O município de Rio das Ostras está localizado no Estado do Rio de Janeiro, distante 170 km da capital, e é um dos nove municípios que compõem a região da BL (figura 6). Sua emancipação político-administrativa ocorreu em 10 de abril de 1992. Desde então, a taxa média geométrica de crescimento anual da população no período 2000 - 2010 é de 11,25%, considerada a maior do estado.

**Figura 6: Localização de Rio das Ostras no Estado do Rio de Janeiro**

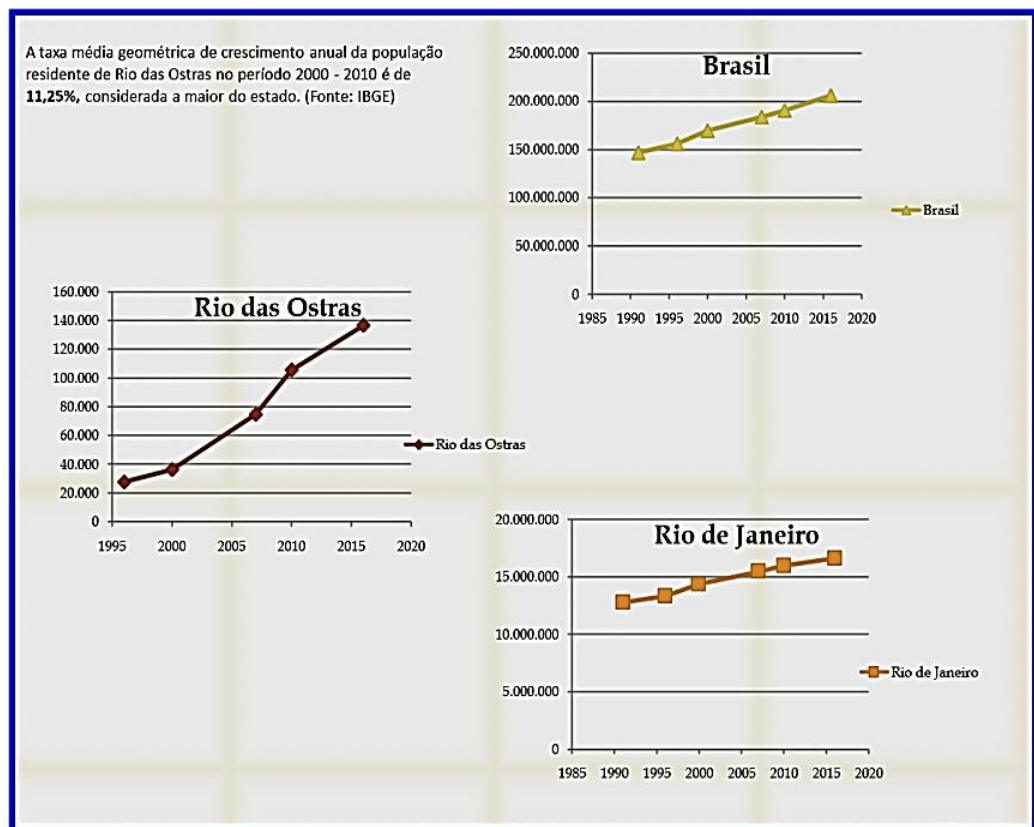


Fonte: Prefeitura de Rio das Ostras. <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Rio\\_das\\_Ostras](http://pt.wikipedia.org/wiki/Rio_das_Ostras)>

A população está distribuída em uma área territorial de 229,50 Km<sup>2</sup> de extensão, com mais de 90% na zona urbana do município. O último censo, realizado em 2010, indicou uma população de 105.676 habitantes com projeção de 145.989 pessoas em 2018 (figura 7)

distribuída em uma área territorial de 229,50 Km<sup>2</sup> de extensão, com mais de 90% na zona urbana do município (IBGE, 2017).

**Figura 7: Taxa geométrica de crescimento anual da população residente em Rio das Ostras. Período 2000 a 2010.**



Fonte: IBGE (2017)

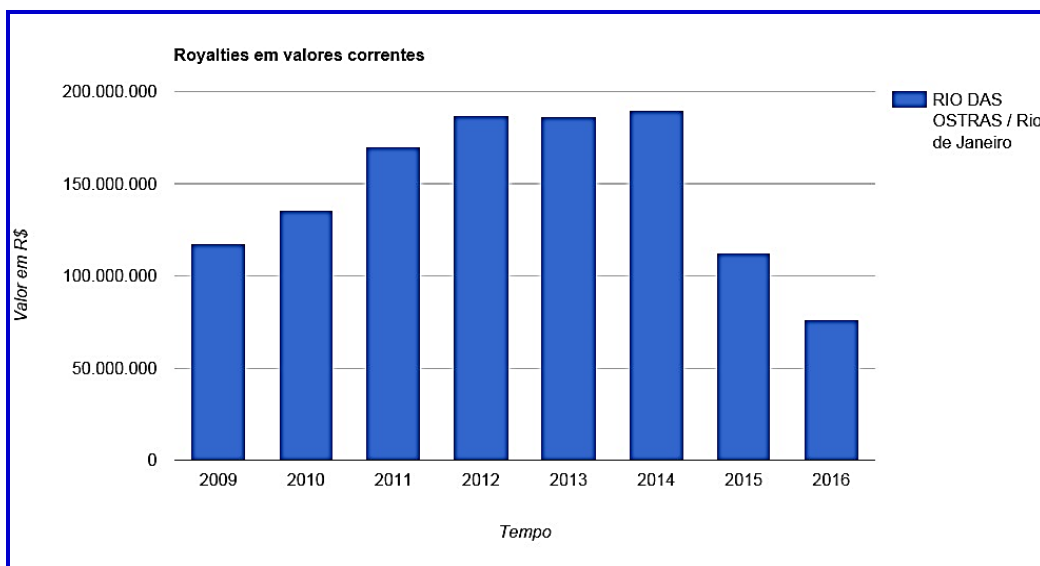
Com uma economia influenciada pelo recebimento de *royalties* do petróleo alinhada com incrementos da população, o Produto Interno Bruto (PIB) per Capita em 2011 chegou a R\$ 112.855,23. Um acréscimo de 33,08% em relação a 2010. Em 2012, R\$ 128.446,14, acréscimo de 13,81% em relação ao ano anterior e, em 2013 houve decréscimo em 5,17%, em relação ao ano de 2012 com o PIB de R\$ 121.799,76. Tais resultados e

flutuação do PIB indicam que a economia cresceu em 39,67% em 2011 e 19,09% em 2012. No entanto, decresceu em 0,22% em 2013 (RIO DAS OSTRAS, 2017).

Em 2015, Rio das Ostras tinha 61.4% do seu orçamento proveniente de fontes externas, sobretudo ganhos obtidos pelos *royalties* de petróleo. Em 2015, porém, diferentes elementos - internos, como a redução nas atividades da Petrobrás e o baixo crescimento do país e externos, como a queda do preço do barril de petróleo no mercado internacional - impuseram aos municípios de maior dependência das rendas petrolíferas a necessidade de uma adaptação abrupta a uma nova realidade institucional e política (ORDONÊS e ROSA, 2015).

Dados nas figuras 8 e 9, mostram queda na arrecadação dos royalties do petróleo pelo município de Rio das Ostras, no período compreendido entre 2009 e 2016.

**Figura 8: Arrecadação dos royalties do petróleo por Rio das Ostras. Período 2009 - 2016.**



Fonte: Universidade Cândido Mendes. Info Royalties (2017).

**Figura 9: Arrecadação dos royalties do petróleo por Rio das Ostras, em valores correntes. Período 2009-2016.**



Royalties em valores correntes		
Beneficiário / Estado	Ano	Valor
RIO DAS OSTRAS / Rio de Janeiro	2009	R\$ 117.771.472,02
RIO DAS OSTRAS / Rio de Janeiro	2010	R\$ 135.709.945,34
RIO DAS OSTRAS / Rio de Janeiro	2011	R\$ 170.390.568,89
RIO DAS OSTRAS / Rio de Janeiro	2012	R\$ 186.873.468,19
RIO DAS OSTRAS / Rio de Janeiro	2013	R\$ 186.682.968,77
RIO DAS OSTRAS / Rio de Janeiro	2014	R\$ 189.794.271,44
RIO DAS OSTRAS / Rio de Janeiro	2015	R\$ 112.420.401,31
RIO DAS OSTRAS / Rio de Janeiro	2016	R\$ 76.727.560,01

Fonte: Universidade Cândido Mendes. Info Royalties (2017).

Todos esses fatores tiveram grande influência na implantação da RAPS do município, como veremos mais adiante.

## 6. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

O acesso universal aos serviços de saúde se inicia pelas “Portas de Entrada do SUS” e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a demanda e a complexidade de cada serviço. Dentre as portas de entrada estão às ações e os serviços de saúde contemplados nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são: “I – de atenção primária; II - de atenção de urgência e emergência; III – de atenção psicossocial; e IV - especiais de acesso aberto” (BRASIL, 2011b).

Como vimos anteriormente, a Portaria nº 3088 de 23 e dezembro de 2011 (republicada em 21 de maio de 2013) institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011 c).

A RAPS visa à ampliação de acesso e qualidade das ações de saúde, oferecendo um cuidado integral baseado na interdisciplinaridade, consolidando assim um modelo de atenção psicossocial de inclusão dessa população. Para atingir esses objetivos, a RAPS agrega diferentes pontos de atenção (BRASIL, 2011c), como indicados na figura 10.

### Figura 10: Componentes e pontos de atenção da RAPS.

<b>Atenção Básica</b>	Unidade Básica de Saúde, Equipes de Atenção Básica para Populações em Situações Específicas
<b>Atenção Psicossocial Especializada/Estratégica</b>	Centros de Atenção Psicossocial
<b>Atenção de Urgência e Emergência</b>	SAMU 192, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento, Pronto-Socorro, Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial
<b>Atenção Residencial de Caráter Transitório</b>	Unidade de Acolhimento, Serviços de Atenção em Regime Residencial
<b>Atenção Hospitalar</b>	Enfermaria Especializada, Serviço Hospitalar de Referência
<b>Estratégias de Desinstitucionalização</b>	Residências Terapêuticas, Programa de Volta para Casa
<b>Reabilitação Psicossocial</b>	Empreendimentos solidários e cooperativas sociais

Fonte: Zeferino, Maria Terezinha. Crise e Urgência em Saúde Mental: introdução ao curso. Maria Terezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (Orgs.). 4ª ed. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2015. p.13

## 6.1 PONTOS ESTRATÉGICOS NA ATENÇÃO À CRISE E URGÊNCIA

De acordo com Zeferino “a pessoa em crise evidencia uma situação complexa, que desafia a reestruturação da saúde mental no Brasil a encontrar respostas técnicas, políticas e afetivas para esta demanda” (ZEFERINO, 2015, p.15).

A fim de que o SUS equitativo, integral e universal se concretize é preciso que a RAPS acolha o sujeito, em seu território, cujas necessidades e desejos irão indicar o cuidado singular a ser prestado. Assim, a consolidação da RAPS pressupõe uma ampliação do cuidado e acesso também às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental. (ZEFERINO, 2015).

Segundo Fialho o cuidado em saúde mental proposto pelo movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, dialoga com os princípios de noção de território, organização da atenção em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania e construção da autonomia possível de usuários e familiares (FIALHO, 2014, p.23).

Esse mesmo autor aponta que

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), por sua vez, foi constituída considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando, assim, a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade. (FIALHO, 2014, p.12).

Assim, vemos que para dar sustentação aos princípios da Reforma Psiquiátrica em relação ao cuidado em saúde mental na atenção às crises e/ou urgências, é fundamental a consolidação de ações e a integração de serviços que garantam a integralidade dessa atenção. “O trabalho em rede assume o propósito e a responsabilidade de articular os diferentes atores e instituições para a criação e o acompanhamento dos projetos terapêuticos de cada usuário, na sua singularidade e, ao mesmo tempo, na amplitude de suas necessidades de saúde” (FIALHO, 2014, p.12).

No entanto, esse novo paradigma, esse novo olhar sobre o manejo das crises e/ ou urgências nas redes de saúde de base territorial, como alternativa às internações em hospitais psiquiátricos, também traz desafios para os atores envolvidos.

#### De acordo com Fialho

Ressignificar a atenção às crises para além do silenciamento dos sintomas e do isolamento do sujeito inclui lidar com a complexidade e com a incerteza, o que impacta diretamente na capacidade dos profissionais e serviços em disponibilizar-se a atuar em redes substitutivas ao modelo asilar, reorganizando seus processos de trabalho e articulando suas práticas. (FIALHO, 2014, p.13).

Na lógica da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), o CAPS é um serviço estratégico, funcionando como compositor e (re)organizador da rede de saúde mental do território de sua abrangência e como articulador de outros recursos, através de parcerias intersetoriais. "O sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações" (BRASIL, 2004, p. 17).

A Portaria 3088, já mencionada anteriormente, que instituiu a RAPS, traz em seu artigo 7º § 1 que

O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em

sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. (BRASIL, 2011c).

Dessa forma, respaldado pela portaria 3088 é papel do CAPS o atendimento aos usuários também em situações de crise, além do desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania e a ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares. (BRASIL, 2011c).

## 6.2 A RAPS NA REGIÃO DA BAIXADA LITORÂNEA

As pactuações para implantação da RAPS, de base territorial, nos municípios, com financiamento do Ministério da Saúde, juntamente com o já existente Programa de Volta pra Casa, deveriam potencializar o processo de expansão dos CAPS, SRTs e Serviços Hospitalares de Referência (SHR) em hospitais gerais, no sentido de garantir o processo de desinstitucionalização.

No entanto, a implantação de dispositivos substitutivos exige organização política e prática extrema. Em muitos municípios o que constatado é que a RAPS não vem se expandindo na mesma velocidade em que os leitos de internação em hospital psiquiátrico vêm sendo fechados.

As internações psiquiátricas encaminhadas pela região da BL eram reguladas pela Central de Regulação de Vagas da Baixada Litorânea (CREG-BL) via Central de Regulação da Região Metropolitana II (CREG-METRO II). Esta por sua vez, de acordo com a disponibilidade de vagas, encaminhava os pacientes em crise para quatro hospitais conveniados do SUS, todos localizados na Região Metropolitana II: Clínica Nossa Senhora das Vitórias (360 leitos) e Clínica Santa Catarina (120 leitos), ambas no município de São Gonçalo; Clínica de Repouso Ego (160 leitos) em Tanguá e HCRB (262 leitos) em Rio Bonito (RIO DE JANEIRO, 2013).

No ano de 2007 a Portaria nº 501/SAS/MS indica o Hospital Colônia Rio Bonito para descredenciamento do SUS, após avaliação negativa pelo PNASH - versão psiquiatria (BRASIL, 2007). Em seguida, a Clínica Nossa Senhora das Vitórias e Clínica Santa Catarina, em São Gonçalo, são fechadas para internação pela Vigilância Sanitária. Finalmente, em setembro de 2015, a Clínica de Repouso Ego, em Tanguá, único hospital

psiquiátrico que ainda acolhia os pacientes dos municípios da BL, interrompeu a oferta de leitos para o SUS. Assim, por ocasião do estudo, a região em questão não conta mais com leitos em hospitais psiquiátricos para internação dos pacientes em crise.

Como anteriormente descrito, a região da BL, na qual o município de Rio das Ostras está inserido, não possui CAPS III, SAMU ou sedes hospitalares psiquiátricas, além de não mais contar com leito algum regulado em hospital psiquiátrico. Na Baixada Litorânea, dentre seus nove municípios, seis possuem hospital geral e somente um - Armação dos Búzios - possui leito de saúde mental cadastrado em seu hospital geral.

Sabe-se que no sistema tripartite do financiamento do SUS - onde a responsabilidade é das três esferas de governo: União, Estado e Município - o governo federal repassa apenas um terço dos valores de custeio dos equipamentos da saúde mental, que são complexos e onerosos. Muitas vezes os municípios, já combalidos economicamente, têm que arcar com o restante da conta. Além disso, os baixos salários oferecidos aos profissionais, a crescente privatização de linhas de atendimento à população, por meio da provisão de serviços de saúde terceirizados como fundações, organizações sociais, convênios com ONGs, e outros, acabam por agravar ainda mais a crise no setor (VASCONCELOS, 2011).

Fatores outros como a rotatividade dos cargos de gestão municipais, o subfinanciamento do SUS, influências da atual política neoliberal, crise na economia, precarização dos vínculos de trabalho, queda na arrecadação dos *royalties* do petróleo, entre outros, vem provocando reflexos importantes no que se refere à expansão da RAPS nos municípios que compõem a região da BL.

Assim, na implantação e consolidação da RAPS na região da BL ocorre um descompasso quantitativo entre o fechamento de leitos psiquiátricos em hospitais especializados e implantação de recursos para atendimento à crise no território.

### 6.3 A RAPS DE RIO DAS OSTRAS

Atualmente a RAPS de Rio das Ostras é formada por um CAPS II, uma RT tipo II com oito pacientes, ambulatório ampliado de saúde mental que conta com equipes de referência para o atendimento infanto-juvenil, álcool e outras drogas e adultos e idosos. Já

houve uma equipe que fazia matriciamento em saúde mental das equipes ESF em quatro bairros distantes do centro. Com o término dos contratos esse trabalho foi suspenso.

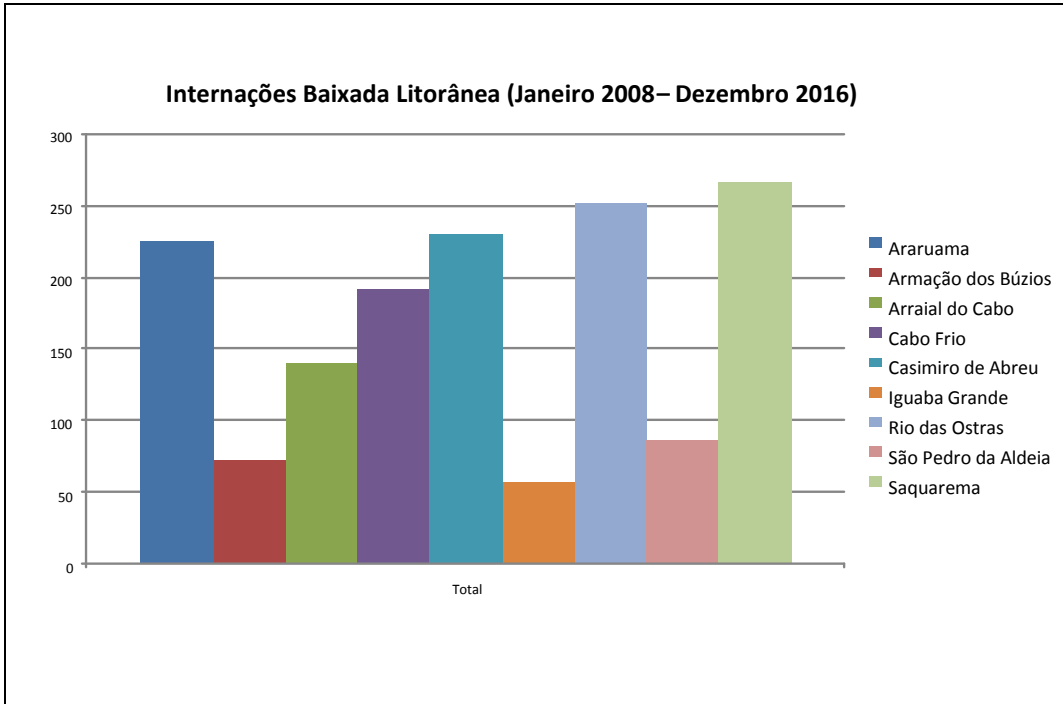
A cobertura de ESF no município é de aproximadamente 28,36 %. Porém, a partir do ano de 2012, com a instituição do Decreto Presidencial nº 7508/11 (BRASIL, 2011b) e as diretrizes do Contrato Organizativo de Ações Públicas de Saúde (COAP), foi redefinido o cálculo da cobertura de Atenção Básica, com o acréscimo de equipes tradicionais equiparadas às equipes de ESF. Assim sendo, em maio de 2019, Rio das Ostras apresentava uma cobertura de atenção básica de 48, 21% (BRASIL, 2019).

A porta de entrada para urgências e emergências em saúde mental para adultos é o PS que conta com a visita de um psiquiatra alguns dias da semana e sobreaviso psiquiátrico aos sábados. As crianças e adolescentes são atendidos no HG, com o sobreaviso do psiquiatra nos mesmos dias da semana que o PS. Dependendo da articulação da coordenação do PSM com o HG (que fica relativamente próximo ao PS e localizado em um prédio independente), consegue-se internar o paciente psiquiátrico numa enfermaria específica com dois leitos, no andar térreo e em frente ao posto de enfermagem, caso esses leitos estejam desocupados.

Em dezembro de 2016, após o término dos contratos, as equipes dos dispositivos do PSM ficaram muito reduzidas. A assistente social, também contratada, única técnica que trabalhava na desinstitucionalização dos pacientes da Clínica Ego, entrou em licença maternidade. O CAPS II, porém, não teve sua rotina de trabalho alterada uma vez que somente um profissional era contratado, todos os demais servidores eram estatutários. No início de 2017, o prefeito de Rio das Ostras decretou estado de calamidade financeira no município.

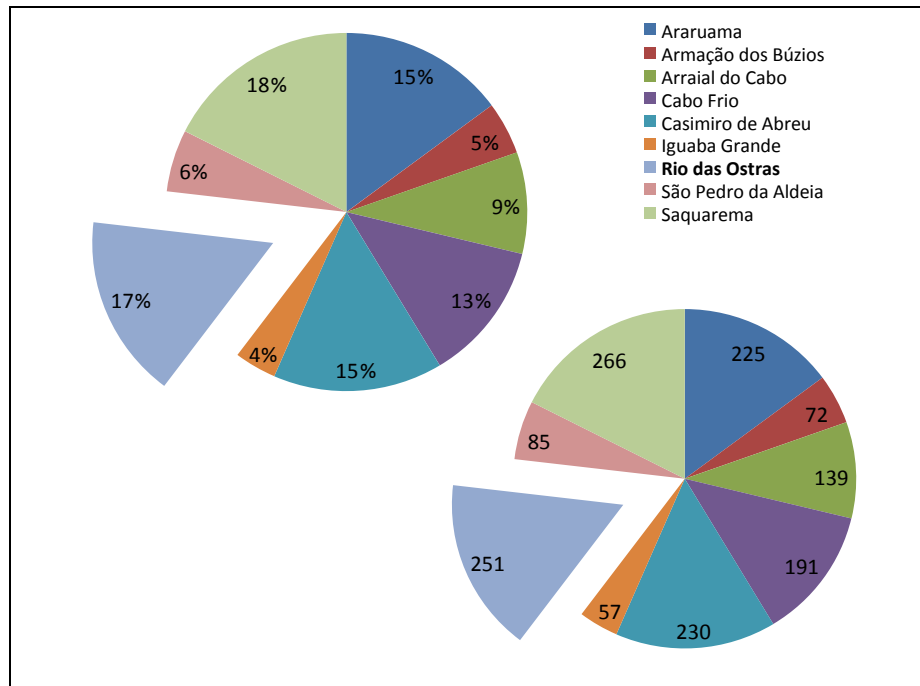
Como podemos observar nas figuras 11 e 12, em comparação aos demais municípios da região da BL, Rio das Ostras foi o segundo município, só atrás de Saquarema, que mais internou pacientes com transtornos mentais e comportamentais no período compreendido entre janeiro de 2008 a dezembro de 2016. Considerando que as internações registradas em 2015 e 2016 referem-se a possíveis renovações de AIHs de pacientes ainda internados na Clínica Ego.

**Figura 11: Internações em hospitais psiquiátricos na Baixada Litorânea. Período Janeiro de 2008 a Dezembro de 2016.**



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS, Tabnet (2017).

**Figura 12: Internações em hospitais psiquiátricos / Baixada Litorânea. Período Janeiro de 2008 a Dezembro de 2016 - Percentual e números absolutos.**



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS, Tabnet (2017).

#### 6.4 O CAPS II DE RIO DAS OSTRAS (CAPS II-RO)

Inaugurado no dia 18 de maio de 2007, como CAPS I, e reclassificado como CAPS II em 2015, o CAPS II-RO é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011c).

O CAPS II-RO foi inaugurado no dia 18 de maio de 2007, como CAPS I, e reclassificado como CAPS II em 2015.

##### 6.4.1 Estrutura física

O imóvel que o CAPS II-RO ocupa é uma casa alugada de dois pavimentos, situada em bairro residencial, em centro de terreno, com anexo nos fundos, jardim e varanda na frente e na lateral. No térreo estão localizados: salão de convivência, sala da administração, sala de oficina, cozinha, refeitório, dois banheiros e sala de reunião. No andar superior ficam três consultórios, dois banheiros e a sala de almoxarifado. Há ainda um anexo, na parte dos fundos



da casa, composto de sala com pia e bancada, quarto de repouso e banheiro, onde funciona a sala da enfermagem.

#### 6.4.2 Equipe técnica

A carga horária da equipe é de 40 horas para nível fundamental e médio e 20 horas para os profissionais de nível superior. Apenas um profissional (enfermeiro) com vínculo por contrato. Os demais são estatutários. A equipe técnica é composta por:

**Quadro 5: Equipe Técnica do CAPS de Rio das Ostras**

<b>Categoria</b>	<b>Nº</b>	<b>Categoria</b>	<b>Nº</b>
Psicólogos	2	Gerente geral (nível médio)	1
Assistentes sociais (1 licença médica)	3	Técnico de enfermagem	1
Psiquiatra	1	Auxiliar de enfermagem	1
Terapeuta ocupacional	1	Auxiliares administrativos	4
Enfermeiros	2	Cozinheiro	1
Nutricionista (divide a carga horária com a Residência Terapêutica)	1	Ajudante de cozinheiro	1
<b>Total</b>	<b>10</b>	Auxiliares de serviços gerais	2
		Guarda municipal	1
		Motorista	1
		<b>Total</b>	<b>13</b>

Também conta com quatro (04) estagiários de psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF) regularmente.

#### 6.4.3 Processos de trabalho

O CAPS II -RO é um serviço de saúde aberto e comunitário, local de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes que justificam sua permanência num dispositivo de atenção diária.

O objetivo do tratamento é estimular a integração social e familiar dos usuários, bem como apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimento médico e psicossocial. Os pacientes são atendidos de acordo com o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que consiste em um tratamento específico para cada indivíduo, elaborado pela equipe. Além das consultas, o PTS pode ser composto por diversas atividades, como oficinas terapêuticas e culturais, rodas de conversa e orientações individuais ou em grupo, entre outras.

Neste sentido, o CAPS II-RO prioriza as seguintes ações no cotidiano do serviço:

- ✓ Prestar atendimento clínico, nos moldes da atenção psicossocial, em regime de atenção diária;
- ✓ Acolher situações de crise de seus usuários, oferecendo atendimento intensivo a eles e sua família, avaliando a necessidade ou não de permanência no PS;
- ✓ Manter a porta aberta, sem fila de espera para atendimento, para acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. Há uma média de sete (07), atendimentos de primeira vez mensais que chegam ao CAPS II-RO. Estes podem vir através de encaminhamentos ou por livre demanda;
- ✓ Promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais e de atividades internas, como: rodas de conversa, atividades de geração de renda, grupos de família, assembleias, oficinas terapêuticas, dentre outras;
- ✓ Realizar reuniões de equipe semanais para discussão de caso e organização do serviço;
- ✓ Dar suporte clínico à Residência Terapêutica do município, tanto em relação aos
- ✓ usuários, quanto à coordenação;
- ✓ Servir como local de formação universitária e pesquisa através de parceria com a UFF/PURO;
- ✓ Manter Grupo de Gestão Autônoma da Medicação (Grupo GAM), em parceria com a UFF/PURO;
- ✓ Participar da equipe e da coordenação em reuniões clínicas e de gestão onde são discutidos os processos de trabalho na rede de saúde mental do município, bem como o acompanhamento clínico dos usuários do CAPS II-RO e da rede. São reuniões de articuladores dos serviços e reunião de gerentes de unidades de saúde.
- ✓ Manter porta aberta para acolher demandas de primeira vez que chegam ao serviço.

Vimos nessa sessão que a RAPS, tem por objetivo dar suporte às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de

crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011c). A RAPS visa à ampliação de acesso e qualidade das ações de saúde, oferecendo um cuidado integral baseado na interdisciplinaridade, incluindo nesse cuidado a atenção na crise do portador de sofrimento mental. A partir dos depoimentos, apresentamos um panorama de como vem ocorrendo a atenção à crise no CAPS II de Rio das Ostras.

## **7. DESCRIÇÃO, TRATAMENTO E ORGANIZAÇÃO DO MATERIAL**

Após assinatura do TCLE foram realizadas 12 entrevistas semiestruturadas no período compreendido entre 26 de março a 21 de maio de 2018, com gravação em equipamento de áudio digital. Todos os técnicos do dispositivo que preencheram os critérios de inclusão aceitaram participar do estudo. Os depoimentos gravados foram transcritos

No transcorrer e após término das gravações, as entrevistas foram transcritas verbatim, seguidas da conferência de fidelidade, copidesque, leitura final e formatadas como documentos do Word®. Em seguida foram tratadas com formatação de cabeçalhos codificados e inclusão de numeração contínua das linhas de sua forma textual.

Na sequência, deu-se início à análise e codificação preliminar. A partir da listagem dos códigos livres, foi realizado agrupamento por comparação e contraste, resultando na codificação axial, com subcategorias e categorias.

## **8. RESULTADOS**

Os 12 (doze) profissionais entrevistados, com escolaridade de nível médio e superior, incluíram a gerente administrativa - cuja função na prefeitura é de agente administrativa - e excluíram os agentes administrativos, pessoal da cozinha, de serviços gerais, guarda municipal e motorista, que optaram por não participar das reuniões semanais de discussão de casos. Embora esses profissionais cumpram maior carga horária do que os demais técnicos, estejam em interação com os pacientes, participam menos diretamente na atenção à crise.

Participaram da entrevista todos os profissionais de nível superior em atividade no CAPS II-RO, com exceção dessa pesquisadora, assim como todos os técnicos e auxiliares de enfermagem (em atividade no CAPS), ficando distribuídos por categoria profissional, de acordo com informações apresentadas no Quadro 6, seus pseudônimos e características sociodemográficas nos Quadros 7 e 8.

**Quadro 6: Profissionais entrevistados no CAPS de Rio das Ostras**

<b>Profissionais</b>	<b>N</b>
Gerente administrativo	01
Psiquiatra	01
Psicólogos	02
Terapeuta ocupacional	01
Assistentes sociais	02
Enfermeiros	02
Nutricionista	01
Técnico de enfermagem	01
Auxiliar de enfermagem	01

**Quadro 7: Dados Sociodemográficos 1**

# Participante	Pseudônimo	DN	Sexo	Categoria profissional	Vínculo Empr.	Lotação na Rede	Função	Temp. trab. na Rede	Temp. trab. no CAPS	Trab. anterior em disp. de SM	Local	Período	Cidade de moradia	Tempo locomoção p/ trabalhar
01	Preto	12/10/1964	F	Serviço Social	E	CAPS	Assistente Social	Desde 1988	Desde 2007	sim	Amb. de SM em RO	1988 a 2007	Macaé	40 min. a 1:10 h
02	Roxo	27/07/1979	F	Enfermagem.	E	CAPS	Enfermeira	Desde 2007	Desde 2007	não	-	-	Rio das Ostras	30 min.
03	Azul Claro	25/04/1978	F	Psicologia	E	CAPS	Psicóloga	Desde 2004	Desde 2007	sim	1. Amb.de SM em RO 2. CAPS em Niterói 3. RT no RJ	1. 2005 a 2007 2. 2006 a 2013 3. Não informado	Rio de Janeiro	:3 h
04	Rosa Pink	24/02/1948	M	Medicina	E	CAPS	Psiquiatra	Desde 1998	Desde 2007	sim	1. Prof. titular de Psiquiatria em Campos 2. INAMPS 3. CAPS Betinho em Macaé 4. Amb.de SM em RO 5. Hosp. Psiquiátricos	Não informado	Rio das Ostras	15 min.
05	Marrom	07/02/1960	F	Terapia Ocupacional	E	CAPS	Terapeuta Ocupacional	Desde 2001	Desde 2007	sim	1. Amb. de SM de RO 2. Emerg. Psiquiátrica Hosp. Geral de Macaé. 3. CAPS AD Macaé	1. 2001 a 2006 2. 2006 a 2016 3. 2016 até a entrevista	Macaé	40 min.
06	Verde	01/01/1979	F	Nutrição	E	CAPS	Nutricionista	Desde	Desde	sim	Casa de Saúde Dr.	2004	Niterói	2:30 a 3:00 h

# Participante	Pseudônimo	DN	Sexo	Categoria profissional	Vínculo Empr.	Lotação na Rede	Função	Temp. trab. na Rede	Temp. trab. no CAPS	Trab. anterior em disp. de SM	Local	Período	Cidade de moradia	Tempo locomoção p/ trabalhar
	Claro					RT SEMUSA		2004	2012		Eiras	(7, 8 meses)		
07	Cinza	08/08/1979	F	Serviço Social	E	CAPS	Assistente Social	Desde 2005	Desde 2011	não	-	-	Rio de Janeiro	2:30 a 4:00 h
08	Vermelho	11/04/1973	F	Psicologia	E	CAPS	Psicóloga	Desde 2001	Desde 2007	sim	Ambulatório de Saúde Mental em RO	De 2001 a 2007	Macaé	35 a 50 min.
09	Azul Escuro	10/11/1961	F	Auxiliar de Enfermagem	E	CAPS	Auxiliar de Enfermagem	Desde 2011	Desde 2011	não	-	-	Cabo Frio	30 min.
10	Verde	07/06/1967	F	Auxiliar Administrativa	E	CAPS	Gerente administrativa	Desde 2000	Desde 2009	sim	Centro de reabilitação de RO	De 2000 a 2009	Rio das Ostras	15 a 20 min.
11	Marrom Claro	25/01/1977	F	Enfermagem	C	1. CAPS 2. Amb. de SM 3. Progr. Tabagismo	Enfermeira	Desde 2013	Desde 2013	sim	CAPS de Bom Jesus de Itabapoana	De 2006 a 2007	Rio das Ostras	15 min.
12	Laranja	09/06/1980	F	Técnica de enfermagem.	E	CAPS	técnica de enfermagem.	Desde 2010	Desde 2010	não	-	-	São Pedro D'Aldeia	1:50 a 2:00 h

**Legenda:**

F = Feminino

C = Contratada

SEMUSA = Secretaria Municipal de Saúde

M = Masculino

SM = Saúde Mental

RO = Rio das Ostras

E = Estatutário

RT = Residência Terapêutica

RJ = Rio de Janeiro

**Quadro 8: Dados Sociodemográficos 2**

# Part. U.	Pseudônimo	Escolaridade	Completo		Natureza da PG	Treinamento em SM	Duração	Ano de conclusão
			S	N				
01	Cinza escuro	Pós graduação	X		Política de Saúde Pública	Encontros, Fóruns, Conferências	Não informado	Não informado
02	Roxo	Pós graduação	X		Saúde Mental	Não	-	-
03	Azul Claro	Pós graduação Mestrado (cursando)	X		1. Saúde Mental 2. Gênero e Sexualidade 3. Cursando Mestrado em Atenção Psicossocial	Residência em Saúde Mental	2 anos	2004
04	Rosa Pink	Especialização	X		Prof. Titular da Faculdade de Medicina de Campos	Residência em Psiquiatria	Não informado	Não informado
05	Marrom	Especialização	X		Terapia Ocupacional em SM	Não	-	-
06	Verde Claro	Pós graduação	X		Nutrição Clínica	Não	-	-
07	Cinza	Pós graduação	X		1. Violência Contra a Criança 2. Saúde Pública	Não	-	-
08	Vermelho	Pós graduação	X		Psicopedagogia Clínica	Não	-	-
09	Azul Escuro	Nível médio	X		-	No Estágio do Curso de Auxiliar de Enfermagem	1 mês	Não informado
10	Verde	Nível médio	X		-	Não	-	-
11	Marrom Claro	Pós graduação	X		1. Saúde Pública / Programa de Saúde da Família (PSF) 2. Enfermagem do Trabalho 3. Saúde Mental com ênfase em Psiquiatria	Na pós graduação Saúde Mental com ênfase em Psiquiatria	-	-
12	Laranja	Pós graduação	X		Psicopedagogia	Curso Atenção à Crise	Dois dias	Não informado

Quanto às formas de vinculação, apenas uma enfermeira era contratada através de processo seletivo simplificado. Todos os demais estatutários foram admitidos através de concurso público. As idades dos participantes variaram entre 38 e 70 anos; apenas um homem.

O tempo de trabalho na rede de saúde de Rio das Ostras variou de 20 (quando se deu a realização do primeiro concurso público do município em 1998, havendo outros concursos em 2001, 2004 e 2007) a oito anos (estatutários) e cinco anos (a enfermeira contratada). Em termos mais específicos, o tempo de trabalho no CAPS II-RO, cenário da pesquisa em tela, variou de 11 (seis profissionais atuando desde a inauguração do serviço em 18 de maio de 2007) a seis (estatutários) e cinco anos (enfermeira contratada). Dentre os 12 entrevistados, oito profissionais trabalharam anteriormente com um segundo vínculo empregatício (e/ou concomitantemente ao CAPS II-RO) em dispositivos de saúde mental (ambulatório de saúde mental, CAPS II, CAPS AD, Residência Terapêutica, docência de psiquiatria em faculdade de medicina, INAMPS, hospitais psiquiátricos, emergência psiquiátrica em hospital geral, centro de reabilitação) com variação de oito meses a 10 anos.

Em relação ao local de domicílio, observamos a seguinte distribuição: profissionais residentes nas cidades de Rio das Ostras (quatro), Macaé (três), Rio de Janeiro (dois), Niterói (um), Cabo Frio (um) e São Pedro D'Aldeia (um). O tempo de deslocamento entre suas residências e o CAPS II-RO apresentava variação de 15 minutos (residentes em Rio das Ostras) até quatro horas (moradores do Rio de Janeiro) para ida e volta ao trabalho.

A distribuição por escolaridade foi de dois profissionais com nível médio, sete com pós-graduação (Política de Saúde Pública, Saúde Mental, Nutrição Clínica, Violência contra a Criança / Saúde Pública, Psicopedagogia Clínica, Saúde Pública / Enfermagem do Trabalho / Saúde Mental com ênfase em Psiquiatria e Psicopedagogia), um profissional com especialização (Terapia Ocupacional em Saúde Mental) e um com pós graduação (Saúde Mental / Gênero e Sexualidade) e com Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial em andamento; em relação ao treinamento em saúde mental, dois participantes fizeram residência (Saúde Mental, Psiquiatria), um considera sua participação em encontros, fóruns e conferências como treinamento, um cita o estágio do curso de auxiliar de enfermagem e um o curso de Atenção à Crise. A duração desses treinamentos foi variada: dois anos, um mês, dois dias, sendo que dois participantes não deram essa informação.



O tempo de duração das entrevistas variou de 13 minutos e 54 segundos (participante 9) a uma hora e 25 segundos (participante 1). O tempo médio de duração do total das entrevistas foi de 30 minutos e 37 segundos.

Observou-se que todos os participantes foram receptivos e colaborativos. Alguns mostraram-se com receio de não saberem responder às perguntas por não terem conhecimento técnico suficiente. Houve mobilização de conteúdos internos e sentimentos em alguns momentos da entrevista provocando reações em alguns participantes. Três deles ficaram muito emocionados, com a voz embargada e olhos marejados em algumas falas. Um participante em especial, chegou às lágrimas e a entrevista teve que ser interrompida por alguns minutos até que o profissional estivesse em condições de prosseguir. Um participante continuou falando sobre os temas abordados depois de anunciado o término da entrevista e um outro comentou que tinha gostado porque “É bom poder falar”.

Na organização da grande quantidade de dados produzidos a partir das técnicas utilizadas emergiu a necessidade de utilizar o histórico do PSM de Rio das Ostras descrito em três fases distintas (Quadro 9). Uma vez que a atenção na crise no CAPS II- RO transcenderá o presente - e para efeitos de organização do relatório de pesquisa – o final do recorte temporal da última fase foi a data do término das entrevistas realizadas com os profissionais do CAPS.

#### **Quadro 9: Fases na Trajetória dos Profissionais e do CAPS – RO**

<b>FASE 1 1988- 2007</b>	Implantação do PSM no município em 1998 até a inauguração do CAPS II-RO, em 18 de maio de 2007.
<b>FASE 2 2007- 2015</b>	Inauguração do CAPS II-RO até a suspensão da oferta de leitos para o SUS pela Clínica Ego em setembro de 2015.
<b>FASE 3 2015- 2018</b>	Suspensão da oferta de leitos SUS pela Clínica Ego até 21 de maio de 2018, quando foi realizada a última entrevista no CAPS II-RO.

A partir dos depoimentos individuais dos profissionais do CAPS II-RO estudamos como (i) ocorreu o manejo da crise por profissionais e pelo território, (ii) mas também as relações e interações que os tocaram / modificaram, e (iii) exemplares de marcantes casos exitosos e não exitosos.

As extensivas codificações críticas trouxeram à análise temas e questões, organizados em subcategorias e categorias emergentes (1) por pessoa e (2) transversais à equipe e a cultura no território, que se encontram operacionalmente apresentadas no quadro 10.

### Quadro 10: Categorias e Subcategorias

CATEGORIAS		SUBCATEGORIAS
1	CAPS II-RO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quando inaugurou em 18 de maio de 2007/ Fase 2</li> <li>• O que é o CAPS</li> <li>• Usuários e Demandas de Cuidado</li> <li>• Trabalho do Cuidar</li> <li>• Equipe</li> <li>• Desafios / necessidades</li> </ul>
2	ATENÇÃO NA CRISE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FASE 1 ou Pré-Instalação do CAPS II-RO</li> <li>• FASE 2 ou Instalação do CAPS II-RO</li> <li>• FASE 3 ou Consolidação do CAPS II-RO</li> </ul>
3	A RAPS VISTA PELO AVESSO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A Delegacia</li> <li>• Usuários em Crise, Manejo e Recursos Mobilizados</li> <li>• Manejo e Trajetos Co-construídos</li> </ul>
4	FENÔMENOS CONCORRENTES E POSSIBILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desafios Destacados</li> <li>• Como Poderiam Ser / Ter</li> </ul>

Para fins operacionais de localização, na defesa da dissertação o conteúdo por **participante** está identificado com a cor utilizada no sistema de codificação, adotado durante a análise dos dados. Foi mantida a equivalência de número e cores conforme quadro 3 (página 26) na seção de metodologia.

### CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

A presente seção traz a síntese analítica dos dados, na forma de categorias formadas por subcategorias emergentes dos códigos que surgiram a partir da voz dos participantes.

#### 8.1 CATEGORIA 1: O CAPS II-RO

A categoria 1 ou o CAPS II-RO traz sua descrição na voz dos participantes. Tem início com a contextualização de como se constituiu em momento da implantação e consolidação da Reforma Psiquiátrica na Baixada Litorânea. Descreve o lugar de atenção psicossocial, seus usuários, a equipe, o trabalho e cuidado. Uma seção permeada por desafios e alegrias

### 8.1.1 Subcategoria: Inauguração em 18 de maio de 2007

De acordo com Cinza Escuro:

*“Era toda uma esperança de mudança de um modelo assistencial, uma comemoração a uma luta de um grupo de familiares e trabalhadores da comunidade. Era preciso quebrar muita pedra em relação a ser um dispositivo substitutivo. Tinha muitas representações naquele mandato ou momento histórico. Os fóruns e as conferências eram potentes. Havia participação grande dos usuários, familiares e trabalhadores da SM.” CE*

*“A população da cidade por ocasião da inauguração do CAPS / início da fase 2 era para uma população bem menor. O CAPS contemplava a totalidade que estava no ambulatório com indicação para CAPS. [A demanda] não aparecia [não chamava a atenção] porque isso se resolvia.” CE*

Laranja descreve o CAPS em parte da Fase 2:

*“A gente teve o CAPS dos sonhos com: oficinas, mais oficinas terapêuticas, mais grupos psicoterápicos”. L*

### 8.1.2 Subcategoria: O que é o CAPS

O CAPS foi considerado um lugar:

Interessante de descrever, está localizado dentro da rede do município e foi construído pela equipe, espaço de trabalho para profissionais e de acolhimento e atendimento a usuários. Mesmo com desafios, é um lugar que desperta sentimentos de identificação em membros da equipe.

É um espaço de portas abertas, conta com estrutura - interessante, humana e boa - para os pacientes com transtorno mental grave, que são recebidos e atendidos em situações de urgências e muitas emergências. É um lugar que amo, gosto, me identifico muito.

Nas palavras de Cinza Escuro:

*“É um espaço mais aberto, de acolhimento, de atendimento e construção mais coletiva. E que vai se resignificando ao longo do tempo para o profissional e para o usuário. E como parte no processo, vai implicando o usuário como sujeito do seu cuidado.” CE*

Na atenção à SM é um serviço com *setting* terapêutico desconstruído, bastante dinâmico e aberto a várias possibilidades e faz a diferença para o usuário mais grave.

A equipe faz um acolhimento intensivo, uma abordagem integralizada - com tratamento, socialização de informações, de acesso à direitos, serviços de saúde e de assistência - no cuidado dos pacientes que passam um dia, são cuidados e liberados á tarde.

Suas qualidades / propriedades

Um dispositivo que, administrativamente, além do ambulatório da RAPS, na modalidade CAPS 2, é o único serviço de atendimento a questões de saúde mental que funciona de portas abertas, período integral, de segunda a sexta de 8 às 17h.

Conta com contradições, pois é difícil explicar que, embora um dispositivo extra-hospitalar de SM, voltado para atender pacientes com transtorno mental grave e persistente, que vem substituir outros modelos de cuidado, como a internação, o CAPS ainda é uma instituição de maluco.

Tem como função ser um local de recuperação, uma alternativa para [as pessoas] não ficarem internados em um HP, onde os usuários vem para conversar, procurar ajuda farmacológica ou porque estão precisando de atendimento médico.

Um lugar bom [o CAPS], onde os usuários gostam de estar. E, um dispositivo da SM no município, muito importante para os pacientes. **Muito legal.**

**Continua ainda sendo o diferencial no atendimento na SM do município. É um dos poucos dispositivos de SM que passaram a ser referência muito forte para receber, acolher.** Como trabalha de portas abertas, acolhe o paciente em crise, independente do tipo, mesmo que tenha que mandá-lo para o PS.

De acordo com Vermelho:

*“[O CAPS] Acolhe a pessoa [o usuário] que sofre discriminação, que não é ouvida em momento algum, nem dentro da própria família, muito menos da sociedade.”V*

### 8.1.3 Subcategoria: Desafios

Dentre seus desafios estão horários, transporte, questões sociais e vinculação com a rede:

*“O CAPS fecha às 17:00h. Assim, em uma crise mais forte, o paciente precisa do suporte da emergência. Embora já tenha tido articulação, essa não ocorre hoje.” ME*

*“A distância do centro da cidade também trouxe algumas perdas, dentre elas o limitar de ações com os usuários fora do serviço, alinhada com a necessidade de condução. Não tem transporte coletivo para saídas e visitas. E, sair com os usuários do CAPS é um trabalho de suma importância. [Quando o CAPS inaugurou funcionava num*

*imóvel alugado no centro da cidade, onde permaneceu por alguns anos]. Faltam vínculos com a rede. O não estreitamento de vínculos [com outro dispositivo] acaba fazendo o usuário se sentir pertencente ao serviço e o serviço acolhe.” V*

Atualmente, a coisa está mais difícil, recomeçando. Com o desmonte da rede o CAPS está com problemas, passando por dificuldades e conta com desafios adicionais agravados pela falta de suporte como do HP, emergência e medicamentos.

Como reportam Vermelho e Laranja,

*“Um simples bom dia, um aperto de mão, para eles [os usuários] significam muito.” V*

*“Hoje a gente tem um CAPS que vai levando... acho que no Brasil tudo vai assim, não é?” L*

#### **8.1.4 Subcategoria: Usuários e Demandas de Cuidado**

[Os usuários] **chegam mais ao CAPS e ao ambulatório de SM. A rede encaminha porque sabe que é para o CAPS ou porque não consegue vaga em outro lugar.** Na prática, a pessoa quando chega é conhecida, acolhida e às vezes acalma mesmo sem medicamento.

São realizados atendimentos a familiares e/ou cuidadores e pessoas [usuários] que querem ser inseridas na rede de atendimento em SM do município.

Casos de pessoas com transtorno mental grave e persistente, psicoses em geral, neuroses graves, esquizofrenia, sofrimento psíquico intenso, ou seja, problemas psiquiátricos diversos. Pacientes que saíram de internações longas, com grau de dependência maior do cuidado (geralmente) e com necessidade de atenção diária.

Em termos de tempo de sofrimento psíquico, são atendidos casos de primeiro surto, casos antigos de usuários em que há vínculos com a equipe com quem se tratam há muito tempo. Nos dias atuais, são atendidos usuários com maior vulnerabilidade, fragilidade, chegando à margem / ponta, mais adoecido ou enlouquecido.

Na verdade, um número importante de usuários com alto nível de vulnerabilidade social, às vezes sem familiares ou sem bom acompanhamento da família. Pessoas com pouca autonomia, distanciados da rotina da sociedade e da convivência social. Há também usuários que estão em casa, não saem, não chegam até o CAPS.

Muitas vezes há falta de alimentação, medicação, recursos dos mais diversos. Muitos [usuários] não tem benefício. A crise social está agravando. Agregado a condições de vida dessa pessoa, seu suporte, sua fragilidade, o CID [Código Internacional da Doença] é determinante na definição e no apontar de demandas dessa clientela.

**Suas demandas são mais graves, uma população cada vez mais judicializada, mais implicada / referenciada pela rede.** Demandas espontâneas surgem diariamente.

Azul Escuro, Marrom e Azul Claro apontam a variabilidade de usuários e suas demandas:

*“Algumas vezes perdem o controle, entram em crise. Normalmente são pessoas boas de lidar. Por incrível que pareça.”AE*

*“Alguns já tem uma certa autonomia. Já conseguem vir e voltar sozinhos.”MC*

*“Com quadro mais estabilizado frequentam menos o serviço, mas o mantém como referência para atendimento e cuidado.”AC*

### 8.1.5 Subcategoria: Trabalho do Cuidar

O trabalho no CAPS implica em ações intersetoriais visando o tratamento do usuário.

Embora sem rotina de cuidados previsível, com planejamento dentro de limitados recursos, o trabalho conta com reuniões [de equipe] semanais. E na operacionalização de ações de cuidado direto ao usuário, estão incluídos o preparo da medicação, o acompanhamento, a abordagem para ver como o paciente está, o acolhimento familiar.

Vermelho descreve o trabalho (im)previsível:

*“Tem o previsível: da rotina, do atendimento, dependendo do que vai construir no projeto terapêutico. [imprevisibilidade] Chego no lugar e espero acontecer.”V*

*“O encontro com as pessoas te leva a buscar condutas, caminhos, ali no momento.” V*

O trabalho no CAPS tem qualidades importantes e na perspectiva dos depoentes, é bom ou muito bom. Em equipe, não tira, mas divide responsabilidades, decisões compartilhadas, o que é confortável para seus membros, em particular para o profissional médico [porque já chega tudo adiantado para esse profissional da equipe].

Dentro da rede [é o] melhor local para trabalhar, a estrutura de trabalho é muito boa e é feito um bom trabalho, em que se consegue muita coisa hoje e se faz a diferença. O profissional se sente útil, ajuda o semelhante, [...] e o trabalho faz conhecer o paciente. Tem muito trabalho, muito o que mostrar, muitos ganhos, muito poder e afeto - que é um instrumento poderoso de melhora.

Oportunidade ocupacional ou escolha inicial, o trabalho no CAPS é um desafio de demandas intensas.

[Exige] muito, mais dos trabalhadores antigos, exige criatividade constante, inventar formas criativas de abordar a loucura o tempo todo. É cansativo, tem que ser de corpo e alma, tem que ser muito humano além da parte técnica.

Existem avanços e desafios constantes, em que o profissional dá um passo para frente e dois para trás.

Há também vários cargos que são contratados e o trabalho não tem continuidade. O paciente troca de referência e não consegue ter um vínculo. Houve uma redução de mão de obra de contratos, que não foram repostos.

***“É árduo, trabalhinho de formiguinha.” ME***

*“Às vezes é desgastante. Dependendo da demanda do dia é pesado, independente do número de usuários. Tem usuário que chega muito demandante. Em alguns dias me vejo sugada por esse dinamismo que é natural do serviço mas que sobrecarrega. Quando há crise ou instabilidade, há uma sobrecarga da equipe”.V*

O verbalizar de como o trabalho no CAPS poderia vencer os desafios foi difícil de responder. Azul destacou como necessidades:

*“Avançar na atenção às possibilidades de autonomia, acreditar mais no protagonismo e tutelar menos os pacientes.” AC*

Embora com desafios importantes, o trabalho no CAPS.... mais seduz, conquista, move e provoca sentimentos / emoções nos profissionais da equipe, como observado nos recortes a seguir:

*“A SM não era meu foco no início da faculdade. Nunca cheguei a pensar em saúde mental. Toda minha formação foi voltada para essa clientela de criança. Quando cheguei em RO muitas portas se abriram.” V*

*“Não é a minha área, não tive essa formação na faculdade. A gente foi na cara e com a coragem. É no dia a dia, na raça que a gente aprende. [...] É prazeroso, aprendi muito no dia a dia, é uma área que me apaixonei.” VC*

*“Foi bastante complicado no início. Completamente diferente de trabalhar num hospital. É planejar, coordenar, organizar o trabalho, orientar, fazer supervisão dos técnicos de enfermagem. Não é só o que aprende na faculdade.” R*

*“Aí fui gostando, fui me aperfeiçoando. Hoje em dia gosto de trabalhar no CAPS.” CC*

*“Eu gosto muito de trabalhar no CAPS, foi uma preferência até.” MC*

*“Confio plenamente nesse trabalho. Gosto muito, me identifico.” ME*

*“Pessoalmente gosto de trabalhar no CAPS. Me sinto bem lidando com eles, com alguns pacientes.” AE*

*“Eu gosto de trabalhar em CAPS, é um lugar que venho com muito compromisso ético, venho com muito carinho, tenho satisfação de estar aqui. É uma relação de troca muito próxima, muito intensa, constante, frequente. Sentimentos muito compartilhados”. CE*

*“Um dispositivo que te faz sorrir, que te faz chorar, configura uma reinvenção constante de práticas e cuidado que mudam nosso olhar com a vida e com o mundo. Você ri e chora pela relação que você constrói com o usuário.” CE*

*“Me identifiquei com o serviço lá atrás. De cara tive uma identificação com a clientela. Há empatia com os usuários. O ato de estar próximo, de estar-com foi um grande convite. Poder fazer diferença na vida dessas pessoas de um outro lugar era algo muito novo para mim. Senti necessidade de buscar algo teórico que sustentasse a prática. Em alguns momentos é muito difícil, mas é bom. Gosto de trabalhar aqui no CAPS. Tem algo que é gostoso apesar de ser desgastante. O que era mais potente [no trabalho] não estava sustentado pela teoria mas pela relação, pelo vínculo que estava se formando entre o usuário e eu.”V*

O trabalho cuidadoso no CAPS é bem específico, bem diferente do ambulatório, onde o se vê o paciente como um todo.

Trata-se de um cuidado mais diário, porém personalizado, de intensidade singular aos usuários que quando chegam estão precisando de um olhar, de um cuidado, mais intensivo, semi-intensivo, intensivo. Varia como e com os dias das pessoas.

Marrom escuro descreve o cuidado promotor de saúde e possibilidades:

*“A gente tenta fazer com que eles tenham mais autonomia, se sintam mais incluídos na comunidade, na sociedade. Conseguir empoderar o usuário”. ME*

### **8.1.6 Subcategoria: Equipe**

Os profissionais [da equipe] fazem um vínculo de 20 horas semanais. Descrita como uma equipe boa ou muito boa ou ótima, é engajada, que gosta de estar ali e proporciona um suporte muito grande no dia a dia [do CAPS].

Relativamente grande em relação aos outros CAPS, a equipe de qualidade diferenciada, apresenta unidade, cumplicidade. Se empenha o máximo possível para dar conta, e tem dado conta. Está sempre ali para tentar ajudar de todas as formas e que, apesar das muitas dificuldades enfrentadas, faz a diferença. Muito unida, interessante, boa de trabalhar.



*“É uma equipe profissional muito preparada, é uma das melhores que eu já trabalhei até hoje, não tenho o que reclamar dos profissionais, é de muito boa qualidade, muito estudiosos, muito voltados ao saber, ao conhecimento.” MC*

*“Admiro muito os profissionais com os quais eu trabalho aqui.” CC*

Entretanto, vivencia desafios intrínsecos. E por ser uma equipe trabalhando junto há muito tempo, não renovada, lida com a própria cronicidade e a do outro.

Há portanto, cronificação do olhar aos pacientes e de suas possibilidades. Tutela os pacientes, funcionando como serviço provedor em lugar de promotor.

A equipe apresenta pensamento não protagonista no serviço, em particular sobre projetos e a questão da geração de renda. Há dificuldade em investir em trabalhos mobilizadores de autonomia, protagonismo, cidadania.

São muitos atendimentos. Às vezes tem uma equipe menor que não tem pernas para anteder todas as demandas. [A equipe] usa pouco a rede toda, da cidade, tutela muito esses usuários [quando] deveria sair mais de dentro do CAPS com eles.

Na perspectiva de Marrom Escuro, a equipe no CAPS deve trabalhar de dentro para fora.

*“CAPS bom é CAPS vazio. Eu me sinto assim frustrada quando o usuário chega e fala que ‘A minha vida é o CAPS’. Morando numa cidade que tem praia, morando numa cidade pequena, que dá para se locomover, ‘Não fiz nada no feriado porque minha vida é o CAPS.’” ME*

### **8.1.7 Subcategoria: Desafios e Necessidades**

Na perspectiva dos depoentes, o CAPS precisa de uma equipe que seja contínua, maior, concursada. Faltam profissionais para desenvolvimento de atividades em grupo, como oficinairos, musicoterapeuta, professor de educação física, artesão.

Poderia aumentar as atividades oferecidas no CAPS. Deveriam ocorrer outras atividades, mais oficinas, manter os usuários mais ocupados. Não adianta ter oficinairo se não tem recurso.

Sobre oficinas, Marrom claro descreve sua experiência pregressa:

*“Já trabalhei em outro CAPS que tinha oficina diária e era muito legal. É muito legal ter oficinairo todo dia no CAPS. Seria uma coisa bem válida.” MC*

Também faltam recursos. Falta recurso material para as oficinas, falta regularidade no transporte para fazer visita. De vez em quando fica um ano sem carro, quando tem carro não tem gasolina. Poderia ter mais medicamento. Muitos familiares não conseguem comprar toda a medicação.

O paciente deveria ficar até mais tarde [saem às 15h, o CAPS fecha às 17h]. Precisaria haver formas de conseguir algumas ações [com os usuários] fora do CAPS.

Problemas com agendamento das consultas psiquiátricas, sobretudo para reavaliação, foram descritos como falta de atendimento. Em 02 abril de 2018, a previsão de marcação era para o final do mês de junho de 2018.

O CAPS precisa fazer um trabalho com outros setores da saúde, tem que fazer o estreitamento com a emergência.

## 8.2 CATEGORIA 2: ATENÇÃO NA CRISE

A atenção na crise no município de Rio das Ostras foi contextualizada pelos participantes em três fases distintas: pré-implantação do CAPS II-RO, instalação do CAPS II-RO e consolidação do CAPS II-RO. Cada uma dessas fases apresenta características próprias em relação ao manejo das situações de crise, tendo como importante diferencial a existência ou não do recurso das internações em hospitais psiquiátricos.

### 8.2.1 Subcategoria: Fase 1 - Pré-Implantação do CAPS II-RO

<b>FASE 1</b> <b>1988- 2007</b>	Implantação do PSM no município em 1998 até a inauguração do CAPS II-RO, em 18 de maio de 2007.
------------------------------------	---

De acordo com Cinza Escuro e Rosa Pink:

*“A atenção na crise na fase anterior à implantação do CAPS II-RO, se dava com fluxo direto, do atendimento no Pronto Socorro por um médico clínico para a internação em instituição total. Não havia sistematização alguma de programa.” CE*

*“Depois passou a funcionar 24x7 com psiquiatra de sobreaviso. O psiquiatra em plantão alcançável era convocado a comparecer ao PS. Casos menos graves eram referidos para continuidade no ambulatório. Casos mais graves eram encaminhados ao HP ou a uma instituição conveniada, a Clínica EGO.” RP*

A atenção à saúde mental em RO à época teve várias fases. Segundo Vermelho:

*“Houve vários momentos em RO com muitas internações. Usuários que chegavam em crise no PS, na emergência, eram encaminhados para um HP. Às vezes eram encaminhados ao HP sem que a equipe [de saúde mental] tivesse ciência.” V*

Quanto a lotação dos profissionais de SM e o ambulatório nas proximidades do PS:

*“O estreitamento da rede era um nó. Toda a equipe de SM lotada no ambulatório cobria a emergência psiquiátrica. Cheguei a participar do momento anterior enquanto profissional do ambulatório. A gente cobria a emergência psiquiátrica. O ambulatório ser em frente ao PS facilitava muito isso.” V*

### 8.2.2 Subcategoria: Fase 2 - Instalação do CAPS

<b>FASE 2</b> <b>2007- 2015</b>	Inauguração do CAPS II-RO até a suspensão da oferta de leitos para o SUS pela Clínica Ego em setembro de 2015.
------------------------------------	--

Rio das Ostras nunca teve HP. A referência era a Clínica Ego. No atendimento à crise, a porta de entrada era o PS, e do PS tinha lugar a internação para os hospitais conveniados da Baixada Litorânea. Muitas vezes acontecia o atendimento no CAPS porque não tinha suporte bom no PS.

Como indicado por Azul Claro

*“Internação em HP [Clínica EGO e Hospital Colônia de Rio Bonito] com acompanhamento do CAPS [pacientes crônicos e agudos]”. AC*

Nessa fase, Azul Claro descreve o manejo, quando

*“Crises possíveis eram manejadas no CAPS” AC*

Os primeiros anos de funcionamento do CAPS II-RO, foi um período que configurou a situação ideal de atenção à saúde mental. Como descrito por Rosa pink,

*“Um sonho, uma utopia, um luxo, feito por muitos anos. [Havia] atendimento de urgências, das crises em casa. A equipe era acionada [enfermeiro e psiquiatra] levando medicação ao domicílio, com transporte e motorista. Muitos casos resolvidos no domicílio. Se o paciente tivesse estrutura familiar, não era internado.” RP*

Mesmo em transição, o HP permanecia um dos recursos para não lidar com a agressividade. A internação em HP ocorria por não se conseguir articulações para tirar a crise. Ao mesmo tempo que o HP era um suporte para o sofrimento do usuário, uma forma de proteção para ele, para a família, o HP não beneficiava o paciente, que tinha naquela instituição, uma vida bem difícil. A internação no HP se dava quando: o remédio, a família não davam conta, eles não melhoravam.

De acordo com os participantes, o PS sempre teve resistência, considerada como “histórica” (CE). Entretanto, ainda era possível um trabalho conjunto [antes da transferência] porque o usuário ia dali para o HP. [O PS] era referência ou retaguarda de atendimento [na crise].

Em termos de fluxo, de acordo com Cinza Escuro:

*“O usuário em crise era encaminhado para o PS onde ficava em observação, em seguida era atendido pelo clínico e pelo psiquiatra de sobreaviso. Se fosse o caso era encaminhado para internação. [Quando de alta,] o usuário saía da internação no PS com encaminhamento para o CAPS ou Centro de Reabilitação. Ou ficava aguardando a vaga no HP [que era solicitada no sistema]. Sendo disponibilizada a vaga, o paciente era transferido de ambulância, com o consentimento e conhecimento do familiar, para o HP.” CE*

Sobre a quantidade e qualidade das internações e acompanhamento do usuário,

*“O número de pacientes que ia para os HPs era um pouquinho alta. Ninguém melhorava lá. Não eram os locais adequados para o paciente ficar. A equipe [do CAPS] não tinha o poder de acesso, de poder estar sempre nas clínicas [HP] acompanhando. O cuidado não era humanizado, totalmente diferenciado.” MC*

Com o HP ainda aberto, mesmo com o CAPS implantado, o atendimento à crise flutuava de forma desafiadora entre e com dois modelos assistenciais,

*“Tentava recuperar no CAPS. Tinha o HP para internar. Era mais fácil, era melhor. O paciente ficava internado, [e] voltava para o CAPS quando saía da crise. Hoje não tem isso.” VE*

*“Era difícil conseguir vaga [no HP]. HP era a única coisa que a gente tinha. Paciente na crise não ficava muito tempo no PS, ia para o HP.” L*

*“Quando o usuário era do CAPS às vezes não dava para repensar um outro projeto terapêutico.” V*

*“Tudo encaminhava para as clínicas psiquiátricas. [Ter as vagas nos HPs] Prejudicava muito [o paciente].” MC*

### 8.2.3 Subcategoria: Fase 3 - Consolidação do CAPS II-RO

<b>FASE 3</b> <b>2015- 2018</b>	Suspensão da oferta de leitos SUS pela Clínica Ego até 21 de maio de 2018, quando foi realizada a última entrevista no CAPS II-RO.
------------------------------------	--

No início da Fase 3 ou de consolidação do CAPS, havia famílias que ainda

*“Queriam internar sempre que o paciente entrava em crise [no HP] porque imaginava que ‘lá que é o local da crise’”. MC*

No depoimento dos participantes, o (dis) ou (in)disponível na Rede determinava a atenção não só na crise, mas à saúde mental ampliada. Como aponta Marrom Escuro,

*“A atenção à crise depende do que a gente tem no município, depende da rede. Sinto falta da rede e não do HP.” ME*

A partir de sua experiência, Cinza Escuro descreve

*“Como o atendimento foi sendo construído, organizado. Com o tempo passou a haver um trabalho mais conjunto entre o CAPS, a coordenação SM, o PS. Havia uma construção mais coletiva e reuniões CAPS-PS com discussões sobre como melhorar, construir protocolos desse serviço e como fazer acompanhamento do usuário durante o tempo de permanência no PS.” CE*

### **8.3 CATEGORIA 3: A RAPS VISTA PELO AVESSO**

A Rede de Atenção Psicossocial em Rio das Ostras é culturalmente operacionalizada. Influencia e é influenciada pela cultura do território e das pessoas que nele trabalham e vivem. E para desvelar tais aspectos, a espontaneidade dos participantes mostra como é a RAPS-RO pelo lado íntimo, pelo avesso. Foram incluídos como modalidades de serviços / dispositivos pouco usuais, como a delegacia de polícia, um dispositivo com o qual a equipe do CAPS mantém interação.

#### **8.3.1 Subcategoria: A Delegacia e o Ambulatório**

A **delegacia de polícia** de RO já tem um fluxo de atendimento, de entrada e de saída de pacientes e profissionais. Segundo Cinza Escuro:

*“Ocorrem muitas situações cuja porta de entrada no sistema é a delegacia. O usuário vai para a delegacia porque não estava sendo atendido da forma necessária na emergência. Às vezes usuário do CAPS [em crise também] vai parar na delegacia de polícia, que aciona o CAPS quando o usuário chega.” CE*

Nessa unidade de serviço, são atendidos muitos casos. Em seu fluxo de encaminhamentos para a Unidade de Emergência e para o CAPS, geralmente o usuário vai primeiro pra delegacia, depois de lá vai para o CAPS. Quando é dada entrada com laudo do psiquiatra solicitando a transferência para o CAPS e continuação do tratamento, o técnico do CAPS vai até a delegacia e conversa com o delegado ou quem estiver lá.

De acordo com Cinza Escuro:

*“Muitas vezes a delegacia encaminha o paciente para a emergência. Dependendo do plantão, visão, implicação da pessoa que estiver responsável. Já houve situação em que o usuário foi liberado [sem contato com o CAPS] e desconsiderado o sofrimento mental. A delegacia libera porque o paciente está agitado. A variabilidade*

*interna de condutas é grande e de extremos. Alguns usuários são simplesmente soltos, alguns usuários vão presos.” CE*

A interação CAPS - Delegacia ocorre através de reunião com o delegado para discutir os casos. Um participante relata que “já se chegou ao ponto que o CAPS fez contato com a delegacia para conversar sobre a situação da saúde mental de um determinado usuário.”(CC) Em contexto e momento em que o manejo, seja da família, da equipe, da comunidade e do próprio usuário no cuidado vai se tornando inacessível, difícil.

De acordo com os depoimentos, há três fluxos principais.

O primeiro é quando a delegacia percebe que é usuário do CAPS/fluxo, telefona para o CAPS, que passa as informações do usuário, procurando [explicar e] entender a crise. Em seguida o CAPS chama o resgate. De acordo com Roxo,

*“Dependendo da crise o paciente pode ser trazido da delegacia para o CAPS. Em casos de crise com agressividade intensa, [o usuário] não vai da delegacia para o CAPS, porque pode colocar outros pacientes em risco.” R*

O segundo é que plantão-dependente. Ao receber um paciente, raramente entram em contato com o CAPS e às vezes libera o paciente sem atendimento / referência. Nessa linha, segundo Azul Claro,

*“Pessoas que cometeram delitos são presas, encaminhadas para hospitais de custódia. Pessoas com TM que cometeram delitos são liberadas sem encaminhar à emergência ou acionar o CAPS. Quando comunicado, o CAPS vai à delegacia e tenta abordagem.” AC*

No terceiro, em alguns casos o CAPS consegue que o usuário não tenha nenhuma punição.

No depoimento de Marrom Escuro,

*“Quando a equipe atua indo à delegacia faz uma diferença. Um caso ou outro que não foi bem resolvido, o usuário foi preso.” ME*

O **Ambulatório de SM** tem problemas de gestão. E, segundo Verde Claro e Rosa Pink, agendamentos distantes, pouco eficazes.

*“Tem uma fila muito grande.” VC*

*“Falta de atendimento, e ainda pior: Marcando consulta para o final do ano, vários meses à frente.” RP*

### **8.3.2 Subcategoria: Usuário em Crise, Manejo e Recursos Mobilizados**

Usuários em crise são desafios para a RAPS e em particular para a equipe atuante no CAPS. Estratégias preconizadas e pouco usuais resultam das demandas das pessoas em crise e da crise iniciada e que se agrava na atenção psicossocial.

Os usuários em crise apresentam demandas urgentes em diferentes níveis de atenção, como aponta Marrom Escuro:

*“[O usuário em crise grave] tem que ficar numa unidade hospitalar, ter um acompanhamento psicológico e familiar. Geralmente os pacientes [em crise] ficam muito sozinhos, ficam pelas ruas, custam muito para chegar ao serviço, e quando chegam, chegam muito mal, numa situação bem complicada, bem avançada da crise.” ME*

O manejo dos pacientes resulta de todo um esforço da equipe. Feito pela equipe do dia, por um técnico de qualquer área, preferencialmente por profissional de nível superior. Idealmente o melhor manejo ocorre com o técnico que tem maior proximidade com o usuário. Entretanto, há casos que o técnico de enfermagem é quem tem uma relação mais direta com o usuário. Às vezes a necessidade convoca outras pessoas, como quando um usuário só aceitou ir ao PS com o guarda do CAPS, que está diariamente no local. De acordo com Marrom Escuro e Cinza Escuro

*“Em geral, [a equipe] consegue atender a crise dentro do CAPS. Com a prática, a vivência, consegue perceber se o usuário vai ter que ficar toda a semana ou se vai precisar de suporte da rede. Percebe [com a experiência] que o usuário está entrando em crise. Acolhe, escuta, avalia se o usuário precisa de avaliação psiquiátrica. Vê se o usuário tem apoio, rede, família, amigos, [algum vínculo na] comunidade. Se tem médico no CAPS, tenta uma avaliação.” ME*

*“Com frequência, o CAPS consegue contornar a situação de crise com medicação SOS e suporte familiar, entretanto atividades em grupo como oficinas nem sempre são possíveis.” CE*

Nas palavras de Roxo e Rosa Pink:

*“Se o usuário e um pouco de sua crise são conhecidos, a equipe se prepara para atender. Em particular quando o usuário é muito agressivo e na crise e coloca e em risco a si e sua família.” R*

*“Se a equipe entender que a agressividade pode ser manejada, o usuário é medicado e fica no CAPS em observação [fora da convivência], e se houver psiquiatra no dia, a equipe tenta fazer alguma medicação.” R*

*“Em casos como este, tanto o paciente do CAPS quanto o de primeira vez em crise vão para o atendimento direto pelo psiquiatra.” RP*

*“Se o usuário chega sozinho em crise, a equipe vai fazer o contato com a família e informar e se informar. Procura saber do que tem ocorrido para o paciente chegar em crise e se o paciente está tomando medicação ou não. O profissional hoje se desdobra pra atender à crise e tentar fazer oficina.” R*

Entretanto, há momentos de difícil integração em contexto da RAPS, agravados por falta de recursos, como aponta Laranja:

*“Fica perdida, sofre, vai levando, fica tentando segurar, fica enxugando gelo, incêndio, vai buscando o melhor para o usuário, mas sem recursos. Não encontra suporte, sabe que não está funcionando, tenta buscar erros até mobilizar algumas pessoas.” L*

*“Acha que vai ficar bem [o usuário] no PS. A maior dificuldade para o funcionário é a atenção à crise. A equipe tem todo um trabalho para acompanhar o usuário, medicar. [A equipe quer] que funcione que o usuário seja atendido e que tenha garantido seu direito à assistência.” L*

### **8.3.3 Subcategoria: Manejo e Trajetos Co-Construídos**

O fluxo e trajetórias no atendimento seguem um protocolo de manejo co-construído no território - por usuários, familiares, equipe e comunidade. Em dispositivos previstos e (im)previstos na RAPS, a atenção se dá com a robustez da equipe do CAPS, apesar dos desafios.

Nos distintos percursos na RAPS, o usuário chega [ao CAPS] por demanda espontânea ou encaminhado de outro dispositivo.

Vermelho descreve a presença do importante elemento, a escolha pelo usuário,

*“[Como o] CAPS funciona de segunda a sexta de 8h às 17 h., fora desse do horário, se for preciso, a própria família aciona a emergência psiquiátrica. Em alguns casos eles [usuários e família] chegam primeiro no CAPS. O próprio usuário é quem identifica o serviço como um lugar que vai acolher sua crise. [Quando necessário, a equipe] faz contato com 192 que acompanha esse usuário [ao PS]. Existe um protocolo que o usuário pode estabilizar em 72h no PS sem precisar de uma internação no HG.” V*

Segundo Cinza Escuro:

*“Quando o usuário do CAPS chega em crise, o profissional da equipe tenta conversar com o usuário, pensar com ele alternativas, dentre elas de aceitar medicação SOS, se necessário aumentar sua frequência aos serviços do CAPS e estabelece contato com a família, faz atendimento conjunto e estreita parceira para suporte em casa.” CE*



A equipe do CAPS entrevistada descreve uma modalidade de atendimento ou recurso diferenciado, utilizado que passamos a identificar como **contenção verbal ou dialogada**. Como descreve Azul claro:

*“A palavra, [contenção verbal ou dialogada] recursos disponíveis do serviço, recursos sociais, recursos familiares... A equipe do dia avalia o paciente a situação e decide se deve aumentar a frequência do paciente ao serviço, se é o momento de chamar a família e tentar negociação. Aciona o pronto socorro para tentar medicação SOS.”*  
AC

De acordo com os participantes, a qualidade destacada do sucesso de atendimento à crise no CAPS em contexto da RAPS, se deve à qualidade da equipe profissional, descrita como recurso humano. E a seguir, devido a localização do CAPS no território. Como apontam Verde escuro, Vermelho e Marrom claro:

*“Temos bastante êxito [atendimento na crise] apesar da falta de suporte e de HP. Têm êxito na crise devido à equipe [do CAPS]. O recurso humano aqui é que faz a diferença. Apesar da falta de retaguarda tem mais casos exitosos do que não exitosos no manejo da crise.”*VC

*“Em alguns momentos a gente consegue lidar com a crise aqui por algum tempo. O usuário consegue sair da crise sem precisar ir para a emergência psiquiátrica.”*V

*“Estar no território [é uma qualidade]. O acolhimento dentro do município propicia condições mais dignas de tratamento, tratamento mais humanizado, facilita o acompanhamento da família, [facilita] a equipe estar vendo se ele [usuário] está com medicamento, tomando ou não o medicamento, se está tendo acompanhamento psicológico ou não.”*MC

O acolhimento na crise fora do horário de expediente do CAPS é uma dificuldade que não raramente resulta em encaminhamentos para o PS ou para a delegacia da cidade. E, quando liberados da delegacia ou quando evadem do PS não é feita comunicação ou referência ao CAPS. Há falta de insumos para contenção emergencial física e química, que por vezes pode resultar em riscos para os usuários e familiares e profissionais.

Rosa Pink, Laranja e Vermelho apontam:

*“O CAPS fecha às 17h. [O] CAPS [está] sem recursos para medidas de contenção, proteção física, medicamento injetável. A equipe sofre. Profissionais correm risco muito grande.”*RP

*“Não tem medicação na rede, o CAPS não tem suporte químico.”*L

*“É um ponto que causa bastante inquietação em todos da equipe, em mim particularmente. Durante a crise de um usuário achei que poderia chegar no serviço e não voltar para casa. É um dos grandes momentos de desgaste, instabilidade, gera angústia.”V*

Entretanto, o insucesso do manejo pelo CAPS na RAPS é apontado como a necessidade de encaminhar o usuário para o PS onde é fisicamente contido. Azul Escuro e Marrom escuro descrevem:

*“Quando se esgotam todos os recursos seria uma crise para internação. Quando eles [usuários em crise] não escutam ninguém. Aí vão para o PS, para casos mais graves, eles precisam ser contidos lá (PS).”AE*

*“Quando o CAPS não consegue manejar o usuário. É uma emergência quando o usuário chega muito agitado e precisa de uma contenção. Tem casos que precisam mesmo de emergência”.ME*

Participantes destacaram desafios de ordem assistencial, material e administrativa. O CAPS por vezes aciona o PS, mas enfrenta desafios importantes junto a serviços dentro e fora da RAPS no atendimento ao usuário em crise.

*“[O CAPS] consegue atender muitas crises, com destaque para pessoas com algum vínculo. Precisa de retaguarda dos serviços de urgência e emergência no rompimento forte, é preciso maior contenção. Na crise [de importante desorganização e agressividade] o usuário precisa de maior suporte, ajuda, cuidado.”AC*

O PS é a unidade de emergência, de atenção à crise, no município. Conta com profissionais médicos clínicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos psiquiatras que fazem visita em alguns dias da semana.

Recebe usuários em crise, trazidos pela família, por outras pessoas ou encaminhados pelo CAPS. Muitas vezes a própria família aciona (o PS) antes de chegar ao serviço [CAPS] em dia de semana.

Marrom Claro aponta o PS como recurso importante:

*“Depois que acabaram as internações na região o PS passou a ser o suporte na crise.”MC*

Quando o usuário procura o CAPS em crise ou abre crise intensa quando no dispositivo, Roxo descreve de forma operacional, a conduta adotada:

*“A equipe do CAPS chama o familiar, liga para o PS, fala com a assistente social do PS, chama o resgate, tenta manter o paciente no serviço até o resgate chegar. Quando não há psiquiatra no CAPS no*

*dia da crise, a equipe repassa ao PS as informações sobre o paciente.” R*

Após usuário do CAPS dar entrada no PS, o CAPS:

*“[O CAPS] tenta manter o contato com a equipe do PS e informa os dados do paciente internado. Se o psiquiatra está no CAPS no momento da crise, o paciente já vai para o PS com orientação sobre a medicação. O CAPS continua dividindo o cuidado. Acontece muito de o PS ligar para o CAPS. A equipe do PS procura saber se o paciente é do CAPS. A equipe do CAPS passa para o PS o medicamento, contatos familiares. Faz contato com familiares. Equipe do CAPS visita o paciente. No PS, faz VD, colhe mais informações, verifica se estava ou não sendo medicado em casa. Verifica o que desencadeou a crise.” R*

Dentre os desafios, os entrevistados destacaram falta de preparo e de estrutura para atender pessoas em situação de crise, como indicam Verde claro, Laranja, Verde escuro e Vermelho:

*“Tem toda a dificuldade, não conseguir conter o paciente. Deixa a equipe muito angustiada.” VC*

*“Não está preparado para atender a crise. Ninguém dá conta do usuário. Paciente evade.” L*

*“Hoje é meio complicado, o município não oferece leito psiquiátrico, estrutura.” VE*

*“Hoje [dia da entrevista] tem sobreaviso de psiquiatra, mas tem dias que não tem um psiquiatra para fazer a avaliação.” V*

O HG é um lugar antigo com nova proposta e interface de atenção. Com avanço em dois leitos de SM, mas ainda com necessidades de alinhamento na RAPS, de adequações físicas, administrativas e assistenciais, como compartilhado por Marrom claro, Verde claro, Cinza e Vermelho:

*“Se precisa de cuidado, encaminha para o PS para [depois] poder levar para o HG. Isso melhorou muito para os pacientes” MC*

*“Está começando com o credenciamento do leito psiquiátrico no HG. Com os leitos no HG está conseguindo manter o paciente por mais tempo. Já teve uns cinco ou seis [pacientes] com sucesso.” VC*

*“[Tem dois leitos da SM no HG] com muita luta envolvendo os profissionais do PSM, a coordenadora de SM a gente está conseguindo internar no HG.” CC*

*“Hoje tem dois leitos, mas continua complicado. A equipe não está preparada para atender paciente psiquiátrico no HG. VE*

*“Tem um local físico na emergência psiquiátrica, mas não tem estrutura. No HG são dois leitos para adultos. Estava se pleiteando dois leitos para criança e adolescente [no HG]. É um serviço novo.” V*

#### **8.4 CATEGORIA 4: FENÔMENOS CONCORRENTES E POSSIBILIDADES**

A atenção na crise aponta para vários desafios. Muitos deles foram elencados pelos participantes a partir dos códigos Redes de Saúde; RAPS; gestão e justiça; evasão do PS pela porta da frente; condição social e família do usuário e desafios sociais de elevada magnitude.

##### **8.4.1 Subcategoria: Desafios Destacados**

Os desafios destacados pelos participantes emergiram de forma pontual. E dessa forma aqui apresentados a partir do código RAPS.

O potente controle social de outrora hoje é inexistente. Nas palavras de Cinza Escuro:

*“A gente não tem as mesmas comemorações de antes, porque não temos um movimento social, familiar forte como na época. Não temos representação civil. Os fóruns e as conferências eram potenciais. Não tem mais fóruns. Essa lógica se perdeu [participação civil].” CE*

*“Atualmente dispositivos fragilizados e não atuantes: Conferências de Saúde, conselho gestor (que a gente não tem), Conselho Municipal de Saúde. Precisa ter uma atuação mais firme, mais forte.” V*

Em contexto da cultura local, desafios relacionados à rede de saúde nas descrições de Laranja, Azul Claro, Cinza e Marrom claro:

*“Sempre tem muitas dificuldades.” L*

*“[É] carente de serviços e de estrutura principalmente na atenção básica, cobertura baixa de PSF - cobertura muito pequena de ESF limita algumas ações. Não tem NASF, [tem] muito pouca atuação do programa de SM na atenção básica. Preconceito da área da saúde em incluir a SM como elemento da saúde integral. Cultura local, tímido exercício da cidadania em RO” AC.*

*“Tem uma demanda crescente no município para poucos profissionais. Faltam profissionais, insumos materiais, medicação.” CC*

*“Nunca trabalhei em saúde pública sem ter medicação como aqui. Qualquer saúde, mas a saúde mental agrava mais [a falta de medicação]. A questão da medicação [falta] deixa muito a desejar,*

*porque atrapalha muito a gente que trabalha com saúde mental. Com o decorrer dos anos só piorou.” MC*

Em relação à RAPS Rosa Pink, Vermelho, Marrom Claro, Laranja, Cinza Claro e Azul Claro sinalizam:

*“[Há] falta medicamento como nunca antes, por tanto tempo. [A carência, a precariedade] aumentou. Deteriorando há 15 anos [desde 2003, entrevista em 2018]. Deterioração como consequência da negligência, do não cumprimento da lei (que tem mais de 20 anos). Faltaram alguns dispositivos legislados. Não tem CAPS III. Estado de caos, de anarquia, de desassistência. Não tem mais poder de execução. [...] Falta de uma emergência arrumada, com equipe adequada [em SM], com estrutura física. Pacientes (com laudo) não conseguem atendimento, voltam para o PS e fogem, muitos vão até lá e por vezes não chegam a entrar [ser atendidos]. Quando entram [são atendidos], “fogem” [pela porta da frente] com laudo de internação compulsória, por psiquiatra e ordem judicial, [com] medicamento e laudo.”” RP*

*“Tem coisas a serem alinhavadas com a equipe do CAPS e o hospital, junto com a coordenação de saúde mental[...]. Não acontece se não tiver o recurso humano. Dificuldade de acionar o resgate do usuário [para o PS]. Falta de ambulância. O médico que atende não se apropria daquela demanda, não identifica que ele faz parte desse processo de receber esse usuário em crise e avaliar. Fica algo distante. O clínico poderia ter uma abordagem diferenciada quando recebe esse usuário. Muitas vezes ele [o usuário] é apenas um usuário da saúde mental onde não tem equipe.” V*

*“Nem no HG nem no PS tem todos os medicamentos.[...] É muito grande: a rejeição, a exclusão [do paciente]. Às vezes ele vai em crise para lá e se não for medicado de forma correta, não vai sair da crise.” MC*

*“Atenção à crise que deveria ser no pronto-socorro ou no hospital talvez não funcione por causa mesmo do sistema. Há falha no sistema. Tudo começa no macro e vem para o micro.[...] [O PS] só atende o paciente com sintoma que se pode ver. Ainda há um preconceito quanto ao mental também por parte da equipe que vai atender. Há despreparo da equipe. Questão política. Equipe mal remunerada, carga horária puxada.” L*

*“A emergência psiquiátrica é no PS. Às vezes o CAPS nem fica sabendo que o usuário estava internado no PS. O usuário chega e é atendido pelo clínico geral, não tem visita do psiquiatra todos os dias. Algumas vezes a assistente social também atende. Algumas vezes o PS avisa ao CAPS que o usuário está lá. Muitas vezes o familiar avisa*

*que o usuário está lá. Se o usuário não evade do PS é referenciado para o CAPS. Encaminhamentos muitas vezes desanimadores.”CC*

*“Profissionais do PS não entendem que ali é um local de atendimento à crise dos usuários com transtorno psiquiátrico no município. No PS não se sabe se o usuário vai ser atendido, se vai ficar o tempo que ele precisar para sair da crise. É um direito que ele tem de ser assistido num dispositivo de saúde mental, de ficar o tempo que for para poder sair da situação de crise. Usuário vai para o PS e acaba evadindo quando não é contido ou quando não tem muita noção de que ele precisa ficar ali para estabilizar o quadro. A família fica nesse desgaste. Muito desgastante, muito desrespeitoso com os usuários e familiares.” CC*

*“É um desafio grande na rede o entendimento da responsabilidade em atender portadores de TM em crise. Medicação de urgência e liberação sem chamar o psiquiatra. [O] usuário fica no espaço sem atenção à SM, quase sempre evadem. É um cuidado que não dá conta. Comunicação difícil, descontinuidade de comunicação pactos / acordos e cuidado entre os plantões. Paciente ou foge ou recebe alta precoce.” AC*

Também são elencados por Vermelho, Rosa Pink e Roxo desafios relacionados à gestão e à justiça:

*“A gestão contribuiu para que as coisas se perdessem. Tem uma outra lógica de hierarquia, mais impositiva. É um momento de desânimo. Para ver as coisas acontecendo é preciso de uma energia.” V*

*“Nem a justiça dá conta de pacientes que cometem delitos graves, não tem poder de execução. [Médicos] fazem documentos de denúncia para o MP. A legislação não é observada.” RP*

*“A crise precisa ser melhor atendida, atualmente tem uma dificuldade grande. O usuário consegue ser internado no PS através de meio judicial. Não deveria ser dessa forma.” R*

Outro fato destacado foi a evasão do usuário pela porta da frente do PS. De acordo com Cinza Escuro, Azul Escuro e Rosa Pink

*“Lugar que requer cada vez mais a articulação com o CAPS. Exige cada vez mais nossa conversa, nossa ida junto à direção clínica do PS. O usuário as vezes evade mesmo sendo encaminhado pela delegacia, vai fazer um estrago na rua, quebrar carro, agredir alguém, por falta de atendimento na crise de forma adequada [no PS]. Sentimento de impotência diante da evasão do usuário muito recorrente. Profissionais do PS colocam falta de condições. Usuários continuam evadindo “pela porta da frente do PS [com porteiro que abre a porta entre a sala de espera e as enfermarias].” CE*

*“Geralmente eles (profissionais de saúde) não conseguem manter eles [usuários]. Eles estão lá, mas fogem, saem. Não há vaga. Não há profissionais para mantê-los lá. Por falta dos HP essa parte tem que ser melhorada.” AE*

*“Consequências [na fuga do PS]: [o usuário] coloca em risco a vida da sociedade e vida dele. Sofridas pela sociedade e família de uma pessoa em grave crise na rua, em casa. Paciente pensa que não precisa da internação.” É um transtorno. [...] [usuários] Desassistidos. (é) Grave. Desassistência das crises. Usuário em crise é um peso grande para a família e a sociedade. Com laudos de justiça "terapêutica" há anos sem resolução [tratamento] da psiquiatria com mandato e sentença judicial que não consegue ser cumprida. Usuários que cometem delitos graves ficam soltos, em crise vão para casa, ficam em casa em crise. Acabam por ir para clínicas particulares de psicologia, psiquiatria.” RP*

Sobre a condição social do usuário e família Marrom Claro e Rosa Pink alertam:

*“A condição social do paciente geralmente é muito precária. Às vezes tem um salário, Às vezes nenhum. Tem o aluguel, a moradia. A condição social impede muitas vezes o tratamento. [a família] Nem sempre tem condições de comprar medicamento. Isso dificulta a gente a tirar esse paciente da crise quando 90% dos pacientes não tem condições de comprar todos os medicamentos todo mês. [sem dinheiro] como fazer o uso correto da medicação?” MC*

*“Sobrecarga [da família]. Se sacrificam financeiramente e paciente acaba indo para clínica paga. Com recursos financeiros internam os pacientes em crise em HP de luxo. Sem recursos financeiros: ficam com os pacientes na rua, em casa, no CAPS.” RP*

Desafios sociais de elevada magnitude são lembrados por Rosa Pink e Marrom Claro:

*“O estigma. Tráfico e uso de drogas. Tráfico cooptando o paciente psiquiátrico, principalmente pacientes com debilidade mental.” RP*

*“É muito grande: a rejeição, a exclusão (do paciente).” MC*

#### **8.4.2 Subcategoria: Como Poderiam Ser / Ter**

As possibilidades perpassam pelo possível e pelo ideal. O desejo de como poderia ser a atenção psicossocial em RO é traduzida em frases objetivas, com recortes de seus depoimentos.

## Rede de saúde

*“Que dialogasse, que aceitasse mais, o PSM seria mais satisfatório.”*  
CE

*“Poderia ter uma rede mais ampliada, um CAPS AD.”* VC

*“Não faltar medicamentos.”* MC

## RAPS:

*“[Ter um] trabalho potencializado tanto no CAPS quanto na RAPS.”*  
CE

*“Rede mais estruturada; mais recursos. Serviços de urgência e emergência para casos específicos graves, NASF, CAPS ad; Consultório na Rua; atenção à crise no pronto socorro e no hospital.”*  
AC

*“Ter locais para capacitação não só para o usuário, mas também para os familiares.”*CC

*“Atenção básica com todos os dispositivos funcionando resultaria em não reabertura de HP. Usar ou se inspirar em experiências exitosas internacionais, menor estigma. Que disposto na Lei esteja regularmente funcionando. Deveriam chegar os instrumentos legislados [da RAPS]. Centro de Convivência como o lugar de todo mundo com atendimento integral. Como lugar sem o estigma: "ali é lugar de louco". Onde todos, tudo poderia ser atendido em um lugar só, todos na comunidade seriam atendidos na mesma unidade.”*RP

## Programa de Saúde Mental (PSM)

*“Poder retomar os próprios servidores da SM. É preciso juntar os pares do programa, do CAPS. Estar em algum espaço onde os servidores da SM pudessem estar trocando, para que a gente tenha uma motivação para continuar lutando.”*V

## Serviços

*“Ter serviços que possam garantir sequência no trabalho.”*CE



*“Funcionar bem se tivesse mais estruturação de serviços. Ter ambulatório de SM com mais recursos, com maior flexibilidade, menos burocratizado. Ter atenção básica menos burocratizada.” AC*

## **Recursos humanos**

*“Trabalhar com recursos humanos efetivos, concursados, para evitar desmontes.” CC*

*“Precisariam estar mais capacitadas, precisam de um olhar mais ampliado. Ter um PS e Hospital Geral com uma equipe mais treinada.” R*

*“Precisa ter cultura de SM mais infundida em unidades de urgência e emergência e seus profissionais. Equipes em unidades de urgência e emergência treinadas e que construam casos em parceria com o CAPS.” AC*

*“A humanização dos profissionais. Ter o profissional necessário.” MC*

## **Pronto Socorro**

*“Ter uma porta de entrada, uma equipe preparada para receber e manter esses pacientes, ter psiquiatra todo dia, um técnico de enfermagem com experiência (na emergência). Que não demorasse tanto o atendimento com a psiquiatria. Às vezes as visitas do psiquiatra demoram e como a equipe não está preparada o paciente acaba fugindo. Manter o paciente mais tempo até sair da crise.” VC*

*“Caso não consiga mandar para o HG. Ter leito psiquiátrico. Deveria ter uma equipe de psiquiatras todos os dias de plantão no OS como existia antes com psiquiatra, com psicólogo. Evitaria encaminhamentos para o HG.” VE*

*“Muitas coisas precisam ser feitas para garantir o atendimento em crise pra esses usuários.” CC*

*“O paciente em crise tem que ter o suporte no PS como qualquer outra emergência.” L*

*“Profissionais que atendem na emergência do PS precisam ser capacitados para melhor atender os usuários e familiares. Usuário poderia estar saindo da crise mais rápido (com melhor atendimento no PS). Facilitaria o atendimento no CAPS (melhor atendimento na emergência).” CC*

*“Uma equipe de SM no PS diminuiria as evasões, o que faria toda a diferença. Não precisa ter o médico 24 h (no PS), mas ter uma equipe lá, ter uma equipe própria, treinada. Estar construindo, fortalecendo a rede, através do programa independente do usuário estar lá ou não. É um movimento de anos, poder que isso retorne (equipe de SM no PS). Facilitaria outras conduções da internação.”V*

*“Teria que dar suporte para o paciente ficar bem na unidade, tomar um remédio, melhorar a estrutura, ter psiquiatra 24 h de plantão, não só de plantão sobreaviso. “Não tem demanda pra isso”. Não tem por que não tem estrutura de ficar mandando pra lá todos os dias. Ter uma referência. Todo dia ter um psiquiatra. A recepção teria que ser melhor qualificada. A equipe estar sensibilizada, capacitada para fazer o acolhimento do paciente da psiquiatria, porque um psiquiatra não vai fazer milagre.” MC*

## **Hospital geral**

*“Como é: hoje incipiente, ainda que seja ocupado por determinação judicial. [Poderia ter] leitos psiquiátricos, leito de SM, no hospital geral, ter um lugar no hospital onde os usuários pudessem ser acolhidos.”L*

*“[Contar com] HG quando precisasse de uma internação mais longa com equipe preparada.”VC*

*“Tem que fazer curso pra capacitar o pessoal do HG, ter pessoas preparadas no HG para atender essa demanda da saúde mental.” VE*

## **Pronto socorro / Hospital Geral**

***“Deve-se mapear as evasões que ocorreram”CE .***

*“[Evasões] Ficam algo distante. O clínico poderia ter uma abordagem diferenciada quando recebe esse usuário. Muitas vezes ele [o usuário] é apenas um usuário da saúde mental onde não tem equipe.” V*

*“Que o atendimento fosse humanitário. Que o paciente fosse acolhido quando chegasse na crise.”VC*

*“A equipe do PS e do HG estar sensibilizada com o programa, como funciona, e ter os leitos disponíveis sempre.” MC*

*“Melhor atendimento dos profissionais da emergência, PS e HG.”CC*

*“Ter vagas no PS e no HG para esses pacientes. Ter um apoio maior do PS e do HG nas internações e uma maneira que eles consigam permanecer lá (no PS).”AE*

*“O ideal é que o paciente fique 72 h no PS e se o quadro não equilibrar, não evoluir ele vai para o leito no HG”ME*

### **Ambulatório de saúde mental**

*“Precisa de mais psiquiatra, mais psicólogo. Uma equipe maior para atender a população que triplicou nos últimos dez, vinte anos.”VC*

*“O ambulatório poderia estar sendo descentralizado para os postos. Quanto mais próximo o profissional estiver da população, mais fácil o acesso.”CC*

### **ESF/PSF**

*“Precisa de uma rede mais estruturada de atendimento na atenção básica, na ESF em saúde mental porque evitaria muito a crise do paciente que está em casa, não tem acesso, não quer ir (ao CAPS), a família não tem como levar.”ME*

*“[Estratégia de Saúde da Família / Matrciamento]. Expandir a proximidade com o território, os familiares, com o sujeito em seu local de convívio.”V*

*“O acolhimento dos pacientes deveria começar nas Unidades de Saúde da Família, dentro da comunidade. O PSF é o básico, é a casa deles. Seria válido, seria muito bom ele (o paciente) ter um vínculo ali (saúde da família). Evitaria muita coisa (ESF) olhar o paciente como um todo. Se melhorar a condição de ESF iria dar um suporte bem legal pra gente. Não é porque é paciente psiquiátrico que não devesse ser acolhido na USF.” MC*

### **Matrciamento.**

*“Com um serviço de emergência dando suporte. Evitaria muito a crise do paciente que está em casa, não tem acesso, não quer ir (ao CAPS), a família não tem como levar. Ajudaria a procurar outras alternativas para os usuários na sua comunidade (o atendimento descentralizado). ME*

*“Poder contar com a equipe de matrciamento”V*

Os depoimentos em suas categorias apontam desafios e possibilidades da atenção na crise ao portador de agravo à saúde mental, discutidos na próxima seção.

A última parte da entrevista semiestruturada abordou os casos exitosos e não exitosos na atenção à crise no CAPS II de Rio das Ostras, provocando uma reflexão sobre quais os fatores que fizeram com que o caso escolhido tivesse tido êxito e quais os fatores que o tornaram um caso não exitoso. Os quadros 11 e 12 trazem síntese dos casos, seus dados clínicos e desafios vencidos e causas do possível não êxito.

Quadro 11: Casos exitosos

#	DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS	DADOS CLÍNICOS	TIPO DE DESAFIO VENCIDO
P1	A, homem, 45 anos, usuário do CAPS, suporte familiar frágil.	Emagrecido, desnutrido, desidratado, ficou desorientado após ingerir bebida alcoólica no carnaval.	Técnico de referência do usuário e psiquiatra do CAPS (importante o psiquiatra estar lá no dia que A. chegou no CAPS em crise), devido ao vínculo, perceberam que o paciente estava em crise. Feita mudança na medicação e com o suporte familiar ampliado (familiares se revezaram no cuidado) houve remissão da crise e melhora do quadro clínico sem que A. precisasse ter isso para o PS.
P2	C., mulher, 28 anos, usuário do CAPS, família muito presente.	Obesidade, portadora de transtorno afetivo bipolar	Saiu da crise devido à intensividade do cuidado no CAPS, adesão ao tratamento (convivência, psicoterapia, uso adequado da medicação), não faltou medicação na rede, parceria com a equipe do posto de saúde próximo à casa de C., parceria com a SMAB.
P3	E, homem, 42 anos, usuário do CAPS, família muito presente. Bom nível sócio econômico e cultural.	Esquizofrenia	Apoio da equipe desde o primeiro surto, várias internações em HP e PS, sempre com o acompanhamento do técnico de referência do CAPS. Adesão à medicação e à psicoterapia. Suporte familiar intensivo, suporte do ambulatório SM. Conseguiu estabilidade no quadro. Fez faculdade. Quando percebe que não está bem procura logo o CAPS antes que o quadro se agrave. Consegue gerenciar o próprio cuidado com a ajuda do CAPS. Promoção de autonomia.
P4	F, homem, 38 anos, usuário do CAPS.	Esquizofrenia. Não aceitava medicação. Sofreu ameaça de morte na comunidade.	Devido ao forte vínculo afetivo com a equipe do CAPS, hoje entende que não pode ficar sem usar a medicação. Na crise não vai para o PS, procura o CAPS, onde se sente querido, amado e seguro.
P5	MS, homem, usuário do CAPS, 50 anos, bom suporte familiar.	Esquizofrenia. Ficou um ano e meio internado em HP em outra região. O HP ia fechar, o paciente não estava bem e ia voltar para RO.	Antes da saída do usuário o técnico de referência do CAPS, a coordenação do PSM e a promotoria do município fizeram uma <b>articulação</b> para que MS ficasse internado no HG de RO quando retornasse. MS estabilizou em 1 semana no HG com o suporte do CAPS e da família. Após a alta passou a frequentar o CAPS diariamente.
P6	MA, homem, usuário do CAPS, 52 anos. Sem suporte familiar	Esquizofrenia, uso prejudicial de álcool.	Evade do PS (não tem acompanhante). Forte vínculo afetivo com a técnica de referência. A equipe do CAPS conseguiu manejar a crise com cuidado diário diferenciado (PTI), o carro do CAPS pagava na residência e levava diariamente, a oficina de artesanato era aberta fora do horário só para o paciente, medicação de depósito feita no CAPS. Confiança na equipe.
P7	VJ, mulher, 44 anos, bom suporte familiar.	Episódios de heteroagressividade	Internada no PS. Saiu da crise devido ao suporte familiar, do técnico de referência do CAPS e da <b>articulação</b> da equipe do CAPS com a equipe do PS na construção do PTI.

P8	J, homem, 45 anos, sem suporte familiar, criado em orfanato.	Déficit cognitivo, dificuldade de comunicação, baixa tolerância à frustração, auto e heteroagressividade.	Muitas internações em HP e no PS. O manejo das crise tem êxito devido à forte vinculação com a equipe do CAPS e seu técnico de referência (conseguem fazer negociações, dar um significado ao comportamento agressivo, aumentar a intensividade do cuidado). O diferencial no caso foi a ida do usuário para a RT pois o abandono familiar sempre foi uma questão importante para o mesmo.
P9	_____	_____	Observação: não citou um caso específico, mas reconhece que o CAPS consegue manejar muitas crises, sem encaminhar para internação com: conversa, medicação injetável e suporte familiar
P10	MA, mulher, 45anos, usuária do CAPS.	Várias tentativas de suicídio.	Forte vínculo afetivo com uma profissional da parte administrativa que é quem consegue, com conversa, tirá-la do banheiro quando se tranca dizendo que vai se matar. Passa o dia com ela.
P11	M, mulher, 54 anos, usuária do CAPS. Filha também usuária do CAPS. Apoio de membros da comunidade.	Transtorno afetivo bipolar, heteroagressividade.	A equipe do CAPS consegue manejar a crise com conversa, medicação, intensividade do cuidado, visitas domiciliares.
P12	JC., homem, 22 anos, usuário do CAPS, bom suporte familiar	Paciente grave. Não participava de nada, muito quieto, muito calado, muito isolado.	O CAPS consegue manejar as crises do usuário com a enfermagem cuidando da medicação (quando falta na rede o familiar compra), psicoterapia, participou do Grupo de Gestão Autônoma da Medicação (GAM), aula de violão com um estagiário do CAPS e futebol (atividade externa), promoção de autonomia e melhora da auto estima. Hoje trabalha com o pai.

Legenda: P = Participante

**Quadro 12: Casos não exitosos**

	<b>DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>	<b>DADOS CLÍNICOS</b>	<b>CAUSAS QUE LEVARAM AO NÃO ÊXITO</b>
P1	D, adulto, 29 anos. Não aderiu ao CAPS. Acompanhado também pelo CREAS.	Faz uso de substâncias psicoativas, história de prisão.	Sem adesão ao uso de medicação, não fez vínculo com a equipe, com o técnico de referência. Vive em situação de rua. Não aceita o cuidado da família. Situação de vulnerabilidade social.
P2	MA, homem, usuário do CAPS, 52 anos. Sem suporte familiar.	Esquizofrenia, uso prejudicial de álcool.	Faltou medicação no CAPS. Foi para o PS, o atendimento lá foi “truculento”. Usuário se voltou contra a equipe do CAPS. Sofreu ameaças na comunidade. Falta de apoio da ESF (cobertura muito pequena). Horário de funcionamento do CAPS não permite um acompanhamento integral. O não êxito se deu mais devido a fatores externos ao CAPS. Falta uma rede de cuidado.
P3	Geralmente casos que chegam ao CAPS através da família, posto de saúde, etc. O paciente mesmo não vem.	Pacientes estão em crise, em casa. Não chegam no serviço.	Estrutura mais burocrática do serviço, dificulta a aposta em soluções mais criativas. O fato de os profissionais da equipe trabalharem juntos há muito tempo, sem renovação, levou ao cansaço, à acomodação, ficam muito presos ao cotidiano. Há um certo funcionamento cronicado e um pouco defensivo para dar conta de alguns casos mais difíceis.
P4	Pacientes que não tem nenhuma referência no CAPS.	Estão em franco surto psicótico, delirantes. São os pacientes mais graves.	Paciente não aceita medicação injetável. É difícil conseguir o resgate. O bombeiro não vai, o próprio PS não vai sem o bombeiro, o bombeiro não vai sem o PS. O paciente foge no meio do caminho ou evade do PS. Fogem do CAPS também.
P5	R., homem, 29 anos. Os pais insistem em internação em HP.	Diagnóstico ainda não definido.	Só os pais chegavam no CAPS solicitando internação. Equipe do CAPS fez VD. Internado no PS e HG mas evadiu. Acabou sendo internado pela família no leito de SM de Quissamã. Participante acha que faltou mais visitas do CAPS ao PS e HG. Não houve formação de vínculo.
P6	—	Casos de esquizofrênicos com dependência química.	São os mais difíceis. Não fazem vínculo
P7	—	Casos que não chegam até o CAPS. O paciente fica em crise em casa.	A família insiste na internação (vai procurar meios de conseguir internação fora da região). Paciente não faz vínculo apesar da equipe fazer VD, não aceita vir ao CAPS.
P8	MA, homem, usuário do CAPS, 52 anos. Sem suporte familiar.	Esquizofrenia, uso prejudicial de álcool.	Faltou medicação no CAPS e na rede. Paciente estável há 8 anos, entrou em crise. Sofreu violência moral no PS (despreparo da equipe do PS), problemas na comunidade. Usuário se voltou contra a equipe do CAPS, ameaçando os

	<b>DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>	<b>DADOS CLÍNICOS</b>	<b>CAUSAS QUE LEVARAM AO NÃO ÊXITO</b>
			profissionais, agredindo verbalmente. Participante se emociona quando se dá conta do quanto está vulnerável e suscetível num momento de crise do paciente, independente da vinculação. Hoje o paciente está internado em HP no estado de Minas Gerais (não pelo PSM de RO).
P9	FP, homem na faixa dos 38 anos.	Esquizofrenia	Acha que está curado. Não toma a medicação em casa. Não adere ao tratamento.
P10	MA, homem, usuário do CAPS, 52 anos. Sem suporte familiar.	Esquizofrenia, uso prejudicial de álcool.	A agressividade do paciente. Nem todos os funcionários do CAPS estão preparados para lidar com agressividade. Com o profissional com quem tinha vínculo, o usuário agiu de forma menos agressiva. Com os demais, não. Aproveitou o desespero de todos.
P11	G, homem, 42 anos, usuário do CAPS.	_____	Entrou em crise porque o psiquiatra havia marcado a consulta dele no feriado. Não aceitava que o médico tivesse errado. Dizia que quem tinha que tomar remédio era o psiquiatra e não ele. Ficou agressivo, com a equipe, com o médico. Ninguém conseguiu contornar. Já era tarde, perto da hora do CAPS fechar. O resgate foi acionado e o usuário foi para o PS
P12	MI, mulher, faleceu aos 59 anos, usuária do CAPS. Sem suporte familiar.	Psicose, uso de múltiplas drogas.	Tentou agredir os profissionais, ameaçou de morte, sem família, não fazia uso correto da medicação. Foi assassinada no carnaval.

Legenda: P = Participante



No relato dos participantes, os casos exitosos foram mais facilmente lembrados e não houve repetição dos usuários. Já em relação aos não exitosos, os casos são citados mais genericamente como, por exemplo, “casos que não chegam até o CAPS”, “casos de esquizofrênicos com dependência química”, “pacientes que não tem nenhuma referência no CAPS”. Como causa que levou ao não êxito no manejo da crise do usuário no CAPS, o comportamento agressivo foi citado mais de uma vez. Um mesmo caso, de MA, foi lembrado por três participantes como caso não exitoso e uma vez como caso exitoso. Outros fatores que levaram ao não êxito foram a falta de medicação, de suporte familiar, comorbidade com o uso de drogas, falta de vínculo com profissionais do CAPS. Também foi citado o horário de funcionamento do CAPS, falta de suporte adequado da rede e também um cansaço, acomodação, um certo funcionamento cronificado e um pouco defensivo da equipe para dar conta de alguns casos mais difíceis, devido ao fato de trabalharem juntos há muito tempo.

## 9. ANÁLISE E DISCUSSÃO

No processo de análise e síntese do apreendido dos dados, em particular do que foi dito pelos participantes durante as entrevistas e procurando identificar “sentenças-chave” que descrevessem o universo da pesquisa através do olhar da equipe, chegamos a presente seção.

### 9.1 ANÁLISE

O CAPS foi descrito como um **lugar** de trabalho construído pela equipe, de acolhimento e atendimento aos usuários. Mesmo com desafios, é um lugar que desperta sentimentos positivos de identificação em membros da equipe. Na atenção à SM é um serviço com *setting* terapêutico desconstruído, bastante dinâmico e aberto a várias possibilidades e faz a diferença para o usuário mais grave.

É um **espaço** de portas abertas, conta com boa estrutura para os pacientes com transtorno mental grave, que são recebidos e atendidos em situações de urgências e muitas emergências. Funciona como uma alternativa às internações em hospitais psiquiátricos.

O CAPS é um **local** que vai se resignificando ao longo do tempo para o profissional e para o usuário. E, no processo, vai implicando o usuário como sujeito do seu cuidado. Continua sendo o diferencial no atendimento na SM no município. Acolhe o paciente em crise, independentemente do tipo, mesmo que tenha que mandá-lo para o PS.

**Quando inaugurou**, em 2007, o CAPS era toda uma esperança de mudança de um modelo assistencial substitutivo. Foi a celebração da luta de um grupo de familiares e trabalhadores da comunidade. Havia muitas representações naquele mandato ou momento histórico. Os fóruns e as conferências eram potentes. Havia grande participação dos usuários, familiares e trabalhadores da SM. Houve um período “dos sonhos” com mais oficinas terapêuticas e mais grupos psicoterápicos.

Na avaliação dos entrevistados, a **demand**a é concentrada em pessoas com maior nível de vulnerabilidade, de fragilidade. Suas demandas singulares são mais graves, cada vez mais judicializadas, mais referenciadas pela rede. Diariamente também chegam ao CAPS-RO demandas espontâneas dos indivíduos, de seus familiares e cuidadores. Procuram o dispositivo pessoas com transtorno mental grave e persistente, psicóticos em geral, neuróticos graves sendo alguns com sintomas psicóticos, com sofrimento psíquico intenso, com problemas psiquiátricos, esquizofrênicos. Desde casos de primeiro surto como pacientes com ou que saíram de internações longas (geralmente), com maior grau de dependência do cuidado.

Alguns já tem uma certa autonomia. Já conseguem vir e voltar sozinhos. Com o quadro mais estabilizado, frequentam menos o serviço, mas o mantém como referência para atendimento e cuidado.

Em relação à **questão social** dos usuários foram identificadas carências como pouco ou nenhum suporte familiar, falta de alimentação, de medicação, de benefício, de recursos. Foi também observado um agravamento da crise social.

O **trabalho** no CAPS envolve ações intersetoriais e reuniões semanais de equipe. Não tem uma rotina certa. Tem o previsível do atendimento e do Projeto Terapêutico Individual (PTI) e o imprevisível. O **ENCONTRO** com as pessoas é que leva o profissional a buscar condutas, caminhos, ali no momento. Algumas qualidades do trabalho no CAPS foram destacadas: normalmente é bom ou muito bom, decisões são compartilhadas e as responsabilidades, divididas. É um trabalho apaixonante em que se aprende muito e tem citado o **AFETO**, como um instrumento poderoso de melhora.

Trabalhar no CAPS desperta **sentimentos positivos** de identificação e satisfação. Configura uma reinvenção constante de práticas e cuidado que mudam a visão da vida e do mundo. É um constante aprendizado. Há uma relação de troca onde sentimentos são compartilhados. O mais potente é sustentado pela relação, pelo **vínculo** que se forma entre o

profissional e o usuário. Porém, o trabalho no CAPS também traz **desafios**, pois exige criatividade constante nas formas de abordar a loucura. É um trabalho árduo, cansativo, desgastante. Dependendo da demanda do dia é pesado, independentemente do número de usuários no serviço. O dinamismo, próprio do trabalho, às vezes suga o profissional, sobretudo quando há crise ou instabilidade do usuário. Ter aptidão foi citado como uma necessidade para trabalhar no CAPS.

Os **cuidados** dispensados aos usuários do CAPS foram descritos como específicos e bem diferentes dos prestados pelo ambulatório de SM. O paciente é visto como um todo e o cuidado é mais diário, visando a promoção da autonomia, a inclusão do usuário na comunidade e na sociedade e seu empoderamento enquanto cidadão.

A **equipe** do CAPS foi considerada pelos participantes como muito boa, unida, ótima, maravilhosa, preparada, engajada, que se esforça ao máximo para dar conta. Trabalha com o subjetivo, gosta de estar ali e que faz a diferença. É uma equipe que discute continuamente o trabalho em SM e a RAPS. É relativamente grande em relação a outros CAPS. Os profissionais são muito estudiosos, muito voltados ao saber, ao conhecimento.

Alguns **desafios intrínsecos à equipe** do CAPS também foram apontados, como de os profissionais da equipe estarem trabalhando juntos há muito tempo, sem renovação, por exemplo. O fato de se conhecerem há muito tempo, faz com que haja uma cronificação do olhar sobre si próprio e sobre o outro. Há uma cronificação do olhar aos pacientes e de suas possibilidades.

O CAPS também foi citado como um serviço provedor em lugar de promotor de autonomia / cidadania / protagonismo na vida. Tem a ver com o pensamento não protagonizador da equipe no serviço sobre: projetos, questões sobre geração de renda. Há dificuldade em investir em trabalhos mobilizadores de autonomia, protagonismo, cidadania. Há uma elevada ocorrência de tutela dos pacientes. A equipe usa pouca a rede toda da cidade. Saem pouco.

Vários **desafios** em relação ao serviço prestado pelo CAPS foram apontados pelos participantes. Um deles diz respeito aos contratos. Quando termina o período de trabalho em um profissional contratado há uma ruptura, uma descontinuidade no PTI do usuário, uma vez que há uma quebra no vínculo estabelecido com o profissional que ele, o usuário, tinha como referência. Em períodos economicamente desfavoráveis, esses profissionais contratados não eram repostos, acarretando diminuição de profissionais no serviço e sobrecarga de trabalho.

Outros **desafios** apontados foram: a falta de algumas categorias profissionais (oficineiros, musicoterapeuta, artesão, professor de educação física), poucas oficinas terapêuticas, escassez de material para o trabalho nessas oficinas, demora de meses para a consulta com o único psiquiatra, nem sempre poder contar com veículo próprio para atividades externas uma vez que, frequentemente, falta gasolina, não tem motorista ou o carro quebra e fica parado por muito tempo.

Ao analisar o histórico do PSM de Rio das Ostras, e os depoimentos, pudemos identificar três fases distintas, em relação à atenção à crise.

A primeira, ou **fase 1** tem início na implantação do PSM no município em 1998 e vai até a inauguração do CAPS, em 18 de maio de 2007. Em relação a essa fase os participantes relataram que, no início, o PS recebia na emergência o usuário que nunca foi atendido na ponta. Esse usuário era atendido pelo clínico e era internado em hospitais psiquiátricos, não passava pelo psiquiatra. Não tinha ainda a sistematização / a localização no programa de SM.

Num segundo momento da primeira fase, deu-se início o sobreaviso no PS de alguns psiquiatras que atendiam no CMR e, nos finais de semana, permaneciam em plantões alcançáveis. Os casos menos graves eram referenciados à equipe do ambulatório de SM do CMR para dar continuidade ao tratamento. Os casos mais graves eram encaminhados ao HP Clínica EGO, em Tanguá ou para o HCRB. Participantes que trabalharam no ambulatório de SM do CMR na ocasião, relataram que às vezes acontecia de usuários serem encaminhados aos HPs, sem que a equipe tivesse ciência. Essa equipe multiprofissional, formada por psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, cobria a emergência psiquiátrica também. A proximidade do PS com o CMR – localizado em frente - facilitou muito esse trabalho.

A **fase 2** vai da inauguração do CAPS até a suspensão da oferta de leitos para o SUS pela Clínica Ego, em setembro de 2015. O início da fase 2 foi considerado por um dos participantes um sonho, uma utopia, um luxo. As urgências, as crises, eram atendidas em casa. Muitos casos eram resolvidos no domicílio. As visitas eram feitas pelo psiquiatra e pelo enfermeiro que levavam a medicação com veículo e motorista próprios. Se o paciente tivesse estrutura familiar, não era internado.

O **desmonte** das equipes por conta do término dos contratos e a não reposição desses profissionais foi lembrado por alguns participantes. Entre 2008 e 2010, havia uma equipe de SM dentro da emergência psiquiátrica no PS e que foi uma perda significativa quando acabou.

Houve também o desmonte do matriciamento. Não houve (desmonte) no CAPS, como no ambulatório, porque quase a totalidade dos técnicos do CAPS era de profissionais concursados.

Na fase 2 o PS continuava como referência, retaguarda de atendimento para o paciente em crise. Durante as fases 1 e 2, a internação no HP se dava porque era um dos recursos para não lidar com a agressividade do paciente e/ou porque não se conseguiu articulação para tirar esse usuário da crise. O PS sempre teve resistência histórica ao paciente psiquiátrico, mas ainda era possível um trabalho conjunto porque o usuário ia dali para o HP.

Nas fases 1 e 2 o **fluxo** se dava da seguinte maneira: o usuário em crise era encaminhado para o PS onde ficava em observação. Era atendido pelo clínico e pelo psiquiatra de sobreaviso. Se fosse o caso, ia para internação em HP. Às vezes o usuário já saía com guia de internação feita pelo psiquiatra do CAPS. Quando a vaga era disponibilizada pelo sistema ou Central de Regulação de Vagas, o paciente era transferido de ambulância, com o consentimento e conhecimento do familiar, para o HP. Caso contrário, era encaminhado para o CAPS ou CMR.

No entanto, foram pontuados em relação ao HP a dificuldade para conseguir a vaga, riscos e prejuízos ao paciente, que não é suporte bom, não beneficia o paciente, a vida nesse cenário e bem difícil, número elevado de internações e que as famílias queriam internar porque achavam que o HP era o local da crise.

Também foi apontado que a fase 2 era mais favorável, melhor porque tentava-se recuperar o paciente no CAPS. Mas tinha o HP para internar, que era um suporte para o sofrimento do usuário, uma forma de proteção para ele, para a família. A internação no HP se dava quando o remédio, e a família não davam conta e os pacientes não melhoravam.

Com o passar do tempo o atendimento foi se organizando. Passou a haver uma construção mais coletiva, um trabalho conjunto entre o CAPS, a coordenação do PSM, e o PS. **Crises possíveis** eram manejadas no CAPS. As internações em HPs (Clínica EGO e Hospital Colônia de Rio Bonito) tinham o acompanhamento do CAPS (crônicos e agudos). Porém, observou-se que nem sempre a equipe do CAPS tinha como de estar sempre nos HPs acompanhando os pacientes internados e que o cuidado nesses locais não era humanizado.

A **fase 3** tem início com o fechamento dos leitos da Clínica Ego, último HP a suspender a oferta de leitos de psiquiatria conveniados com o SUS na região da BL, e termina no dia 21 de maio de 2018, quando foi realizada a última entrevista no CAPS.

Na transição da fase 2 para a fase 3, segundo um dos participantes, os serviços e o investimento foram desmoronando, se deteriorando. A partir de 2015, com o fechamento definitivo dos HPs, houve desagregação progressiva e sofrimento crescente da equipe do CAPS.

A fase 3 foi identificada como um momento bom, um bom início, mas também onde não ocorre atenção à crise na prática, não por causa do fechamento dos leitos nos HPs - mais pela fragilidade da RAPS local, atribuída por alguns à falta de esforço do governo.

Foi indicado que, atualmente ou na fase 3, tem ocorrido muitas situações de crise cuja porta de entrada é a **delegacia de polícia**. O usuário vai para a delegacia porque não estava sendo atendido de uma forma adequada na emergência (PS). Dependendo da visão e da implicação de quem está no plantão, a delegacia libera o paciente porque ele está agitado, entra em contato com a equipe do CAPS ou manda para a emergência. Alguns usuários são simplesmente soltos, alguns vão presos. Em alguns casos, o CAPS consegue que o usuário não sofra nenhuma punição. Quando a equipe atua indo à delegacia: faz diferença.

A atenção à crise **no CAPS** foi considerada por um participante como um sofrimento para a equipe e para os psiquiatras, pois estes últimos medicam e não acompanham (veem) o paciente por uma semana. Ainda segundo o mesmo participante o CAPS atende, dilui muito a crise.

O **manejo** da crise foi descrito como todo um esforço da equipe técnica do dia, preferencialmente pelo profissional de nível superior que tem maior proximidade com o usuário. Às vezes, o técnico de enfermagem tem uma relação mais direta com o usuário (possivelmente devido à carga horária maior). Se a equipe já conhece o usuário, já conhece um pouco de sua crise, o CAPS consegue contornar a crise - muitas vezes com medicação SOS e suporte familiar.

A equipe se prepara quando o usuário é muito agressivo e na crise se põe em risco e à família. Se a equipe entender que a agressividade pode ser manejada, o usuário é medicado e fica no CAPS em observação, fora da convivência. Se tiver psiquiatra no dia, a equipe tenta fazer alguma medicação. Se o usuário chega sozinho em crise, a equipe vai fazer o contato com a família e informar. A equipe colhe os dados do que tem ocorrido para o paciente chegar em crise, procura saber se o paciente está tomando medicação ou não. O profissional hoje se desdobra para atender à crise.

Para um participante, o usuário em crise tem que ficar numa unidade hospitalar, ter um acompanhamento psicológico e familiar, pois geralmente os pacientes em crise ficam muito sozinhos, ficam pelas ruas, custam muito para chegar ao serviço e quando chegam, chegam muito mal, numa situação bem complicada, bem avançada da crise.

A **equipe** consegue atender a crise dentro do CAPS. Com a prática, a vivência, consegue perceber se o usuário vai ter que ficar no CAPS toda a semana ou se vai precisar de suporte da rede. Percebe (com a experiência) que o usuário está entrando em crise. Acolhe, escuta, avalia se o usuário precisa de avaliação psiquiátrica. Vê se o usuário tem: apoio, rede, família, amigos, comunidade. Porém, a **equipe** também fica perdida, sofre, vai levando, fica tentando segurar, fica enxugando gelo, apagando incêndio, vai buscando o melhor para o usuário. Entretanto, sem recursos, não encontra suporte, sabe que não está funcionando, quer que o usuário seja atendido e que tenha garantido seu direito à assistência. Segundo um dos participantes, a atenção à crise no CAPS é um ponto que causa bastante inquietação em todos da equipe, é um dos grandes momentos de desgaste, instabilidade, gera angústia.

O profissional do CAPS tenta conversar com o usuário. A palavra, **contenção verbal** ou **dialogada**, é um dos recursos disponíveis do serviço. O técnico tenta pensar alternativas com o usuário. Tenta fazer com que ele aceite medicação SOS. Caso precise, aumenta a vinda do usuário ao CAPS, com a família dando suporte em casa. Faz contato com a família, faz atendimento conjunto com a família.

O CAPS consegue atender muitas crises, com destaque para pessoas com algum vínculo, mas precisa de retaguarda dos serviços de urgência e emergência no rompimento forte, quando é preciso maior contenção. Na crise (na desorganização e agressividade) o usuário precisa de maior suporte, ajuda, cuidado. Um dos participantes considerou uma **emergência** quando o usuário chega muito agitado e precisa de uma contenção.

Quando o usuário está em crise, muito agressivo, alterado, exposto e o CAPS não consegue dar conta, a conduta da equipe é chamar o familiar, ligar para o PS, falar com a assistente social, chamar o resgate e tentar mantê-lo no serviço até o resgate chegar. Às vezes a própria família chama o resgate. Existe um protocolo que se o usuário não estabilizar em 72 h no PS, vai para o HG.

Após o usuário (do CAPS) dar entrada no PS, o CAPS tenta manter o contato com a equipe do PS e informar os dados do paciente internado. Se o psiquiatra está no CAPS no momento da crise, o paciente já vai para o PS com orientação sobre a medicação. O CAPS continua dividindo o cuidado. Acontece com frequência de o PS ligar para o CAPS. A equipe

do PS procura saber se o paciente é do CAPS. A equipe do CAPS passa para o PS o medicamento, os contatos familiares. Faz contato com os familiares. A equipe do CAPS visita o paciente no PS, faz visita domiciliar, colhe mais informações, verifica se estava ou não sendo medicado em casa. Verifica o que desencadeou a crise. Se o usuário não é do CAPS, a equipe faz contato com a coordenação do PSM e divide o caso.

Apesar de todos os desafios e da falta de suporte e de HP, um participante observou que **há mais casos exitosos do que não exitosos** em relação a atenção à crise no CAPS, fato atribuído à eficiência da equipe, que faz a diferença. Outro participante apontou que o acolhimento dentro do município, no território, propicia condições mais dignas de tratamento, um tratamento mais humanizado, facilita o acompanhamento da família, facilita a equipe estar verificando se o usuário está com medicamento, tomando ou não o medicamento, se está tendo acompanhamento psicológico ou não.

Entre as **dificuldades** encontradas pelos participantes em relação a atenção à crise está o horário de funcionamento do CAPS, das 8:00 h às 17:00 h; o fato de o CAPS não ter recursos para medidas de contenção, proteção física, medicamento injetável, muitas vezes não tem medicação na rede.

O **PS** foi descrito como a unidade de emergência para atenção à crise em SM no município. Muitas vezes a própria família aciona o PS antes do usuário chegar ao CAPS ou pelo dia da semana. Depois que acabaram as internações em HP na região, o suporte é o PS. Os profissionais no PS são médicos clínicos, enfermeiros, médicos psiquiatras que fazem visita em alguns dias da semana. De acordo com alguns participantes, os maiores **desafios** encontrados no PS são: não conseguem conter o paciente, que evade ou recebe alta precoce ou “foge” pela porta da frente.

Apontam ainda que há preconceito em relação ao paciente com transtorno mental; uma vez que o médico clínico que atende não se apropria daquela demanda, não identifica que ele faz parte desse processo de receber esse usuário em crise e avaliar. Com frequência o paciente, só é mantido no PS através de meio judicial e não deveria ser dessa forma; chega com laudo para internação, prescrição de medicação feita pelo psiquiatra do CAPS e mesmo assim não consegue ser atendido. A comunicação é difícil, há descontinuidade quanto a pactos / acordos e cuidado entre os plantões.

Na avaliação dos participantes, causando angústia na equipe: o PS não está preparado para atender à crise; não tem estrutura; embora tenha sobreaviso de psiquiatra, há dias que



não tem um psiquiatra para fazer a avaliação; nem sempre o PS avisa ao CAPS que há paciente da SM internado (muitas vezes é o familiar que comunica ao CAPS); profissionais do PS não entendem que ali é um local de atendimento à crise dos usuários com transtorno psiquiátrico no município; é muito desgastante e desrespeitoso com os usuários e familiares; dificuldade de acionar o resgate do usuário para o PS devido à falta de ambulância; falta de transferência/encaminhamento adequado do PS para o HG quando necessário.

Caso o paciente não estabilize no PS, foi apontado como favorável o fato de ser possível encaminhá-lo para os dois leitos reservados para a saúde mental no HG. Foi destacado que só se consegue internar no HG atualmente porque houve muita luta por parte dos profissionais do PSM e da coordenadora o programa.

Foram apontadas consequências dessas falhas no atendimento aos usuários em crise pelo PS. Um participante pontua que, na desassistência à crise, usuários que cometem delitos graves ficam soltos, ficam em casa em crise o que sobrecarrega as famílias. Muitas dessas famílias se sacrificam financeiramente e o paciente acaba sendo encaminhado para uma clínica psiquiátrica particular. Conclui salientando que as famílias com recursos financeiros internam os pacientes em crise em HP de luxo. Sem recursos financeiros: ficam com os pacientes na rua, em casa, no CAPS. Outro participante lembra que as famílias nem sempre tem condições de comprar medicamento todo mês, o que dificulta o paciente sair da crise.

**A RAPS** de Rio das Ostras foi descrita pelos participantes como uma rede com **desafios** das mais diversas ordens. Dentre eles: carência de serviços e de estrutura principalmente na atenção básica, baixa cobertura de ESF, ausência de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e de CAPS III, muito pouca atuação do programa de SM na atenção básica, preconceito da área da saúde em incluir a SM como elemento da saúde integral, pouca comunicação das equipes do PS e do HG com a equipe do CAPS, a equipe do HG não está preparada para atender paciente psiquiátrico, ambulatório de SM com longas filas, controle social fragilizado e não atuante, a cultura local que proporciona um tímido exercício da cidadania, falta de profissionais, de insumos materiais e medicação (como nunca antes e por tanto tempo).

De acordo com um dos participantes, a carência e a precariedade aumentaram, há 15 anos a RAPS vem se deteriorando como consequência da negligência, do não cumprimento da lei - o que gera um estado de anarquia e de desassistência. Ainda segundo esse participante, nem a justiça dá conta de pacientes que cometem delitos graves, não tem poder de execução, médicos fazem muitos documentos de denúncia para o Ministério Público (MP).

O **estigma** foi apontado por esse participante como o grande inimigo do paciente em crise. Este mesmo participante cita como um desafio social o tráfico de drogas cooptando o paciente psiquiátrico, principalmente pacientes com debilidade mental. Diz ainda que os HPs fecharam e estão reabrindo, como consequência e não causa da deterioração da RAPS e lembra que se dispositivos estivessem funcionando como manda a lei, a reabertura irregular e precária de HPs não teria acontecido.

Como **possibilidades**, ainda em relação à RAPS, os participantes elencaram: a existência de uma rede de saúde que dialogasse mais entre si; uma rede mais estruturada de atendimento na atenção básica; a criação de dispositivos como Consultório na Rua, Centro de Convivência. Uma rede com equipes de saúde mental matriciando a atenção básica, um ambulatório de SM de qualidade com mais profissionais (o ambulatório poderia estar sendo descentralizado para os postos), CAPS AD, CAPS III, CAPS infantil, NASF; atenção à crise no pronto socorro e no hospital com equipe de saúde mental treinada, durante 24 horas, sete dias na semana. Também com atendimento humanizado; com recursos humanos efetivos, concursados, para evitar desmontes; especial atenção pelos gestores para não deixar faltar medicação na rede.

A **crise como fenômeno** de saúde mental em pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, configurou nesta pesquisa um eixo transversal a partir das experiências dos participantes e do contexto cultural de Rio das Ostras.

Os entrevistados entendem que crise é aquele momento em que o usuário está desorganizado. É algo estável que se desorganiza, algo que se desarruma, um rompimento. É um momento que foge do controle, é uma desrazão. É a desestabilização do ser. É tudo aquilo que tira o usuário daquela que é a sua linha normal de vida. São momentos em que o manejo, seja da família, da equipe, da comunidade e do próprio usuário no cuidado vai se tornando inacessível, difícil. É quando o paciente está em sofrimento devido aos sintomas da patologia, começa a apresentar os sintomas físicos: fica agitado, agressivo, pode fazer mal a si mesmo e aos outros.

A **definição de crise** pelos participantes foi de um termo genérico cujo critério fundamental e o elemento central é o sofrimento subjetivo, a subjetividade do sofrimento. O critério objetivo seria o comportamento, as repercussões concretas no ambiente, na casa, no trabalho, no universo da pessoa. Um participante definiu crise como sendo um conjunto de sinais e sintomas.

Segundo os depoentes, as **crises possuem gradações**. Podem ser mais leves, quando a pessoa tem recursos para minorar, mitigar e mais graves, quando as pessoas precisam de cuidados intensivos e medidas protetivas.

Em relação às **características das crises** os participantes disseram que a crise difere de usuário para usuário, tem vários fatores e umas são mais devastadoras que outras. Grande parte das crises são de crises graves, com envolvimento da polícia, situações de arma branca. O paciente não consegue mais manter-se no meio da sociedade. Não consegue mais ter pensamento articulado, fica completamente perdido, se põe em risco.

Existem vários **tipos de crise**. Nem sempre uma crise tem agitação. Um paciente vai ter crise de agressividade, outro vai ficar mais desorientado, mas não vai ser tão agressivo. A crise às vezes é muito grave, forte e o usuário fica violento. No entanto, o paciente pode ficar depressivo, ficar mais quieto no canto dele. A crise não tem dia para acontecer, pode surgir de repente ou vir se desencadeando aos poucos. A pessoa não dorme. Quando o usuário não tem a capacidade elaborativa, está fora de si, tem que ter ajuda.

Um dos participantes entende que estar em crise é quando o usuário está em sofrimento mental, está numa situação limite, se coloca em risco ou coloca a família ou outra família em risco. É aquela pessoa que está num alto grau de agressividade, se sentindo perseguido. Outro participante diz que conhece quando o paciente do CAPS está entrando em crise até pelo modo de falar, ele chega diferente, não é só quando o usuário chega batendo, brigando mas também quando está quieto demais e conclui dizendo que com a **convivência** o profissional do CAPS passa a perceber quando o paciente está **entrando em crise**.

De acordo com os participantes, o paciente em crise pode desestabilizar outros pacientes e mesmo fragilizar a própria equipe. Um dos participantes alerta para o risco de suicídio e homicídio que o paciente em crise está sujeito. Esse paciente também corre o risco de ser alvo da raiva de outras pessoas que não entendem o que está acontecendo. Este participante também pontua que o manejo da crise muitas vezes requer intervenções mais profundas, mais contundentes, pode exigir medidas protetivas, até contenção e que a escolha da pessoa vai até o limite de colocar a sua vida ou a de outrem em risco.

## 9.2. DISCUSSÃO

Considerando que na etnografia, para aprender sobre a universalidade, o global, estudamos os casos particulares (MATTOS, 2011), o estudo em uma cidade da baixada

litorânea / interior do estado do Rio de Janeiro traz contribuições para o entendimento sobre os macro desafios e possibilidades da atenção psicossocial a nível local e global.

O interesse específico ou central pela pesquisadora, atuante no CAPS II-RO foi descrever a atenção na crise como fenômeno, seus desafios e significado para seus técnicos – de forma a produzir subsídios que contribuam para inspirar e problematizar práticas em atenção psicossocial no âmbito dos CAPS e da RAPS.

Um produto de interesse local e particular inerentemente conectado com o geral e universal (MATTOS, 2011), onde cada depoimento trouxe particularidades (ERICKSON, 1986; MATTOS, 2011) na forma de uma janela pessoal com a possibilidade de olhar para o universo, abstrato e concreto da crise. Com dimensões plurais ou multidimensionais, a atenção na crise do CAPS II-RO é marcada por interações entre profissionais e usuários no território.

Como dispositivo, o CAPS II-RO é orientado por legislação específica, com membros da equipe reunidos para cuidar em saúde mental, resultando em uma ordem social que se desenvolve por e para esse grupo em particular (HYMES, 1977; GOFFMAN, 1982). Entretanto, o CAPS II-RO também conta com uma ética de organização e significados peculiares (MATTOS, 2011) de sua equipe, fortemente marcada e influenciada por interações no território e por recursos disponíveis.

Os depoimentos sobre manejo na crise trazem descrições de relações e interações intra e extra CAPS II-RO, com destaque para profissionais-usuários do CAPS e pessoas-recursos no território.

Nesse processo de interações, o foco foi (i) estudar como as pessoas e recursos em interação formaram ambiente um para o outro (KENDON, 1977), e (ii) para além do limite desta interação imediata, as relações ambientais (MATTOS, 2011) ou no território.

No desenvolvimento de nossa pesquisa, pudemos observar que a responsabilidade pelas necessidades do sujeito em sofrimento mental, sobretudo em momentos de crise, depende da implantação e funcionamento de uma rede de serviços, no território, articulada entre si, com qualidade técnica e postura humanizada. Enfim, uma rede de saúde potente, resolutiva e substitutiva aos hospitais psiquiátricos.

Como pudemos observar, além dos períodos de crise a nível mundial e nacional com reflexos importantes nos municípios, os aspectos organizacionais dos sistemas municipais

que exigem definições por parte dos gestores, afetam as condições de trabalho e a qualidade da atenção prestada (FIALHO, 2014).

Também que houve um descompasso quantitativo entre o fechamento dos leitos de saúde mental ofertados pelo SUS em HPs na região da BL, da qual Rio das Ostras faz parte, e a implantação e implementação de dispositivos legislados da RAPS nesse território. Por ocasião da redação do presente relatório, Hoje ainda encontramos no município em estudo, serviços fragmentados, encastelados, além de uma cobertura muito baixa de ESF e inexistência de SAMU, NASF e CAPS III. Dentre os aspectos desafiadores na atenção à crise, ainda estão um manejo fortemente centrado na medicação e precária intersectorialidade.

Soma-se a isso o fato de que importantes espaços de discussão e controle social, como os Fóruns de Saúde Mental, Conselhos Gestores, Associações de Usuários e Familiares, assembleias, vieram perdendo força em Rio das Ostras, ao longo dos anos. Também a questão do estigma em relação ao portador de transtorno mental e um tímido exercício da cidadania ainda se encontram fortemente arraigados na cultura local e instituições em geral.

Foi apontado o desafio ou “resistência histórica” ao atendimento à demanda da saúde mental por parte da Rede de Urgência e Emergência (RUE) municipal. E, períodos considerados favoráveis ou “de ouro” do PSM, durante os quais o município contava com um aporte de valores elevados provenientes dos *royalties* de petróleo. Nas fases de maior prosperidade, quando as equipes da rede de saúde eram maiores devido às contratações de profissionais, havia lotação de uma equipe de saúde mental no PS durante 24 horas, sete dias na semana. Também foi indicado pelos participantes que o paciente em crise era mais “tolerado” no PS nas fases em que ainda havia HP – na verdade, um atravessador - pois o paciente permanecia pouco tempo na unidade e já seguia direto para internação.

Ao optar por dar voz e trazer as experiências dos profissionais do CAPS II-RO, foram identificadas as concepções sobre crise e as práticas desenvolvidas pela equipe para o seu enfrentamento. Ainda durante a própria entrevista, as questões e situações reportadas provocaram reflexão dos participantes - envolvidos na atenção à crise - acerca dos desafios e possibilidades da RAPS do município.

Também, a partir da fala dos participantes, foram identificados três períodos ou fases distintas do PSM de RO. A primeira, da implantação do PSM no município em 1998 até a inauguração do CAPS, em 18 de maio de 2007; a segunda compreendendo o período entre a inauguração do CAPS até a suspensão da oferta de leitos para o SUS pela Clínica Ego em

setembro de 2015; e finalmente a terceira que teve início em setembro de 2015 e vai até 21 de maio de 2018, quando foi realizada a última entrevista no CAPS.

Ao longo do presente estudo, foi possível observar que a resposta local às situações de crise em saúde mental é um dos grandes desafios da Reforma Psiquiátrica. Uma vez que propõe novas práticas de cuidado de base territorial, que visam não só colocar a doença entre parênteses (BASAGLIA, 1991), mas também a inclusão do sujeito em sofrimento subjetivo e toda a sua rede social, como protagonistas do cuidado em uma cena de múltiplos olhares, saberes e ferramentas.

#### De acordo com Dell'acqua e Mezzina

Antes de aspirar a uma solução do conflito no cenário privado (familiar ou microssocial), 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. Uma vez que o paciente chega ao Centro, a crise se desenvolve em um âmbito coletivo. O paciente deve poder atravessá-la conservando a sua continuidade existencial e histórica. A gestão que se efetua através da “tomada de responsabilidade” é destinada a garantir ao paciente a manutenção dos vínculos com o seu ambiente, à individuação dos nexos entre crise e sua história, à reconstrução e redefinição das relações com as pessoas significativas, à construção de novas redes de relação. Assim, a crise pode perder o seu caráter de ruptura, de solução de continuidade da existência e, ao contrário, assumir um valor dinâmico, tão contraditório à própria existência quanto a esta sempre possível de ser reconduzido (DELL'ACQUA e MEZZINA, 1991. P.75-76).

Trabalhar no CAPS desperta nos técnicos sentimentos positivos de identificação e satisfação. A equipe do CAPS II-RO foi reconhecida pelos profissionais como uma ótima equipe, muito unida, engajada, comprometida, estudiosa, muito preparada, ética. Uma equipe que “faz a diferença”, “que dá conta”, “que faz das tripas coração”. Outras características dessa equipe são ser relativamente grande em comparação a outros CAPS da região; composta, quase que em sua totalidade, por profissionais concursados; e uma grupo que está junto desde a inauguração do dispositivo.

Essa última característica foi considerada por alguns como negativa uma vez que o fato de se conhecerem há muito tempo, faz com que haja uma cronificação do olhar entre os profissionais e sobre os pacientes. Podendo resultar em cansaço, acomodação, um certo comportamento defensivo na equipe para dar conta de alguns casos mais difíceis. Também impedindo talvez, a consideração e o surgimento de novas possibilidades.

O CAPS-RO também foi apontado como um serviço provedor em lugar de promotor de autonomia / cidadania / protagonismo na vida. Com base no histórico do dispositivo, pode

estar relacionado com o pensamento não protagonizador da equipe no serviço, em particular sobre projetos e questões referentes à geração de renda. Houve indicação de ainda ocorrer uma forte tutela dos pacientes por parte da equipe, que também usa pouco a rede toda da cidade.

A atenção à crise no CAPS II-RO foi citada como um ponto que causa bastante inquietação em todos da equipe, é um dos grandes momentos de desgaste, instabilidade e gera angústia. No entanto, os profissionais reconhecem que o CAPS consegue atender a crise e que há mais casos exitosos do que não exitosos.

Como instrumentos facilitadores do manejo da crise, a palavra, contenção verbal ou *acolhimento dialogado* (TEIXEIRA, 2005), é um dos potentes recursos disponíveis do serviço. O técnico tenta pensar alternativas com o usuário, entender o contexto que possa ter desencadeado aquela crise, como por exemplo, se o paciente estava fazendo uso correto da medicação.

Segundo Teixeira o acolhimento dialogado seria uma

[...] técnica de conversa passível de ser operada por qualquer profissional, em qualquer momento de atendimento, [...] em qualquer dos encontros [...]. No sentido mais amplo possível, corresponde àquele componente das conversas que se dão nos serviços em que identificamos, elaboramos e negociamos as necessidades que podem vir a ser satisfeitas. (TEIXEIRA, 2005. p. 322).

O fato de os profissionais, sobretudo o técnico de referência, terem um vínculo afetivo e uma relação de confiança, conhecerem a história daquele paciente, foi descrito pelos participantes como elemento fundamental para o êxito no manejo da crise. O afeto foi citado como um instrumento poderoso de melhora.

A convivência com os usuários do CAPS faz com que o técnico perceba mais facilmente quando o paciente está entrando em crise.

Para Dell'acqua e Mezzina

As múltiplas relações de cumplicidade e de confiança não só não representam ulteriores instrumentos para desfazer o conflito e a recusa da relação com o serviço, mas também são atos terapêuticos em si. Estes são voltados à recomposição da identidade do paciente e da ruptura de relações que precedeu a crise (frequentemente agravada, ao contrário, pela internação hospitalar). Ao mesmo tempo esses atos continuam a comunicar a disponibilidade do serviço em direção ao paciente, a aliança, de maneira a não confirmar a etiquetagem e a posterior perda de poder, como a internação “por si mesma” (DELL'ACQUA e MEZZINA, 1991, p.64).

Outras ferramentas relacionadas pelos participantes na atenção à crise foram: tentar fazer com que o paciente aceite medicação SOS; aumentar a frequência do usuário no CAPS;

implicar a família, o cuidador, a comunidade, nesse cuidado, garantindo o uso correto da medicação e dando suporte em casa, sobretudo fora do horário de atendimento do serviço; articulação do CAPS com a rede, cuidados intensivos quando necessário, a constante revisão e discussão do PTI nas reuniões de equipe, visitas domiciliares, psicoterapia, recursos da rotina do CAPS como a convivência, participação nas oficinas e repouso assistido.

Durante as entrevistas, foi possível observar que, os casos não exitosos e que provocam mais intensamente a equipe, ao descrever sentimentos negativos como medo, sofrimento, angústia, sensação de impotência, de “enxugar gelo”, “apagar incêndio”. Estavam relacionados àqueles que envolvem hetero agressividade, quando o paciente está muito alterado, agitado, exposto, não aceita a medicação / não há medicação disponível na rede, faz uso concomitante de substâncias psicoativas, quando não tem um vínculo estabelecido com algum membro da equipe nem suporte familiar.

Entretanto, para Dell’acqua e Mezzina

[...] a presença do serviço e a aderência imediata às situações de crise redimensionam a temida periculosidade do doente mental, permitindo ao sujeito outras modalidades de serviço – das suas instâncias. O conflito que se manifesta com a crise pode, dessa maneira, ser não necessariamente contido e ocultado, mas assumido como estímulo à transformação, ao crescimento da situação em seu todo. (MEZZINA, 1991, p.58).

Segundo os entrevistados, o paciente em crise pode desestabilizar outros pacientes e mesmo fragilizar a própria equipe. Também houve um alerta para o risco de suicídio e homicídio que o paciente em crise está sujeito. O fato de o CAPS não funcionar 24 horas, não ter recursos para medidas de contenção, proteção física, medicamento injetável (com frequência há descontinuidade na oferta de medicamentos pela rede pública do município), também foram citados como elementos complicadores no manejo da crise, além da fragilidade da RAPS, sobretudo da RUE, como já foi apontado anteriormente.

Em relação ao entendimento sobre a crise, os participantes concordam que ela é individual, única, e difere de paciente para paciente. Portanto, é necessário que haja uma escuta individualizada e atenta para que aquela crise possa ser circunscrita à história de vida daquele paciente e assim tornar-se passível de uma leitura descodificada, tanto para o técnico como para o usuário em crise.

Segundo Dell’acqua e Mezzina

Elementos, traços, segmentos, partes sãs, “normais”, são particularizáveis em cada sujeito “doente” e é sempre possível reconhecer um significado e valorizar o nexo



entre normalidade e anormalidade, entre estar bem e estar mal, entre estar em condições de agir e precisar de ajuda. (DELL'ACQUA e MEZZINA, 1991, p.77).

O fechamento dos hospitais psiquiátricos da região da Baixada Litorânea demanda a implantação urgente de dispositivos substitutivos, ação que exige organização política e prática extrema, o que nem sempre é garantido devido à rotatividade dos cargos de gestão municipais. Muitos também são os problemas advindos do subfinanciamento do SUS, das influências da atual política neoliberal, crise na economia, precarização dos vínculos de trabalho, queda na arrecadação dos *royalties* do petróleo, entre outros.

Em municípios da BL a RAPS não vem se expandindo na mesma velocidade em que os leitos de internação em hospital psiquiátrico vêm sendo fechados. No caso de Rio das Ostras, o descompasso é quanto a necessária criação de leitos territoriais 24 horas que ofereçam retaguarda para aqueles pacientes cuja crise o CAPS II-RO, não obteve êxito no manejo imediato.

Como consequência, temos observado no município de Rio das Ostras o fenômeno chamado de neoinstitucionalização que se traduz através de: aumento dos pedidos de internações compulsórias; famílias internando usuários fora da região da BL ou em hospitais psiquiátricos particulares; pacientes em crise sendo internados no PS ou HG com ordem judicial (do contrário são liberados pela equipe técnica ou evadem); aumento no número de detenções em delegacias, prisões e internações em manicômios judiciários.

De acordo com Fialho

[...] o desafio é a produção de serviços e de redes que efetivamente respondam às necessidades das pessoas em seus contextos reais de vida, que garantam liberdade, promovam direitos, e propiciem novas possibilidades para a vida. Que incluam necessariamente o estabelecimento de novas estratégias para responder às situações de intenso sofrimento e fragilidade. [...] É urgente e necessário superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado na direção de garantir o princípio da integralidade na atenção à saúde. Nesse sentido, a articulação entre os diferentes pontos e equipes da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede de Urgências e Emergências é de fundamental importância (FIALHO, 2014, p.34, 55).

Incluímos nesse aspecto intersetorial, a necessidade de articulação entre diferentes secretarias: como Saúde, Assistência Social, Esporte, Cultura, Trabalho, Educação e o fortalecimento dos laços afetivos e sociais do paciente com a família, amigos, comunidade, com seu próprio território, dentro da crise ou fora dela.

## 10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, foram alcançados (i) o objetivo geral analisar desafios e possibilidades no acolhimento e manejo da crise do paciente portador de transtorno mental grave, que chega ao CAPS II de Rio das Ostras. E (ii) os objetivos específicos, em dar voz a equipe do CAPS II de Rio das Ostras sobre desafios, possibilidades e estratégias no atender na crise; e discutir desafios, possibilidades e estratégias no atender na crise.

Talvez a mais básica característica etnográfica nos dados das entrevistas seja sua natureza processual (HAMMERSLEY, 1983; ERICKSON, 1986; MATTOS, 2011), ou seja, as formas como ocorreram as relações e interações das pessoas na equipe CAPS-RO, profissionais e usuários em contexto do ambiente ou território.

Dessa forma, como produto da autora, discente do Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial (MEPPSO) o presente relatório configura um documento histórico para a RAPS uma vez que registra, a trajetória vivenciada e contada pela ponta na voz dos profissionais do CAPSII-RO. Na verdade, para além do produto como registro histórico-cultural, o presente documento é também uma primeira interpretação de momento histórico recente. Em contexto de uma cidade da BL, de cultura particular na operacionalização da RAPS como tantos outros territórios, desvela os desafios, manejo criativo e possibilidades na atenção à crise pelos profissionais.

Entendemos também, que outras leituras podem contribuir de forma significativa para essa discussão. É preciso considerar o fato de o campo da saúde mental é amplo e heterogêneo. Apresenta, uma diversidade de referências teórico-práticas e de dispositivos envolvidos, que impossibilita qualquer tentativa de homogeneização (FIGUEIREDO, 2004). Essa complexidade, certamente, se refletirá na própria concepção de crise e nas práticas utilizadas para o manejo de tais situações num dispositivo de cuidado como os CAPS.

O estudo apresenta limitações. Como haver sido desenvolvido em uma cidade da BL do estado do Rio de Janeiro, haver entrevistado exclusivamente profissionais do CAPS-II e ser um recorte temporal específico. Embora as perguntas da entrevista, tenham pontos abrangentes e específicos sobre aspectos do enfrentamento à situação de crise no cotidiano do CAPS II-RO, um serviço substitutivo em saúde mental, o estudo em tela não esgota as possibilidades e perspectivas presentes na riqueza do material coletado.

Portanto, dentre as recomendações está a necessária realização de estudos complementares junto a usuários, familiares e sociedade civil de forma a ampliar o conhecimento e produzir subsídios para melhor operacionalização da RAPS em um dado contexto cultural. Entretanto, este estudo particular sobre a RAPS traz para a academia e para a sociedade uma experiência em profundidade que informa e ao mesmo tempo pode inspirar intervenções culturalmente sensíveis na adversidade e à luz das políticas públicas em saúde mental.

Esperamos que o presente estudo tenha conseguido mostrar que “as crises pertencem à vida: não são algo que deva ser deplorado e evitado, mas explorado, assumido, acolhido, exaurido em seu valor enriquecedor para novas formas de vida” (BOFF, 2002, p.26). Pretendemos também, que as discussões realizadas ao longo do trabalho, possam contribuir para a implantação de uma rede potente e resolutiva de atenção à crise do portador de transtorno mental, de acordo com os preceitos da Reforma Psiquiátrica e consoante a um modelo verdadeiramente substitutivo em saúde mental, aquele que sempre sonhamos construir.

## 11. REFERÊNCIAS

ABRASME. Crônicas da resistência: em tempos de desconfiguração da política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas. **Boletim da Saúde Mental 01**. São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Mental – ABRASME, jan. 2018. Disponível em: <[http://www.abrasme.org.br/informativo/view?TIPO=&ID\\_INFORMATIVO=378&impressa](http://www.abrasme.org.br/informativo/view?TIPO=&ID_INFORMATIVO=378&impressa)>. Acesso em 04 jun. 2019.

ALVES, D.S.N. et al. **Elementos para uma análise da assistência em saúde mental no Brasil**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. II Conferência de Saúde Mental: a reestruturação a atenção em saúde mental no Brasil – modelo assistencial e direito à cidadania. Brasília: 1992. (Textos de Apoio, Mimeo).

ALVES, D.S.N.; COSTA, N.R.; SILVA, P.R.F. **Êxitos e desafios da reforma psiquiátrica no Brasil**, 22 anos após a declaração de Caracas. Medwave. 2012. Disponível em: <<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionTemas/5545>> Acesso em : 18 maio 2019.

ALVES, D.S. & SCHECHTMAN, A. A organização da política de saúde mental. In: JORGE, Marco Aurélio Soares (Org.). **Políticas e cuidados em saúde mental**: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, jul-set, 1995.

\_\_\_\_\_. A Clínica e a Reforma Psiquiátrica. In: \_\_\_\_\_ (Coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

\_\_\_\_\_. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed., Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. 136p.

AMARANTE, P. et al. (orgs). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 202p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA et al. **Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil**. 2014. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/anexo\\_diretrizes\\_em\\_saude\\_mental.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/anexo_diretrizes_em_saude_mental.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2015.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 2. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BERCHERIE, Paul. **Os fundamentos da clínica**: história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

BLUMER, H. **Symbolic Interactionism**: perspective and method. Chicago: University of Chicago Press, 1937.

BOFF, L. **Crise**: oportunidade de crescimento. Campinas, SP: Verus, 2002.

BORGES, Camila Furlanetti; FONSECA, Angélica Ferreira e MACHADO, Felipe Rangel de Souza. O Sistema Único de Saúde e as políticas de saúde no Brasil. In: JORGE, Marco Aurélio Soares (Org.). **Políticas e cuidados em saúde mental**: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em:  
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/nrRJ.def>>. Acesso em: 05 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. **Decreto 1.132, de 22 de dezembro de 1903**. Disponível em:  
<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>>. Acesso em: 13 de jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em:< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>  
Acesso em: 10 de set. 2015.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em : 08 de maio de 2019.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em 04 de out. de 2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1451/95, de 10 mar. 1995.  
**Diário Oficial da União**. Brasília: 17 mar. 1995.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.º 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**. Brasília: 09 abr. 2001. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em: 05 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002**. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Disponível em:  
<<http://www1.saude.ba.gov.br/regulasauade/2009/PN%20PORTARIAS%202009/nvos%20pdfs%202009/PT%20GM%201101%2012.06.2002.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm)>  
Acesso em: 21 maio 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH**: versão hospitais psiquiátricos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004**. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Disponível em: <<http://bibliofarma.com/portaria-gmms-no-52-de-20-de-janeiro-de-2004/>> Acesso em: 05 jun.2015

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria - Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. 5 ed. ampl. Editora MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 340p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: nov. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Regulação médica das urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília: 31 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental –2004 a 2010**. Edição XII Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental. 257 p. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saudemental>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília: 2011b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)>. Acesso em: 22 maio 2019.

\_\_\_\_\_. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental- Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS. **Avaliação dos Hospitais**

**Psiquiátricos no Âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, nov. 2011e. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saudemental/avaliacao-dos-hospitais-psiquiatricos-no-ambito-do-SUS-ministerio-da-saudenov.2011>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília: 30 dez. 2011c. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 05 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Diário Oficial da União**, Brasília: 2011d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/DAPES. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental.** Brasília: ago. 2017. Disponível em : <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução CIT 32**, de 17 de dezembro de 2017. Estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Diário Oficial da União**, Brasília: 22 dez. 2017b. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>>. Acesso em 31 maio 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: 21 dez. 2017c. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)>. Acesso em: 01 jun.2019

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº 2**, de 21 de dezembro de 2017. Institui o Comitê Gestor Interministerial para atuar no desenvolvimento de programas e ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa. Brasília: 21 dez. 2017d . Disponível em: <<http://blog.mds.gov.br/redesuas/portaria-interministerial-no-2-de-21-de-dezembro-de-2017/>>. Acesso em: 01 jun.2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Gabinete do Ministro. **Resolução nº1**, de 9 de março 2018. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD - Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002. DOU de 13/03/2018 , nº 49, Seção 1, pág. 128. Brasília: 9 mar. 2018. Disponível em:<[http://www.lex.com.br/legis\\_27624178\\_resolucao\\_n\\_1\\_de\\_9\\_de\\_marco\\_de\\_2018.aspx](http://www.lex.com.br/legis_27624178_resolucao_n_1_de_9_de_marco_de_2018.aspx)> . Acesso em: 30 maio 2019.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Medida Provisória nº 870**, de 1º de janeiro de 2019. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Brasília: 1 jan. 2019. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/Mpv/mpv870.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Mpv/mpv870.htm)>. Acesso em: 06 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 11/2019**, de 04 de fevereiro de 2019 - CGMAD/DAPES/SAS/MS. Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: 04 fev. 2019b Disponível em <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 01 jun.2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **E.Gestor Atenção Básica**. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 17 jul. 2019.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CAPLAN, G. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

COSTA, I. I. Família e psicose: reflexões psicanalíticas e sistêmicas acerca das crises psíquicas graves. **Estud. psiqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 94-100, 2008.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

COSTA, M. S. Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em saúde mental e produção de subjetividades. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 94-108, 2007.

DAL POZ, Mario Roberto; LIMA, José Carlos de Souza; PERAZZI, Sara. **Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica**. Physis, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 621-639, Junho 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000200012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 Ago. 2019.

DANTAS, C. C.; LEITE, J. L.; LIMA, S. S.; STIPP, M. A. Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** (USP. Ribeirão Preto. Impresso), v. 17, 2009.

DELGADO, P.G.G. Papel estratégico das unidades psiquiátricas em hospital geral na reforma psiquiátrica brasileira. **Cadernos do IPUB**, 6:9-20. 1997.



\_\_\_\_\_. A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. **Saúde em Foco: informe epidemiológico em saúde coletiva**. Rio de Janeiro, ano VI, n. 16, p. 41-3, 1997.

\_\_\_\_\_. Instituir a desinstitucionalização: o papel das residências terapêuticas na reforma brasileira. **Cadernos do IPUB (UFRJ)**, v. XII, n. 22: 19-33. 2006.

\_\_\_\_\_. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**. vol. 17, n.2. Rio de Janeiro: 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v17n2/1678-1007-tes-17-02-e0020241.pdf>> Acesso em: 05 jun. 2019.

DELL 'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: Delgado J, organizador. **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Resenha, 1991. p. 53-79.

\_\_\_\_\_. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In P. D. Amarante (Org.), **Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**, Rio de Janeiro: Nau. 2005.

ERICKSON, F. Qualitative methods in research on teaching. In: WITTRICK, M. C.(org.). **Handbook of research on teaching**. New York: Macmillan, 1986.

ERICSON, F.. Ethnographic description. In: AMMON, U., DITTMAR, N.; MATHIER, K. (ed.) **An international handbook of the science of language and society**. v. 2. New York: Walter de Gruyter, 1988. p. 1081-1095.

FERIGATO, S.H.; ONOCKO-CAMPOS, R.T.; BALLARIN, M. L. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis, SP: v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007. Disponível em: <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewArticle/44/83>>. Acesso em: 14 out. 2015.

FIALHO, M B. Contextos históricos e concepções teóricas da crise e urgência em saúde mental. In: Zeferino, M. T.; Rodrigues, J., Assis, J. T. (orgs.). **Crise e urgência em saúde mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental**. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

FIGUEIREDO, A.C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.7, n 1, p.75-86, 2004.

FIOCRUZ. FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN. **Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil**. Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final. Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde, 2015.90 p. (mais anexo, 4p.). Disponível em: <<http://www.nuppsam.org/page60.php>>. Acesso em: 19 mai. 2019.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FRIEDMANN, C. T.; LESSER, I. M.; AUERBACH, E. Psychiatric urgency as assessed by patients and their therapists at an adult outpatient clinic. **Hosp Community Psychiatry**, Washington D.C., v. 33, n. 8, p. 663-664, 1982.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. O financiamento da Saúde Mental após o Pacto da Saúde. *Libertas*, v.11, n.2, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18129>> Acesso em: 21 maio 2019.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980

\_\_\_\_\_. **Forms of talk**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1982.

GORE, A. **Uma verdade inconveniente**. Barueri: Manole, 2006.

HAMMERSLEY, M.; ATKINSOM, P. **Ethnography: principles in practice**. London: Tavistock, 1983.

\_\_\_\_\_. **Ethnography**. 3rd. Ed., London: Routledge. 2007. 323p.

HYMES, D. Qualitative/Quantitative research methodologies: a linguistic perspective. **Anthropology & Education Quarterly**, v. 8, p. 165-176, 1977.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 01 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. **Cidades**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/rj/rio-das-ostras/panorama>>. Acesso em: 14 jun.2017.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, p. 169-189, 2007.

KENDON, A. **Studies in the Behavior of Face-to-Face Interaction**. pp.viii + 260. Lisse, Netherlands: Peter De Ridder Press, 1977, (= Vol.6, Studies in Semiotics. Research Center for Language and Semiotic Studies, Indiana University, Bloomington, Indiana).

LANCETTI, Antonio. A Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas: experiências e desafios. In: 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.). – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

LE COUTOUR, X. **L'urgence en Basse-Normandie**. Caen: UFR de Médecine, 1991. In: Zeferino, M. T.; Rodrigues, J., Assis, J. T. (orgs.). **Crise e Urgência em Saúde Mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental**. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

LIMA, Ludmila de. **Rio das Ostras: de ‘nova rica’ à cidade em calamidade financeira**. O Globo, Rio de Janeiro, 06 jan. 2017. Disponível em: < <https://oglobo.globo.com/rio/rio-das-ostras-de-nova-rica-cidade-em-calamidade-financeira-20735563>>. Acesso em: 06 julho 2017.

LOBOSQUE, A. M. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LUZ, Madel Therezinha. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Cadernos de Saúde Pública**, 5(2): 293-312, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7097.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2015.

MACHADO, Roberto et.al. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MATTOS, C.L.G. **A abordagem etnográfica na investigação científica**. In MATTOS, CLG., and CASTRO, PA., (orgs.). *Etnografia e educação: conceitos e usos*. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 49-83. ISBN 978-85-7879-190-2. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

MEAD, G. H. **The Philosophy of the act**. Chicago: University of Chicago Press, 1938

MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais).

MOEBUS, R.; FERNANDES, J. B. (s.d.). **Crise – A propósito de uma base conceitual**. Metipolá, p. 34-36.

MORA, J. F. **Dicionário de filosofia**. Tomo I (A-D), São Paulo: Edições Loyola, 2001.

MÜLLER, Geysa Azevedo. **Relatório de Gestão do Programa de Saúde Mental de Rio das Ostras** [Mimeo]. Prefeitura de Rio das Ostras. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde Mental. Rio das Ostras: Edições 2005, 2006, 2007, 2008 e 2009.

MÜLLER, Geysa Azevedo. **Histórico do Programa de Saúde Mental de Rio das Ostras** [Mimeo]. Prefeitura de Rio das Ostras. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde Mental. Rio das Ostras: ago. de 2008b.

MUNIZZA, C. et al. Emergency psychiatry: a review of the literature. **Acta Psychiatr Scand.**, Malden, v. 374, Suppl: 1-51.3, 1993.

NICÁCIO, F. & CAMPOS, G.W.S. A complexidade da atenção à crise. **Rev. Ter. Ocup.** São Paulo, v. 15, n. 2. p.71-81, maio/ago., 2004.

ONOCKO-CAMPOS, R. & FURTADO, J.P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação da rede de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 22, n. 5, p. 1053-1062, mai. 2006.

OLIVEIRA, C. L. **O pensamento de Franco Basaglia na área da saúde mental.**

Disponível em:

<[http://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?ID\\_TRABALHO=1084](http://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?ID_TRABALHO=1084)>. Acesso em: 24 abr. 2012.

OLIVEIRA, P. R. M. **Valorizando a palavra na emergência psiquiátrica: a recepção das diferenças.** 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: 2002.

ORDONÊS, Ramona e ROSA, Bruno. Royalties: com preços do petróleo em baixa, arrecadação deve cair até 40%. **O Globo.globo.com.** Petróleo e Energia. 11 de janeiro de 2015. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/economia/petroleo-e-energia/royalties-com-precos-do-petroleo-em-baixa-arrecadacao-deve-cair-ate-40-15021521>> Acesso em: 31 out. 2015.

PAULON, S. et al. **O foco míope: apontamentos sobre o cuidado à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais.** Porto Alegre: Polis e Psique, v. 2, n. 3, 2012. p. 73-97.

PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

POLÍBIO, José de Campos. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os pontos estratégicos na atenção à crise e urgência. In: 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.). – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

RECHTAND, M.; LEAL, E. Notas sobre a emergência psiquiátrica. **Cad. IPUB**, Rio de Janeiro, n. 17, 2000.

RINALDI, D. L. Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In: MELLO, M.; ALTOÉ, S. (Org.). **Psicanálise, clínica e instituição.** Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

RIO DAS OSTRAS. Portal da Prefeitura. **Dados do município.** Disponível em: <<http://www.riodasostras.rj.gov.br/dados-do-municipio.html>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

RUDNICK, Beatriz. **Relatório de Gestão 1997-2000** [Mimeo]. Prefeitura de Rio das Ostras. Secretaria Municipal de Saúde. Rio das Ostras: 2001.

RUDNICK, Beatriz. **Relatório de Gestão 2001**[Mimeo]. Prefeitura de Rio das Ostras. Secretaria Municipal de Saúde. Rio das Ostras: 2002.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Governo do Rio de Janeiro. **Relação dos hospitais psiquiátricos no estado do Rio de Janeiro.** Disponível em: <[http://msm.mp.rj.gov.br/wpcontent/uploads/2013/01/RELACAO\\_DOS\\_HOSPITAIS\\_PSIQUIATRICOS.pdf](http://msm.mp.rj.gov.br/wpcontent/uploads/2013/01/RELACAO_DOS_HOSPITAIS_PSIQUIATRICOS.pdf)>. Acesso em: 09 out. 2015. Rio de Janeiro, 2013.

\_\_\_\_\_. Governo do Rio de Janeiro. **Planejamento Regional- Baixada Litorânea**. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/docman/informes-ao-gestor/planejamento/regioes-desauade/diagnostico-regional/9518-diagnostico-regional-baixada-litoranea-pdf/file.html>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Governo do Rio de Janeiro. **Distribuição de leitos em hospitais psiquiátricos**. Disponível em: <<http://www.caminhosdocuidado.org/wpcontent/uploads/2013/12/Caminhos-do-Cuidados-sa%C3%BAde-mental-estado-RJ-LuziaSilveira-Tutores-RJ.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Governo do Rio de Janeiro. **Atualização do plano diretor de regionalização 2012-2013**. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/docman/regionalizacao/9143-pdr/file.html>> Acesso em: 29 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Governo do Rio de Janeiro. **Nota Técnica GSM/SES-RJ de 11 de dezembro de 2017**. Disponível em: <<http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Nota-Tecnica-GSME-11-12-17.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

SAMPAIO, J. R. **Qualidade de vida, saúde mental e psicologia social: estudos contemporâneos II**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SISAB. E. gestor atenção básica. Disponível em : <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 08 nov. 2019.

SOALHEIRO, Nina Isabel. **Política e empoderamento de usuários e familiares no contexto brasileiro do movimento pela reforma psiquiátrica**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v. 4, p. 30-44, 2012.

SOUZA, P. J. C. **Resposta à crise: a experiência de Belo Horizonte**. Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

STRAUSS, A. & CORBIN, J. **Métodos de Pesquisa. Pesquisa Qualitativa: Técnicas e Procedimentos para o Desenvolvimento de Teoria Fundamentada**. Tradução Luciane de Oliveira da Rocha. Porto Alegre: Artmed, 2 ed, 2008. 288 p

TEDLOCK, B. **Ethnography and Ethnographic Representation**. In: Denzin N.K. & Lincoln Y.S. (Eds.). Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks: SAGE, 1999. p. 455-486.

TEIXEIRA, R. R. **Humanização e atenção primária à saúde**. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a16v10n3>>. Acesso em: 10 jul.2019

UNIVERSIDADE CÂNDIDO MENDES. **Info Royalties**. Disponível em: <<http://www.inforoyalties.ucam-campos.br/informativo.php>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

VASCONCELOS, E.M. (Org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010.

\_\_\_\_\_. **Desafios políticoa atuais para o movimento antimanicomial no Brasil.** Rio de Janeiro: 2011. Disponível em:  
<[http://www.crpsp.org.br/portal/midia/pdfs/reflexao\\_atual\\_conjunt\\_sm\\_0511.pdf](http://www.crpsp.org.br/portal/midia/pdfs/reflexao_atual_conjunt_sm_0511.pdf) > Acesso em: 31 out. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health atlas 2014.** Disponível em <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011_eng.pdf?ua=1&ua=1)>. Acesso em: 02 de set. 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.). – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa, 2014.101 p.

ZEFERINO, Maria Terezinha. **Crise e Urgência em Saúde Mental:** introdução ao curso / Maria Terezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs.). 4<sup>a</sup> Ed. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2015. 52 p.

## APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Universidade Federal do Rio de Janeiro**  
**Centro de Ciências da Saúde - Instituto de Psiquiatria**  
**Programa de Pós-Graduação – Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**Projeto de pesquisa: Atendimento à Crise no CAPS II de Rio das Ostras: Desafios e Possibilidades**

**Instituições responsáveis pela pesquisa:** Universidade Federal do Rio de Janeiro IPUB/UFRJ e Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) da Secretaria Municipal de Saúde de Rio das Ostras.

**Pesquisadora:** Geysa Azevedo Müller – funcionária concursada da Secretaria de Saúde de Rio das Ostras, **lotada no CAPS II onde exerce a função de psicóloga**, e aluna do Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial do IPUB/UFRJ.

**Telefone de contato: (21) 98770-0126. E.mail: [geysamuller@yahoo.com.br](mailto:geysamuller@yahoo.com.br)**

**Contato do Comitê de Ética em Pesquisa do IPUB/UFRJ** – Av. Venceslau Brás, 71 - fundos - Botafogo, Rio de Janeiro, RJ. Tel.: (21) 3938-5510

Convidamos você a participar **voluntariamente** de um estudo que tem como finalidade discutir os desafios e possibilidades no acolhimento e manejo da crise do paciente portador de transtorno mental grave, que chega ao CAPS II de Rio das Ostras. As informações obtidas neste estudo poderão ser úteis para pontuar desafios e potenciais de atenção à crise em cidade da baixada litorânea; proporcionar visibilidade ao manejo de adversidades na atenção à crise, construídas por equipe de CAPS II à luz da cultura local; produzir subsídios em contrapartida social para inspirar alternativas de atenção à crise e políticas públicas a nível local, regional, nacional e global.

Para que este estudo se concretize vamos solicitar que você nos conceda **uma entrevista, com duração aproximada de 01(uma) hora**, contando-nos sobre a sua experiência pessoal e profissional acerca do acolhimento e manejo do paciente em crise no CAPS II de Rio das Ostras.

Alertamos sobre a possibilidade de haver **desconfortos e riscos** decorrentes do estudo, inerentes ao ato da entrevista em profundidade. Pode haver, por exemplo, mal-estar subjetivo ao abordar temas delicados ligados ao sofrimento do paciente em crise e a desafios vivenciados pelo profissional de saúde em relação ao manejo dessa situação. Para reduzir o risco, a entrevista será realizada, unicamente pela pesquisadora Geysa Azevedo Müller, psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde, também com lotação neste CAPS II. A pesquisadora se compromete a estar sempre disponível para responder perguntas e esclarecer dúvidas sobre a pesquisa.

Pedimos que leia com atenção as informações abaixo antes de nos fornecer seu consentimento:

- Sua participação na pesquisa é **voluntária**.
- Você poderá pedir todos os esclarecimentos que quiser, antes, durante e depois da realização da entrevista. Também poderá retirar este consentimento e solicitar a sua retirada da pesquisa, sem ter que dar nenhuma explicação. Sua desistência poderá ocorrer em qualquer momento da coleta de dados, sem qualquer risco de penalização.

Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Rubrica paciente

\_\_\_\_\_  
Rubrica pesquisador

- Sua participação no estudo não implicará em custos ou despesas adicionais com a realização da entrevista. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.
- Seus dados pessoais serão mantidos em anonimato, ou seja, será mantido o sigilo sobre o seu nome assim como o nome de todas as pessoas que por ventura sejam citadas. Todos os participantes e pessoas citadas terão seus nomes substituídos por um código ou pseudônimo. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação ou das pessoas citadas.
- As entrevistas serão individuais e realizadas em local, dia e horário de sua conveniência, e durarão o tempo que for necessário para que você responda as perguntas com tranquilidade. Elas serão gravadas e posteriormente transcritas apenas pela pesquisadora e equipe do projeto. O material transcrito será submetido ao entrevistado para conferência, se assim o desejar, em encontro posterior.
- O TCLE e material original das entrevistas ficarão sob guarda da pesquisadora e será armazenado em local seguro.
- **O descarte do material de áudio coletado se dará em 5 (cinco) anos de acordo com a resolução nº 466 de 2012.**
- As informações fornecidas serão analisadas junto com as de outros entrevistados nesta pesquisa, sempre garantindo o anonimato de todos os participantes, conforme as normas éticas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), número 466 de 2012.
- Os resultados da pesquisa serão divulgados em artigos, congressos, simpósios, reuniões, conferências, mesas redondas e outros meios acadêmico-científicos.
- A pesquisadora e o participante devem assinar duas vias idênticas do presente documento. Uma via fica com o participante e outra com a pesquisadora.

Aprovação do participante de pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, brasileiro (a),  
 identidade/CPF nº \_\_\_\_\_, declaro ter lido o documento e ter sido claramente  
 informado (a) pela pesquisadora acerca da pesquisa na qual serei incluído (a), e ter recebido  
 respostas claras a todas as perguntas que fiz.

Rio das Ostras, \_\_\_\_\_.

Telefone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do (a) participante

Este documento é assinado em duas vias de igual teor.

Confirmo ter dado todas as explicações ao (à) participante sobre os objetivos, o tipo e os  
 riscos inerentes ao estudo.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura da pesquisadora

Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Rubrica paciente

\_\_\_\_\_  
 Rubrica pesquisador


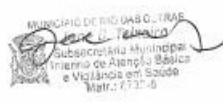



**APÊNDICE B: DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA**

Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Centro de Ciências da Saúde - Instituto de Psiquiatria  
Programa de Pós-Graduação – Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial

Projeto de pesquisa: **Atendimento à Crise no CAPS II de Rio das Ostras - Desafios e Possibilidades.**

Mestranda / Pesquisadora: **Geysa Azevedo Müller**

 <p>ESTADO DO RIO DE JANEIRO PREFEITURA DE RIO DAS OSTRAS SECRETARIA DE SAÚDE</p>
<p>CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE RIO DAS OSTRAS (CAPS)</p>
<p><b>DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA</b></p>
<p>Venho, por meio deste documento, informar que a Secretaria de Saúde de Rio das Ostras está ciente e concorda com a proposta de pesquisa intitulada "Atendimento à Crise no CAPS II de Rio das Ostras: Desafios e Possibilidades" apresentada pela pesquisadora <b>Geysa Azevedo Müller</b>, aluna do Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial do IPUB/UFRJ e psicóloga desta Secretaria, matrículas 1962-3 e 7848-4, e disponibilizará a infraestrutura necessária para o desenvolvimento das atividades referentes à pesquisa.</p>
<p>Rio das Ostras, 21 de novembro de 2017</p>

<p>Rua Jandira Moraes Pimentel, 504 - Centro Rio das Ostras - RJ - Brasil - CEP: 28890-000 www.riodasostras.rj.gov.br</p> 

## APÊNDICE C: FOLHA DE ROSTO INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Universidade Federal do Rio de Janeiro  
 Centro de Ciências da Saúde - Instituto de Psiquiatria  
 Programa de Pós-Graduação – Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial

Projeto de pesquisa: **Atendimento à Crise no CAPS II de Rio das Ostras - Desafios e Possibilidades.**

Mestranda / Pesquisadora: **Geysa Azevedo Müller**

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa ATENDIMENTO À CRISE EM UM CAPS II: DESAFIOS E POSSIBILIDADES			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 20			
3. Área Temática			
4. Área de Conhecimento Grande Área 4 - Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: GEYSA AZEVEDO MULLER			
6. CPF: 034.919.077-72		7. Endereço (Rua, n.º): ROBERTO SILVEIRA 463 ICARAÍ 901 NITERÓI RIO DE JANEIRO 24230153	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 21987700126	10. Outro Telefone:	11. Email: geysamuller@yahoo.com.br
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que esta folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>30 / 11 / 2017</u>		 Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
12. Nome: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE		13. CNPJ: 33.963.683/0025-93	14. Unidade/Órgão: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB/ UFRJ
15. Telefone: (21) 1295-2549		16. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>MARIA TAVARES CAVALCANTE</u>		CPF: <u>759.806.223/72</u>	
Cargo/Função: <u>DIRETORA DO IPUB/ UFRJ</u>			
Data: <u>30 / 11 / 2017</u>		 Assinatura Prof. Maria Tavares Cavalcanti Diretora do Instituto de Psiquiatria da UFRJ IPUB/ UFRJ SIAPE - 1177606 - CRM 52.460613	
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica			

**APÊNDICE D: ROTEIRO DA ENTREVISTA**

Universidade Federal do Rio de Janeiro  
 Centro de Ciências da Saúde - Instituto de Psiquiatria  
 Programa de Pós-Graduação – Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial

Projeto de pesquisa: **Atendimento à Crise no CAPS II de Rio das Ostras - Desafios e Possibilidades.**

Mestranda / Pesquisadora: **Geysa Azevedo Müller**

**SEÇÃO 1: DADOS OBJETIVOS - ROTEIRO ESTRUTURADO****SOCIODEMOGRÁFICOS**

1. Nome: \_\_\_\_\_ Pseudônimo: \_\_\_\_\_

2. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. Sexo: M ( ) F ( )

5. Cidade de moradia: \_\_\_\_\_

6. Tempo gasto para locomoção da residência para o trabalho (em horas e minutos)

6.1 Ida: \_\_\_\_\_ 6.2 Volta: \_\_\_\_\_

7. Escolaridade / Formação:

Fundamental ( ) incompleto ( ) completo

Ensino Médio ( ) incompleto ( ) completo Área: \_\_\_\_\_

Superior ( ) incompleto ( ) completo Área: \_\_\_\_\_

Pós Graduação ( ) incompleto ( ) completo

Área(s): Especialização ( ) \_\_\_\_\_ Mestrado ( ) \_\_\_\_\_

Doutorado ( ) \_\_\_\_\_

Treinamento em saúde mental? Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Período(s) / ano(s) : \_\_\_\_\_ Carga horária: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

**PROFISSIONAIS**

8 Categoria profissional: \_\_\_\_\_

8.1 Vínculo empregatício: ( ) CLT ( ) Estatutário ( ) Outro

8.2 Lotação na rede: \_\_\_\_\_ 8.4  
 Função/Atividade: \_\_\_\_\_

8.3 Trabalha na rede desde quando? \_\_\_\_\_

8.4 E nesse CAPS? \_\_\_\_\_

- 8.5 Trabalhou em outros dispositivos de saúde mental? Sim ( ) Não ( )  
Qual/Quais? \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_

**SEÇÃO 2: DADOS SUBJETIVOS ROTEIRO SEMIESTRUTURADO**

1. Na sua perspectiva ....

1.1. Como é o CAPS?

1.2. Quem é atendido no CAPS?

1.3. Como é trabalhar no CAPS?

1.4. Como ocorria a atenção à crise até 09/2015? (*Quando ainda havia hospital psiquiátrico*)

1.5. O que é crise em saúde mental?

1.6. Como ocorre a atenção à crise hoje?

Local	Profissionais	O que foi / é feito	Encaminhamento Para onde / o quê
<i>Se CAPs ...</i>			
<i>Se emergência ....</i>			
<i>Se delegacia de polícia ...</i>			
<i>Se os três ...</i>			

1.7. Como poderia ser o trabalho / o atendimento em saúde mental em Rio das Ostras? No CAPS?

1.8. E como poderia ser o atendimento à crise em Rio das Ostras?

1.9. Você poderia descrever um caso que foi **exitoso** no atendimento à crise no CAPS?

1.9.1 No seu entender, quais os principais elementos que fizeram com que esse caso tivesse êxito?

1.10. Você poderia descrever um caso **não exitoso** no atendimento à crise no CAPS?

1.10.1 No caso considerado **não exitoso**, o que dificultou?