

## Da violência ao vínculo: construindo novos sentidos para a atenção à crise

*From violence to bonding: constructing new meanings for attention to the crisis*

*De la violencia al vínculo: construcción de nuevos significados para la atención a la crisis*

**Janaína Quinzen Willrich<sup>1</sup>, Luciane Prado Kantorski<sup>1</sup>, Milena Hohmann Antonacci<sup>2</sup>, Jandro Moraes Cortes<sup>3</sup>, Fabieli Gopinger Chiavagatti<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Pelotas-RS, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica. Ribeirão Preto-SP, Brasil

<sup>3</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem. Ribeirão Preto-SP, Brasil

**Submissão:** 05-04-2012 **Aprovação:** 09-01-2014

### RESUMO

Este estudo objetiva conhecer os sentidos presentes nas práticas discursivas de profissionais de Centros de Atenção Psicossocial produzidos pelas novas formas de lidar e se relacionar com o sujeito em crise psíquica grave. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, embasada na perspectiva teórica do Construcionismo Social. Analisou-se 27 entrevistas de profissionais a partir da identificação dos repertórios interpretativos e da construção dos Mapas de Associação de Ideias. Os dados foram organizados nos temas: Dificuldades da contenção no serviço; Sentidos construídos em torno dessa prática; Posicionamentos dos profissionais em relação a essa prática; Participação da Polícia Militar no cuidado da crise; Sentido de responsabilidade da equipe de enfermagem em cuidar da crise. Demonstra-se a necessidade de discussão e construção de práticas de atenção à crise que sejam mais coletivas e embasadas em relações de contrato que respeitem a singularidade e subjetividade dos sujeitos.

**Descritores:** Intervenção na Crise; Saúde Mental; Enfermagem Psiquiátrica.

### ABSTRACT

This study aimed to know the meanings present in the discursive practices of the Centers for Psychosocial Care's professionals, produced by new ways to cope and relate to the subject in severe psychological crisis. This is a qualitative research, based on the theoretical perspective of social constructionism. It was analyzed 27 interviews of professionals from the identification of interpretative repertoires and construction of Association of Ideas Maps. Data were organized into themes: Difficulties of contention in service; Senses built around this practice; Professionals placements regarding that practice; Participation of the Military Police in the care of the crisis; Sense of responsibility of the nursing staff in caring for the crisis. It was demonstrated the need for discussion and construction of crisis care practices that are more collective and contract based on solid relationships that respect the uniqueness and subjectivity of the subject.

**Key words:** Crisis Intervention; Mental Health; Psychiatric Nursing.

### RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo conocer los significados presentes en las prácticas discursivas de los profesionales de Centros de Atención Psicossocial, producidos por las nuevas formas de lidiar y relacionarse con el sujeto en crisis psicológica grave. Se trata de una investigación cualitativa, con base en la perspectiva teórica del construccionismo social. Se analizaron 27 entrevistas de profesionales desde la identificación de los repertorios interpretativos y la construcción de Mapas de Asociación de Ideas. Los datos fueron organizados en temas de: Dificultades de contención en el servicio; Sentidos construidos alrededor de esta práctica; Colocaciones de profesionales con respecto a esta práctica; Participación de la Policía Militar en el cuidado de la crisis; Sentido de responsabilidad del personal de enfermería en el cuidado de la crisis. Demuestra-se la necesidad de un debate y de la construcción de prácticas de atención de crisis que sean más colectivas y basadas en relaciones de un contrato que respete el carácter único y la subjetividad del sujeto.

**Palabras clave:** Intervención en la Crisis (Psiquiatría); Salud Mental; Enfermería Psiquiátrica.

**AUTOR CORRESPONDENTE** Janaína Quinzen Willrich E-mail: janainaqwill@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

Na psiquiatria tradicional, existe um “olhar” apenas para o sintoma, que reduz o doente a seu diagnóstico, e as situações de crise são interpretadas dentro de parâmetros definidos e controláveis, recebendo sempre resposta pré-formada<sup>(1)</sup>. Com isso, percebe-se que o diagnóstico possui um valor discriminatório e as respostas oferecidas pela psiquiatria tradicional somente contribuem para a dependência do hospital psiquiátrico, pois se baseiam em procedimentos de violência e em tentativas de normalização<sup>(2)</sup>. Para romper com esse olhar, é preciso colocar a doença e suas classificações entre parênteses, não de modo a negar sua existência, mas sim, negar a definição e o rótulo que são usados para discriminar as pessoas, colocando a realidade social em que o indivíduo vive e a forma como ele se relaciona com essa realidade no centro da análise<sup>(3)</sup>.

No cuidado à crise, por ser um momento de conflito psíquico em que há necessidade do sujeito interpretar, compreender e adaptar-se (ou não) às situações desencadeantes, é preciso desconsiderar os conceitos de loucura e doença mental para não nos aprisionarmos às imprecisões e limitações da linguagem, “nevoeiros” muitas vezes impossíveis de serem superados<sup>(2)</sup>, e valorizar o sujeito em suas dimensões individual, social e política.

Para superar o manicômio, é preciso romper com a violência e com as relações de poder. Entender uma “sociedade sem manicômios”, simplesmente como “sem hospitais psiquiátricos” não garante o rompimento com este modelo, pois essa mesma sociedade poderia permanecer fortemente manicomial dependendo das práticas discursivas adotadas.

Neste contexto, cabe marcar a definição do que chamamos de modelo manicomial para “assim definir aquilo com que é preciso romper de forma radical: trata-se de um certo modo de olhar, um certo modo de saber sobre o louco”<sup>(4)</sup>. E acrescenta-se aqui, que isso se trata também e, principalmente, de um certo modo de se relacionar com a loucura, pois são esses aspectos que vão construir novos sentidos ou não em relação à loucura e à crise psíquica.

Desta forma, entende-se que não são somente as práticas que irão determinar se um processo de trabalho produz sentidos manicomial, mas, também, as finalidades e meios que sustentam e embasam estas práticas e, principalmente, o contexto relacional na qual ela acontece. Pode-se estar fazendo uma prática inovadora, neste novo modelo de atenção em saúde mental, nunca feita no manicômio, mas caso coloque-se o usuário numa relação de poder na qual ele não possa se expressar, com certeza, será uma atitude manicomial ou na lógica do manicômio, e que garantirá a manutenção dos sentidos do manicômio, tão arraigados em nossa sociedade.

A contraposição ao discurso manicomial, constituído ao longo de séculos, se dá por meio da construção de novos sentidos e, conseqüentemente, de novas formas de lidar e se relacionar com o sujeito em sofrimento psíquico. Assim, enquanto o contexto for marcado por relações assimétricas, as práticas discursivas podem tornar-se coercivas e inibir o aparecimento de relações de reciprocidade, liberdade e contraturalidade para que o sujeito possa exercer sua cidadania.

Entendemos que a crise é um momento de transformação da relação entre profissional e usuário e da relação do usuário com a sociedade, pois se revela como o momento mais delicado e fragilizado do sujeito em sofrimento psíquico, e que, portanto, demanda uma atenção que tenha o potencial de romper, de vez, com os sentidos produzidos pelo manicômio.

Por isso, consideramos importante um olhar atento sobre os sentidos presentes nas práticas de atenção à crise dos profissionais inseridos em serviços substitutivos ao manicômio, pois o fato de “dar sentido a” sinaliza um processo de construção social, de interação subjetiva, no qual os sujeitos a partir de suas práticas discursivas posicionam-se, reconhecem-se e constroem termos para a compreensão dos eventos cotidianos.

Diante do exposto, tem-se por objetivo conhecer os sentidos presentes nas práticas discursivas dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial produzidos pelas novas formas de lidar e se relacionar com o sujeito em crise psíquica grave.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou o construcionismo social como perspectiva teórica. A escolha pelo construcionismo social está associada a visão de mundo e a concepção de que o conhecimento e a realidade são construídos coletivamente. Sendo a pesquisa construcionista uma modalidade que atenta para a polissemia, ou seja, o multiperspectivismo das diferentes abordagens e explicações sobre determinado objeto de estudo – também socialmente construído – e para as formas de vida que são sustentadas e suprimidas por ele<sup>(5)</sup>, acredita-se que o uso desta perspectiva teórica será importante na construção de respostas ao objetivo deste trabalho. No pensamento construcionista a linguagem ganha grande ênfase como subsídio aos processos de objetivação que constituem a base da sociedade humana, pois ela sustenta as práticas sociais que geram sentidos no cotidiano<sup>(6)</sup>.

A principal crítica ao construcionismo é com relação a este se *situar* na corrente epistemológica relativista, identificando-se pela crítica da noção de que existe um método neutro que gere uma ciência absoluta. Assim, esta corrente não nega a verdade, mas o seu caráter universal e transcendental, pois ao colocar o mundo social no centro passa a considerá-lo produtor dos critérios de verdade<sup>(6)</sup>.

Outra crítica ao construcionismo refere-se ao reducionismo linguístico. Para Spink e Frezza<sup>(6)</sup>, embora o processo de construção do objeto seja linguístico-conceitual isso não reduz os fenômenos à linguagem, mas, sim, “o construcionismo reconhece a centralidade da linguagem nos processos de objetivação que constituem a base da sociedade de humanos”. Para Gergen<sup>(5)</sup>, a linguagem não revela a verdade, mas a constrói, produzindo uma retórica socialmente legitimada e, por isso é autorreferente e dependente de jogos de linguagem particulares.

Portanto, considera-se que a análise das práticas discursivas dos profissionais é uma forma privilegiada para se entender os sentidos atribuídos ao momento de crise do usuário e como esses sentidos influenciam no cuidado prestado e no lugar que cada um, profissional e usuário, ocupam na relação.

Neste estudo foram utilizados dados do banco de um projeto de pesquisa avaliativa mais ampla denominada: *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil – CAPSUL*<sup>(7)</sup>. Esta pesquisa dividiu-se em um estudo quantitativo e outro qualitativo. A avaliação qualitativa concentrou-se em Centros de Atenção Psicossocial I e II, de cinco municípios da região Sul do país. Desenvolvida na forma de estudo de caso, a pesquisa contou com a participação de usuários, familiares e trabalhadores. A avaliação de quarta geração<sup>(8-9)</sup> norteia o processo teórico-metodológico da pesquisa. A coleta de dados ocorreu no período de julho a dezembro de 2006, tendo a duração de quatro semanas em cada município. Para tanto, utilizou-se a observação de campo e a entrevista semiestruturada, inicialmente composta por três questões norteadoras, sendo que novas perguntas foram incorporadas através da utilização do círculo hermenêutico-dialético, num processo concomitante de análise e coleta dos dados.

Neste estudo, foram analisadas as entrevistas realizadas com os 27 profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Alegrete-RS (2 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem, 1 auxiliar de enfermagem, 1 psiquiatra, 5 psicólogas, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional, 7 oficinheiros, 1 motorista, 2 recepção, 2 serviços gerais, 1 copa/cozinha e 1 coordenadora do serviço).

A leitura das entrevistas permitiu a identificação dos *repertórios interpretativos*<sup>(10)</sup>, que são unidades de construção das práticas discursivas<sup>(11)</sup>, para assim determinar temas relevantes e as categorias analíticas que respondessem ao objetivo proposto. Após, foram construídos os *mapas de associação de ideias*<sup>(10)</sup>, visando encontrar os aspectos formais da construção linguística, dos repertórios utilizados e a dialogia implícita na produção de sentidos.

O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (Of. 074/05, de 11 de novembro de 2005). Todos os entrevistados concordaram em participar da pesquisa mediante a assinatura de consentimento livre e esclarecido.

## RESULTADOS

Os fragmentos de fala dos profissionais do serviço foram organizados a partir dos temas a seguir exemplificados.

### 1. Dificuldades de fazer contenção química no CAPS

*1.1 Existe essa vulnerabilidade, até porque eu tenho dificuldade de usar atitudes medicamentosas de maneira mais sedativa. Eu não tenho muita estrutura para dar um apoio. Por exemplo, se a pessoa tiver uma parada cardíaca, uma parada respiratória, uma depressão respiratória, a gente tem muita dificuldade, tenta fazer uma contenção mecânica. [...] A gente tem um bom relacionamento com o pessoal do Pronto Socorro municipal [...] e se precisa de uma atenção rápida, nós temos uma caminhoneta a nossa disponibilidade. Então dá uma coisa a gente faz uma contenção, segura, coloca na maca e leva para o Pronto Socorro para dar uma medicação de urgência.* (A25)

### 2. Sentidos construídos em torno da prática de contenção física

*2.1 Tem momentos que infelizmente a gente tem que fazer contenção. É uma situação muito difícil. Eu muitas vezes já fiz contenção porque senão o paciente ia se machucar ou machucar outra pessoa. Aí nessa hora a gente toma cuidado para ver aonde que eu vou pegar, mas eu nunca fiz isso sozinha. Não é uma coisa eu acho que agradável para ninguém, mas a gente percebe naquele momento a pessoa precisa do limite.* (A4)

*2.2 A gente tenta conversar, tenta acalmar. Só que de vez em quando não adianta. Sai quebrando vidro, sai quebrando porta, sai batendo. Não digo contenção de amarrar. Não é isso. Só para, para proteger, porque acabam até eles se machucando.* (A16)

### 3. Posicionamentos dos profissionais em relação a prática de contenção física

*3.1 Aqui há uma diferença da conduta de cada profissional. Tem uns que acham que a gente não deve segurar a pessoa, que deve deixar. Que não deve agarrar porque acha que agarrar também é uma agressão, eu e tem outras pessoas que já acham que deve segurar.* (A23)

*3.2 Eu sinceramente não me atraco, eu não vou me agarrar com eles, porque eu sei que a pessoa está em surto tem uma força descomunal [...] Mas acho normal (a crise). Eu entendo o paciente. Eu acho que ele está, está sofrendo [...] O que a gente faz, a gente chama o pronto socorro para nos ajudar, quando é uma coisa muito séria vêm a Brigada, nos ajuda, leva, seda.* (A11)

### 4. Sentidos construídos em torno da participação da Polícia Militar no cuidado da crise

*4.1 Graças a Deus que a gente tem o apoio da Brigada (polícia). Porque a Brigada nunca nos negou nada, a gente liga e ela já vai atrás de nós, ajuda a conter o paciente. Porque é difícil. É isso aí é uma verdade, até na hora da gente aplicar a injeção.* (A2)

*4.2 Às vezes a gente não tem como chegar neles, então a gente tem que se afastar, chamar a Brigada para poder chegar, para não ficar tão vulnerável naquele momento ali (de crise).* (A7)

*4.3 [...] infelizmente a maioria das vezes a gente vê que a gente está aí, para quem a gente pede mais auxílio? É para brigada, que nunca deixou de vir, nos apóiam. Eles esperam que a gente fale alguma coisa para eles intervirem, se não eles ficam só ali de companhia.* (A10)

### 5. O sentido de responsabilidade da equipe de enfermagem em realizar as práticas de atenção à crise

5.1 *Tem um paciente que deseja uma visita, ou ele está em surto ou ele está em depressão. A gente vai com a nossa kombi até lá, o pessoal da enfermagem faz a visita. (A2)*

5.2 *Se tu vê que o paciente chegou alterado, está aqui a enfermagem, sempre tem duas, três pessoas. (A3)*

## DISCUSSÃO

Nas situações de crise muitas vezes surge a necessidade de utilizar práticas de contenção física e química que trazem consigo sentidos do manicômio, por serem tradicionalmente utilizadas neste espaço. Assim, considera-se importante discutir a utilização destas práticas no modelo substitutivo, deixando clara a posição de que não é o fato de utilizar práticas de contenção química e/ou física que irá determinar se um modelo é manicomial ou não, mas a finalidade e o contexto relacional em que essas práticas são utilizadas.

Para tanto, é necessário qualificar os serviços substitutivos para intervir na crise, além de reconhecermos que “em alguns usuários e em algumas situações, a necessidade de resguardo, proteção e contenção serão fortemente colocadas pelo aparecimento do surto”<sup>(12)</sup>.

As medidas de contenção consistem na utilização de meios físicos ou farmacológicos com o objetivo de impedir que os usuários atuem de maneira destrutiva durante a agitação. Elas podem ser usadas quando as medidas não coercitivas, como o diálogo e a escuta, não forem suficientes para lidar com expressões de agressividade.

A contenção farmacológica da agitação psicomotora aguda tem como objetivo o controle comportamental – e não diretamente a sedação –, que pode ser considerada como objetivo secundário<sup>(13)</sup>. Todavia, a sedação é uma medida que traz riscos e por isso, a necessidade de uma estrutura adequada para o atendimento de possíveis complicações. A fala 1.1 traz a questão do risco e da dificuldade de fazer contenção química no CAPS devido à falta de estrutura. Em razão disso, a estratégia utilizada no serviço é fazer a contenção física e levar o usuário ao Pronto Socorro para que seja feita a medicação de urgência.

O uso dos psicofármacos não é reconhecido com um valor terapêutico em si, mas uma utilidade relativa “à abertura das possibilidades de relação, à redução da angústia individual e, algumas vezes, ao controle transitório de comportamentos particularmente problemáticos para o serviço”<sup>(11)</sup>. Neste sentido, não é o uso ou não da medicação que determinará se o modelo de trabalho é manicomial, esta determinação será a partir da finalidade e da relação que se estabelece com os sujeitos, o que se reflete no modo como a medicação é utilizada.

Nas falas 2.1 e 2.2 a contenção física assume outros sentidos. Embora os entrevistados relatem que às vezes é preciso conter e segurar o usuário na tentativa de acalmá-lo, percebe-se nessas falas que os profissionais tratam da contenção física com receio, procurando esclarecer que seu uso deve ser feito de forma humanizada e visando à proteção tanto para o sujeito em crise quanto para os outros usuários do serviço. Talvez pelo fato dessa prática fazer parte do aparato manicomial, o

uso dela no modelo substitutivo traz consigo alguns constrangimentos. Os profissionais não se sentem à vontade para explicitar claramente que nos momentos de crise eles precisam lançar mão de uma prática exercida no manicômio e utilizar a força física.

Por conseguinte, entende-se que se houver momentos nos quais seja necessária a contenção física do sujeito e da expressão de sua agressividade, então que se use essa prática, mas que se traga ela para uma relação dialética e recíproca que dê possibilidade para a construção de novos sentidos que, nem de longe, lembrarão o manicômio.

Uma clínica antimanicomial articulada precisa considerar as configurações da ordem pública e suas questões, cuja abordagem se faz indispensável para garantir a possibilidade de modificá-las quando, considerando a dimensão de seu trabalho para cada usuário, surgir a necessidade. A desconstrução dos muros literais ou simbólicos, que promovem a segregação da loucura, perpassa as questões da clínica, pois quando a diferença manifesta-se pelo sofrimento insuportável ou pelo risco grave, o clínico, sem dúvida alguma, é chamado a intervir desde um lugar que lhe é próprio<sup>(4)</sup>. E, ao contrário da contenção química, a contenção física é um método reversível, pois não altera o nível de consciência e pode ser retirado de modo controlado e gradual, por isso não traz os riscos da sedação<sup>(13)</sup>.

O método de contenção física no leito utilizando faixas é uma maneira tradicional de realizar esta prática. Contudo, em muitos serviços, como nos CAPS I e II, não há leitos e, por ser um local aberto, de livre circulação, o usuário pode agitar em qualquer lugar, inclusive no pátio do serviço. Em virtude disso e utilizando muita criatividade, alguns serviços têm desenvolvido a técnica de contenção física denominada Grupo de Oito (G8). Esta é uma estratégia de manejo de situações de agressão (autoagressão, agressão a outras pessoas e a objetos) que permite pensar na aplicação prática de conhecimentos de contenção do surto, o que gera grande agitação psicomotora<sup>(7)</sup>. O uso desta técnica precisa ser discutido e acordado com os usuários, seja na assembleia ou de forma individual, para que conheçam todas as etapas do processo e possam discutir e opinar junto à equipe, buscando a melhor forma de aplicá-la no contexto do serviço.

No fragmento de fala 3.1 é relatado que existem posicionamentos diferentes dos profissionais quanto à prática de contenção física no serviço de Alegrete/RS. Já na fala 3.2 um profissional deixa clara a sua posição contra o profissional do serviço fazer a contenção física, pois no fim da fala, ele relata que nas situações mais graves, a Brigada Militar é chamada para ajudar a conter e levar ao Pronto Socorro. Uma questão importante que se deve discutir desta fala é o sentido de responsabilização pelo cuidado da crise.

A crise é o momento em que a sociedade enxerga a doença e que em caso de agressividade na qual o usuário possa criar confusão pela rua, assustar, ameaçar as pessoas cria-se uma situação de desordem pública. Como sabemos, a psiquiatria constituiu-se como detentora do saber e responsável pela vigilância e controle da ordem pública.

Entretanto, se o CAPS, que trabalha na lógica do modelo substitutivo, não der conta da atenção à crise, não se

responsabilizar por atender a essas situações, acabará por gerar dois resultados: primeiramente, o hospital psiquiátrico atenderá essa demanda e em segundo lugar, uma consequência do primeiro, reforçará o sentido social de que é necessária a existência do hospital psiquiátrico e de suas práticas – isolamento, violência, relação de poder. Deste modo, é necessário que os CAPS assumam a responsabilidade pela atenção à crise e pelo controle da ordem, pois caso isso não for feito, o serviço perde legitimidade social.

Para Kinoshita<sup>(14)</sup> alguém precisa sujar a mão, fazer o trabalho sujo que é segurar, conter o usuário e, por ser a crise neste novo modelo considerada uma situação que envolve o contexto social e as relações do sujeito, é melhor conter fisicamente no momento agudo da crise, pensando no sentido de proteger o usuário e trazê-lo para uma relação de vínculo, em comparação a permitir a internação no hospital psiquiátrico, pois “não é mais possível, nem oportuno, encaminhar o paciente difícil a outras soluções institucionais”<sup>(11)</sup>.

Outra questão abordada na fala 3.2 e reforçada nas falas 4.1, 4.2 e 4.3 é o fato de acionar a Polícia Militar e delegar a ela a responsabilidade de ajudar no cuidado da crise através da contenção física, o que faz emergir muitos sentidos.

A partir dessas falas percebe-se que os profissionais do CAPS de Alegrete entendem a Polícia Militar como uma parceira na atenção à crise, uma ajuda nos momentos em que eles se sentem vulneráveis. Além disso, chama atenção as falas 4.1 e 4.3 que mostram que a atuação da Polícia ocorre de forma conjunta com os profissionais do serviço. Este fato demonstra que na realidade de Alegrete a atuação da Polícia Militar na atenção à crise está permeada por novos sentidos, de respeito e reconhecimento o indivíduo em crise como sujeito de direitos. Percebemos que esta atuação está em consonância com os princípios do serviço que construiu o sentido de responsabilização pela atenção a crise.

Porém, a relação entre Polícia Militar e loucura nem sempre foi marcada pelo respeito. O objetivo para a criação das polícias militares era garantir a segurança e essa função acabou por aproximar a polícia do louco, pois devido aos sentidos sociais de periculosidade, imprevisibilidade e incurabilidade, a intervenção social sobre o comportamento de determinados sujeitos tinham como base o isolamento e segregação na cadeia, no hospício ou no domicílio<sup>(15)</sup>.

A loucura, assim como outras situações que destoavam no cenário social, consistia em caso de polícia, pois o comportamento do louco era considerado socialmente perigoso à manutenção da ordem pública<sup>(13)</sup>. Assim, pode-se dizer que inicialmente a relação entre policiais militares e os loucos era marcada pelo poder e violência. Então, para romper com esse modelo é preciso colocar isso em xeque, produzir relações que promovam espaços de consenso e para isso não são necessários critérios de verdade, mas de vontade afetiva de conviver<sup>(14)</sup>.

A utilização de diferentes formas e graus de contenção, como a medicação e a internação eventual, não será manicomial se, no lugar de usar o viés da autoridade, for usado o exercício de “fazer caber”. O “fazer caber” vai além da inclusão pura e simplesmente, pois o “fazer caber” o louco na cultura é também, ao mesmo tempo, convidar a cultura a

conviver com certa falta de cabimento, reinventando ela também seus limites<sup>(4)</sup>. Este conceito salienta que uma sociedade não poderá desconstruir seus manicômios permanecendo com sua estruturação intocada.

Neste sentido, consideramos que se há necessidade de acionar a Polícia Militar para a contenção de uma crise que se faça isso, mas num contexto de relação sujeito-sujeito e não como forma de intimidação e, que a partir disso se possa construir novos sentidos sociais, nos quais a atuação da Polícia não represente a violência.

A construção de novos sentidos sociais para à prática de atenção à crise deve passar também pela equipe de enfermagem conforme podemos observar nas falas 5.1 e 5.2, uma vez que a enfermagem nasceu junto com o manicômio e teve sua trajetória marcada pela responsabilidade em manter a ordem interna da instituição. Até a década de 1990, as ações da enfermagem psiquiátrica se baseavam no modelo biológico e eram realizadas, prevalentemente, no campo administrativo e de forma burocrática, um fazer “gerencial, administrativo, normativo e disciplinar, submetido ao poder da instituição médica e das idiosincrasias próprias das instituições totais”<sup>(16)</sup>.

Os sentidos dessa trajetória histórica ainda estão presentes no imaginário social e talvez por esse motivo encontra-se nas falas o sentido de que a enfermagem é a responsável por atender a crise. No entanto, consideramos que no campo da Atenção Psicossocial, que se caracteriza por ser multiprofissional e interdisciplinar, não se pode concentrar a responsabilidade por conter os sintomas da crise psíquica a uma categoria profissional. Assim, se entende que as práticas de atenção à crise são de responsabilidade de todos os profissionais que atuam nos serviços substitutivos.

Além disto, o contexto atual demonstra a premência de práticas do cuidado sustentadas pela utilização de tecnologias inovadoras, exigindo dos profissionais da equipe de saúde e “particularmente do enfermeiro, uma visão que integre e acolha os valores e lógicas diferenciadas impressos nas necessidades dos usuários, não manifestos ou reconhecidos até algum tempo atrás”<sup>(17)</sup>.

As mudanças preconizadas pela Reforma Psiquiátrica, as noções de escuta terapêutica, o acolhimento, os planos terapêuticos individualizados e as práticas terapêuticas que visam a reabilitação do sujeito em sofrimento psíquico resgatam um trabalho com características coletivas que prevê intervenções multidisciplinares. Neste sentido, o trabalho da enfermagem ganha novas perspectivas, inserindo-se em uma prática ampliada na qual são utilizados outros recursos como o relacionamento terapêutico, a comunicação, o atendimento individual, a administração de medicação, entre outros, e com isto estão sendo construídos novos saberes e instrumentos para cuidar<sup>(18)</sup>.

Deste modo, no contexto de trabalho de enfermagem em saúde mental, marcado historicamente pelo modelo disciplinador, “o enfermeiro é, potencialmente, importante agente de mudança, entretanto, essa potencialidade estará diretamente relacionada ao grau de consciência desses trabalhadores”<sup>(19)</sup>. Por isso, a necessidade dos enfermeiros estarem conscientes de sua condição pessoal e social, de seu papel de trabalhador e cidadão inserido num contexto social e político, pois

somente a partir disto eles poderão eleger instrumentos de trabalho que resgate a condição de sujeito de direitos, de cidadã das pessoas em sofrimento psíquico, rompendo com sua prática manicomial<sup>(19)</sup>.

Uma postura que implique na construção do compromisso, na disponibilidade, na intimidade e na relação de confiança para romper com a cultura do manicômio, é necessária a todos os profissionais, uma vez que o manicômio não é apenas um prédio, uma estrutura física, mas se manifesta na ausência de projetos, na perda do futuro e pode estar dentro daquele que não sabe cuidar. Acredita-se que a figura do enfermeiro emerge como importante agente de mudanças no modo psicossocial, desde que este esteja consciente de seu papel de trabalhador inserido num contexto de um novo arranjo de políticas, o qual exige a apreensão de instrumentos de trabalho que visem o resgate da condição de sujeito-cidadã de portadores de sofrimento psíquico<sup>(20)</sup>.

Esta advertência mostra que, mesmo no CAPS, onde o atendimento deve ser humanizado, sem celas fortes e eletrochoques, há o risco da vivência manicomial, no caso dos profissionais não estarem devidamente comprometidos com a acolhida e o cuidado. Por isso, para evitar a manicomização que não cuida, mas anula o sujeito e sufoca a cidadania, é necessário que sejam construídas relações de reciprocidade com responsabilização e disponibilidade para o cuidado. Estabelecer relações horizontais percebendo a subjetividade do momento de crise do outro rompendo com as relações de poder e tutela instituídas pelo manicômio.

## CONCLUSÃO

Sabe-se que a crise é, ainda nos dias de hoje, a situação que determina uma internação no manicômio, mais pela existência de um sentido negativo do que pelo fato do louco ser perigoso para si e para os outros, o que extrapola a necessidade real. O manicômio demonstrou, ao longo de sua história, que não responde às necessidades do sujeito em sofrimento psíquico, apenas reprime e contribui para a construção social de um sentido negativo em relação à loucura e à crise.

Percebe-se, com este estudo, o quanto é difícil discutir sobre a crise e, principalmente, sobre as práticas de atenção à crise. Por se vivenciar um momento de transição paradigmática, de rompimento com o modelo manicomial e de

construção de um modelo psicossocial, práticas, como a contenção mecânica, utilizadas no manicômio são consideradas violentas, e por isso muitas vezes nem entram em discussão no cotidiano dos serviços de atenção psicossocial.

Entretanto, procurou-se demonstrar que não é a prática de contenção mecânica que caracteriza o modelo manicomial, mas a relação de violência e tutela. Desse modo, demonstrou-se a necessidade de substituir a relação de tutela por uma relação de contrato e reciprocidade no momento da crise.

Neste contexto de relação sujeito/sujeito, a prática da contenção mecânica pode se caracterizar como uma forma de cuidado e de responsabilização pelo sujeito em crise. Considera-se que há violência quando, em uma situação de crise, não há responsabilização pela atenção ao sujeito, pois, ao não cuidar da crise, deixa-se espaço para que o manicômio faça isso e acaba por legitimar sentidos que colocam o louco na condição de agressivo e de intratável e que, por isso, precisa ser excluído da sociedade.

Com relação aos sentidos que reconhecem a enfermagem como responsável pelo atendimento à crise, procurou-se demonstrar que nos serviços substitutivos a responsabilidade por atender as situações de crise é de todos os profissionais, pois a crise, assim como as outras situações de sofrimento exigem, uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar. Neste sentido, não é a categoria profissional o fator relevante que determinará qual trabalhador irá atender a crise, mas sim o vínculo que este trabalhador possui com o sujeito em crise.

Portanto, destacou-se a relevância deste estudo e sua contribuição na discussão acerca do trabalho da enfermagem no campo da saúde mental, especialmente neste momento de transição do fazer da enfermagem que busca adequar-se a uma prática interdisciplinar superando a perspectiva disciplinar de suas ações. Além disto, espera-se que este estudo possa contribuir, ao demonstrar a necessidade de discussão sobre as práticas de atenção à crise, na construção de práticas de atenção mais coletiva e de relações de contrato, que respeite a singularidade e subjetividade dos sujeitos em crise.

Não se pretendeu estabelecer uma solução padrão para a atenção à crise, pois sabemos que as situações são singulares e por isso não há como institucionalizar uma prática como sendo "a prática correta". Além disto, construir soluções padrão é institucionalizar a atenção à crise, é construir amarras que vão impedir uma análise crítica da situação.

## REFERÊNCIAS

1. 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.
2. Costa MS. Construções em torno da crise: saberes e práticas na atenção em saúde mental e produção de subjetividades. *Arq Bras Psicol.* 2007;59(1):94-108.
3. Basaglia F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1985.
4. Lobosque AM. Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos. São Paulo: Hucitec; 1997.
5. Gergen KJ. The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist* 1985; 40(1):266-75.
6. Spink MJ, Frezza RM. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da psicologia social. In: Spink MJ, organizador. Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e

- metodológicas. São Paulo: Cortez; 2000. p. 17-40.
7. CAPSUL. Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil: Relatório/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, Ministério da Saúde; Pelotas, 2007. 437p. Disponível em: <http://ufpel.edu.br/feo/capsul/capsul.php>.
  8. Guba E, Lincoln Y. Avaliação de quarta geração. Campinas: Ed Unicamp; 2011. p. 18p.
  9. Wetzel C. Avaliação de serviços de saúde mental: a construção de um processo participativo. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP; 2005.
  10. Spink MJ, Lima H. Rigor e visibilidade: a explicação dos passos da interpretação. In: Spink MJ. Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez; 2000. p.93-122.
  11. Spink MJ, Gimenes MG. Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. Saúde Soc. 2008;3(2):149-71.
  12. Onocko-Campos R. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. Saúde Debate 2001;25(58):98-111.
  13. Gomes FA, Giglio LMF, Kunz M, Kapczinski F. Agressividade e agitação psicomotora. In: Quevedo J, Schmitt R, Kapczinski F. Emergências Psiquiátricas. Porto Alegre: Artemed; 2008. p.109-23.
  14. Kinoshita RT. O cuidado da crise nos Centros de Atenção Psicossocial. Aula aberta do Curso de Especialização em Atenção Psicossocial no Âmbito do SUS. Pelotas: [s.n]; 2008.
  15. Miron VL, Graciete BS. Loucos, nervosos e esquisitos: memórias da loucura em Ijuí (RS), 1890-1990. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP; 1998.
  16. Silva ALA, Fonseca RMGS. Work process in mental health and the psychosocial area. Rev Latinoam Enferm. 2005;13(3):441-9.
  17. Tanaka LH, Leite MMJ. The nurses' working process: the view of professors from a public university. Acta Paul Enferm. 2008;21(3):481-6.
  18. Kantorsk LP, Souza J, Willrich JQ, Mielke FB, Pinho LB. Knowledge and theoretical studies in psychiatric nursing and mental health. Rev Gaúch Enferm. 2004;25(3):408.
  19. Oliveira AGB, Alessi NP. Mental health nursing work: contradictions and current potentialities. Rev Latinoam Enferm. 2003;11(3):333-40.
  20. Duarte MLC, Olschowsky A. Actions of nurses in a psychiatric hospitalization unit at a university hospital. Rev Bras Enferm [periódico na internet]. 2011 [acesso em 24 mar 2012];64(4):698-703. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000400011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000400011&script=sci_arttext).