

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Os significados atribuídos pelos profissionais de saúde mental aos atos violentos e agressivos manifestados por pacientes de um dispositivo de atenção psicossocial do estado do Rio de Janeiro”

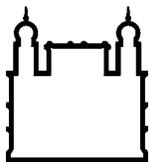
por

Paula Santos Ferreira

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Ana Elisa Bastos Figueiredo
Coorientadora: Prof.ª Dr.ª Adalgisa Peixoto Ribeiro

Rio de Janeiro, março de 2015.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Os significados atribuídos pelos profissionais de saúde mental aos atos violentos e agressivos manifestados por pacientes de um dispositivo de atenção psicossocial do estado do Rio de Janeiro”

Apresentada por

Paula Santos Ferreira

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Erimaldo Matias Nicacio

Prof. Dr^a Maria Cecília de Souza Minayo

Prof. Dr. Ana Elisa Bastos Figueiredo – Orientadora principal

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

F383s Ferreira, Paula Santos
Os significados atribuídos pelos profissionais de
saúde mental aos atos violentos e agressivos
manifestados por pacientes de um dispositivo de atenção
psicossocial do estado do Rio de Janeiro. / Paula Santos
Ferreira. -- 2015.
98 f.
Orientador: Ana Elisa Bastos Figueiredo
Adalgisa Peixoto Ribeiro
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.
1. Serviços de Saúde Mental. 2. Agressão. 3.
Violência. 4. Transtornos Mentais. 5. Relações
Profissional-Paciente. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.2

“...devemos reconhecer que o ego não se sente feliz ao ser assim sacrificado às necessidades da sociedade, ao ter que se submeter às tendências destrutivas da agressividade, que ele teria satisfação de empregar contra os outros. É como um prolongamento, na esfera mental do dilema “comer ou ser comido” que domina o mundo orgânico animado. Felizmente os instintos agressivos nunca estão sozinhos, mas sempre amalgamados aos eróticos”. (FREUD, 1930, p.112)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a essa força que nos faz persistir diante das adversidades, nomeiem como quiserem, para mim se chama Deus.

À minha família de onde tanto veio e vem para mim, sobretudo pelas tentativas de amenizar o desamparo oferecendo maravilhoso apoio, desde o amor e as primeiras questões!

Às minhas orientadoras, que representaram um “oasis” no deserto. À Adalgisa, por se interessar por minhas questões e topar “usar os óculos” da psicanálise. Agradeço de maneira tão intensa que as palavras não poderão simbolizar ao melhor presente surpresa que a Academia poderia me trazer: minha orientadora Ana Elisa Bastos Figueiredo, pessoa de generosidade rara, que me inspirará pelo resto da vida com a lição sobre trabalhar com amor seja onde for. Com amor ela me acolheu em sua casa e é autora desse trabalho junto comigo. Como tive sorte!

Ao Bruno, companheiro incansável na arte de aprender, de onde veio o grande incentivo para iniciar o mestrado e as melhores palavras quando pensei em desistir. Inspirador!

A todos os meus amados amigos, sempre presentes, compartilhando bons momentos até mesmo quando apenas em pensamento. Um agradecimento especial aos que o mestrado me trouxe, Leo, Natália e Dani, pessoas tão diferentes entre si, mas mesmo assim formamos nosso “bonde” que nos levou além.

Aos eficientes funcionários da ENSP, com carinho especial aos trabalhadores do CLAVES que me acolheram como se eu fosse familiar desde o princípio, principalmente o bibliotecário Adriano.

À CAPES, pela bolsa de estudo que evitou excessivas preocupações com a sobrevivência.

Ao CAPSII que me acolheu e permitiu uma produção tão rica neste trabalho, não posso dizer qual é, mas me orgulho de ter visto vocês trabalharem!

Por fim, emocionada, agradeço aos pacientes, os do CAPS no trabalhei como psicóloga de quem até hoje sinto falta e àqueles com quem convivi na qualidade de pesquisadora. Vocês são a causa de tudo aqui! Obrigada por me permitir ver o trabalho como desejo!

RESUMO

Existe grande dificuldade entre profissionais de saúde mental em lidar com atos agressivos e violentos manifestados pelos pacientes. Isso pode ocorrer em função do escasso conhecimento sobre esse tema e suas possibilidades de manejo. A presente pesquisa objetivou investigar a percepção e a compreensão dos profissionais de saúde mental sobre os conceitos de violência e agressividade e a forma com tais profissionais lidam com atos violentos e agressivos quando são apresentados por pacientes de um CAPS II do Estado do Rio de Janeiro. A metodologia usada neste foi do tipo qualitativa descritivo-analítica e sua abordagem foi o estudo de caso de uma instituição de saúde mental no Estado do Rio de Janeiro. Foram analisados 10 prontuários de pacientes que ingressaram no serviço em 2013 para identificar a ocorrência dos termos “violência” e “agressividade” e, se apareciam de forma distinta ou equivalente. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas em profundidade com profissionais que atuam no CAPS, abordando tópicos norteadores previamente construídos. O estudo dos prontuários revelou um não dito sobre acontecimentos que envolvem violência. A análise das entrevistas sugeriu que os profissionais puderam interpretar situações de agressividade e violência respeitando a singularidade dos sujeitos e tomando os atos como mensagem que lhes são endereçadas com fins construtivos, tal qual propõe a teoria psicanalítica sobre agressividade. Espera-se que os resultados da presente pesquisa possam contribuir para as intervenções em saúde mental quando estas envolvem agressividade e violência por parte pacientes.

Palavras-chave: Centro de Atenção Psicossocial, Agressividade, Violência, Transtorno Mental, Profissional de Saúde Mental.

ABSTRACT

There is a substantial difficulty among mental health professionals to deal with aggressive and violent acts expressed by their patients. This difficulty can be explained by lack of knowledge on the subject and its management possibilities. This research aimed to investigate the perception and understanding of mental health professionals over the concepts of violence and aggression as well as how such professionals deal with violent and aggressive attitudes when they are presented by patients of Social and Psychological Care Center, Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) of Rio de Janeiro state. The chosen methodology was the qualitative descriptive-analytical pattern and the approach was the study case of a CAPS II from Rio de Janeiro state. Ten medical records of patients who entered the service in 2013 were analyzed in order to identify the occurrence of the specific expressions "violence" and "aggressiveness", and if these words appeared in different or equivalent meanings. Also, semi-structured interviews were conducted in depth involving professionals who work in CAPSII. Guiding topics previously built were used. The analysis of the records revealed unspoken events related to violence. The analysis of the interviews underpinned the theory that the professionals could interpret situations of aggression and violence regarding the uniqueness of the subject and assimilating such acts as messages addressed to them with constructive purposes, as suggested by the psychoanalytic theory of aggression. It is expected that the results of this research could contribute to mental health interventions when related to patient's aggression and violence.

Keywords: Psychosocial Care Center, Aggression, Violence, Mental Illness, Mental Health Professional.

LISTA DE SIGLAS

AD – Análise do Discurso

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CLAVES - Centro de Estudos Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli

CRAS – Centro de Referência em Ação Social

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
em sua décima edição

DSM –IV– Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em sua quarta edição

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SESC - Serviço Social do Comércio

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. JUSTIFICATIVA.....	11
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
3.1. Violência e Agressividade.....	14
3.2. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).....	22
3.3. Equipe Interdisciplinar do CAPS – os profissionais.....	27
3.4. Transtorno Mental.....	28
4. PRESSUPOSTO TEÓRICO.....	33
5. OBJETIVOS	
5.1. Objetivo Geral.....	33
5.2. Objetivos específicos.....	33
6. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	
6.1. Método de pesquisa.....	34
6.2. Campo.....	35
6.3. Sujeitos.....	38
6.4. Coleta de Dados	39
6.5. Forma de Análise do Dados.....	40
6.6. Aspectos Éticos.....	43
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO	
7.1. Identificação dos Termos Agressividade e Violência nos Prontuários.....	44
7.2. Análise das Entrevistas.....	47
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
9. REFERÊNCIAS.....	92
ANEXO	
1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	97

1. INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto a percepção dos profissionais de saúde mental sobre violência e agressividade e a forma como lidam com essas questões no atendimento a pacientes com transtornos mentais em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do estado do Rio de Janeiro.

A proposta de estudo é fruto de minha experiência como psicóloga de uma equipe interdisciplinar, durante três anos e meio, em um dispositivo de saúde mental - CAPS II - no Estado do Rio de Janeiro

Nesse espaço terapêutico aconteciam episódios de agressividade e violência, por parte dos pacientes, que suscitavam questões sobre a maneira como a equipe podia lidar com essa situação. Algumas vezes as reações dos profissionais aos atos agressivos e violentos, manifestados pelos pacientes em atendimento, pareciam tolerantes e em outras, disciplinatórias. Entendendo que esse espaço terapêutico também deve se ocupar de atos agressivos e violentos, surgiram as questões que inspiraram esse estudo: Os profissionais percebem alguma diferença entre a violência e a agressividade? Como lidam com essas situações?

Em função dessas indagações é importante expor algumas considerações sobre os termos violência e agressividade. Minayo (2010) auxilia no esclarecimento sobre a diferença entre esses dois termos. Sobre a violência, a autora se refere, na definição da OMS, a atos que indicam o uso de força física, poder ou ameaça com caráter intencional contra si próprio ou outrem trazendo consequências danosas de diversos tipos sejam físicas ou psicológicas. No que tange à agressividade, faz referência a Freud que defende que a agressividade é algo inerente ao homem e essencial para sua constituição como sujeito.

O CAPS é um espaço terapêutico criado pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil voltado para a reabilitação psicossocial de sujeitos acometidos por transtornos mentais severos e persistentes. Trataremos adiante da portaria 336/GM de 2002¹ que foi responsável por sua instauração legal.

O CAPS tem função central na organização da saúde mental por possuir papel regulador da porta de entrada da rede de saúde mental. Sujeitos que manifestam comportamentos que escapam

¹ Para acessar na íntegra a portaria: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>

àquilo que é reconhecido como padrão comum ou normalidade é foco do trabalho realizado nesse dispositivo. O CAPS deve acolher diferenças e contribuir para o bem-estar dos sujeitos com transtornos mentais respeitando-os em sua singularidade. Além disso, é importante dizer que a função do CAPS não se encerra em sua especificidade, já que deve trabalhar em permanente articulação intersetorial como preconizado pela estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste estudo, como referencial teórico, enfatizamos as concepções de autores que discorreram sobre a teoria psicanalítica freudiana, sem desconsiderar teorias que informam sobre contextos sócio-culturais e teorias antropológicas.

O trabalho de reflexão inicia-se com explicações referentes aos termos *agressividade e violência, CAPS, profissionais de saúde mental e transtornos mentais*, com o propósito de indicar de que lugar serão abordados esses temas e como se dará sua articulação para o desenvolvimento do estudo. Em seguida, discorre-se sobre os termos agressividade, agressão e violência, apontando suas diferenças conceituais, utilizando o enfoque psicanalítico.

A proposta de se explicitar os termos **agressividade e violência** tem o fito de auxiliar os profissionais de saúde mental que atuam nos CAPS, na construção de recursos para lidar com esses tipos de atos experienciados pelos pacientes e pelos próprios profissionais na interação terapeuta/paciente. Na sequência, esclarece-se o que é um **CAPS**, não só por uma questão de descrição exploratória, como também em referência ao dispositivo legislativo que o instaurou. São citados os **profissionais** que trabalham no CAPS e, por fim, mas não com menor importância, discorre-se sobre do que se trata nesse estudo ao falar em sujeitos acometidos por **transtornos mentais**. Esse último tópico reforça a descrição exploratória proposta anteriormente. No passo seguinte, explica-se o percurso metodológico no qual se optou por vivências no campo que incluíram entrevistas com diferentes categorias de profissionais. Também foram analisados os dados coletados e apresentados os resultados e as discussões, visando a um diálogo com os autores abordados.

2. JUSTIFICATIVA

O movimento que culminou na Reforma Psiquiátrica Brasileira² gerou para o SUS as atuais diretrizes na atenção em saúde mental. A Rede de Atenção Integral em Saúde Mental possui ampla estrutura destinada ao atendimento de necessidades em vários níveis de atenção, desde a atenção básica até os serviços especializados tais como centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, ambulatórios de saúde mental, hospitais-dia, leitos/unidades em hospitais gerais, serviços de urgência/emergência psiquiátrica, geração de renda e trabalho, centros de convivência e pensão protegida, entre outros (BRASIL, 2001a).

Nessa distribuição dos serviços de atenção em saúde mental, os CAPS têm grande importância, pois além de ordenarem a rede, prestam serviços de atenção diária, legitimamente responsáveis pelo cuidado de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Esses serviços trabalham com a lógica do território de acordo com as diretrizes do SUS. O atendimento está baseado no acolhimento, no fortalecimento e na constituição de vínculos do ponto de vista das relações sociais e familiares e na responsabilização de cada membro da equipe multiprofissional pelo cuidado ao paciente (BRASIL, 2004).

Por representarem a espinha dorsal da assistência em saúde mental, os profissionais que atuam no CAPS compõem capital humano que mantém a rede em funcionamento, o fluxo da atenção. Por tal responsabilidade e atuação complexa, os trabalhadores da saúde mental carecem também de atenção, tanto no que se refere à constante capacitação, como ao apoio em geral no manejo de seus impasses. Nesse contexto, a temática da violência e da agressividade se insere em lugar de destaque. Ao levantar a questão desse estudo, a tentativa é de contribuir de maneira possível para ajudar esses profissionais a lidarem com a angústia com a qual se deparam diante de pacientes considerados agressivos e violentos. Contudo, as políticas públicas atuais ainda se mostram tímidas com relação a

² Para maior compreensão sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira acessar: CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978; COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Documentário, 1981; AMARANTE, P. **Loucos pela Vida** - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995 e TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira**, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. In: História, Ciências, Saúde. Vol. 9(1):25-59. Manguinhos, Rio de Janeiro: jan.-abr. 2002

esse ponto específico: como intervir diante de um ato agressivo ou violento de um paciente atendido pela rede de saúde mental?

O relatório final da Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial de 2010 (Ministério da Saúde, 2010) solicita um maior cuidado na interseção entre os temas violência e saúde na agenda da saúde mental, mas a maioria de seus tópicos refere-se aos pacientes com transtornos mentais, exclusivamente quando vítimas de violência. A exceção nesse documento está na temática sobre Manicômios Judiciários na qual são considerados os pacientes que cometeram atos de violência infringindo a lei.

Este trabalho tem especial interesse no estudo das relações dialéticas entre o autor e a vítima de um ato agressivo ou violento, no sentido de que o autor pode, em dado momento, ser vítima, ou vice-versa. Por isso aqui questionamos se, entre ser vítima e ser autor de algum ato violento, não existe um amplo campo de acontecimentos e cuidados sobre os quais as políticas públicas devam se voltar para no intuito de inspirar possíveis intervenções de uma equipe de saúde mental. Desse ponto de vista, é importante pensar as formulações sobre violência e agressividade e sua interseção com a saúde pública até porque se defende que o comportamento violento e as consequências de le advindas talvez possam ser evitados.

Conforme Dahlberg e Krug (2006), o fato de a saúde pública, por definição, não tratar individualmente de pacientes, não anula a intenção da saúde pública de se interessar pelo cuidado aos indivíduos em uma projeção e se preocupar com a totalidade dos indivíduos, com a coletividade. Ainda segundo essas autoras, a saúde pública,

“Ao deslocar-se do problema para a solução, apresenta quatro etapas importantes: 1) examinar o maior número possível de conhecimentos básicos sobre todos os aspectos da violência e unir sistematicamente dados sobre a extensão, o objetivo, as características e as consequências da violência a nível local, nacional e internacional; 2) investigar por que a violência ocorre, isto é, realizar pesquisas para determinar causas e fatores correlatos da violência; os fatores que aumentam ou diminuem o risco de violência; os fatores passíveis de serem modificados por intermédio de intervenções; 3) usando a informação acima, explorar formas de prevenção da violência, planejando, executando, monitorando e avaliando as intervenções; 4) levando a cabo, em cenários diversos, as intervenções que parecem promissoras, disseminando amplamente a informação, bem como determinando o custo e a eficácia dos programas” (p.1165).

Uma vez que se tome a agressividade e a violência como temas importantes na lacuna atual apontada nas políticas públicas referentes à saúde mental, há que se interrogar qual a compreensão que os profissionais de saúde mental elaboram sobre esses conceitos e suas manifestações e como

essa compreensão pode auxiliá-los a construir modos de ação para sua prática.

Mais de 20 anos após o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil, é necessário analisar o cenário do CAPS, seus profissionais e seus impasses. As produções acadêmicas já estão nesse movimento; seguem, contudo, tímidas no que concerne à questão da agressividade e da violência manifestadas pelos pacientes atendidos no serviço.

Em pesquisa bibliográfica, revisada em outubro de 2014, para este estudo utilizou-se a base de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Foi feita pesquisa cruzada com os termos “agressividade” ou “violência” e “doença mental” ou “transtorno mental” ou “saúde mental” e “psicanálise” e foram acessados 06 artigos. Apesar de esses artigos utilizarem o termo agressividade, observa-se que o tomam por vezes pelo termo violência e não fazem diferenciação sobre características de cada um. Ainda mais importante que isso, essa pequena quantidade de artigos disponibilizada pela BVS que utiliza essa temática já indica a necessidade de mais produções sobre esse tema no campo da saúde mental, em especial produções sob o viés psicanalítico. Se as produções sobre agressividade e/ou violência e saúde mental são ainda escassas e, quando feitas, revelam imbricação entre violência e agressividade, tais constatações imprimem ineditismo ao trabalho ora desenvolvido.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O que significa discutir violência e agressividade manifestadas por pacientes com transtornos mentais e a forma como a equipe de saúde mental pode lidar com tais ações dentro de um serviço CAPS? A pergunta é longa e analisada por partes. Primeiro abordamos as definições-chave para o estudo: os conceitos de **violência e agressividade**; o **CAPS**; a **equipe interdisciplinar** do CAPS (os profissionais) e **transtorno mental**.

3.1. Violência e Agressividade

No Relatório sobre “violência”, a Organização Mundial de Saúde afirma que a violência constitui

“O uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.
(KRUG et al, 2002).

Apesar de os estudos na área da violência ganharem cada vez mais expressão no campo da saúde, ainda é importante dizer que a escolha pela pesquisa sobre atos, por vezes nomeados violentos e agressivos, coaduna com os interesses em saúde pública uma vez que releva a produção de subjetividades no contexto coletivo, conforme defende Lourinho (2012). Mesmo que ainda haja estranhamento na análise da violência como pertencente ao campo da saúde, Krug et al (2002), no informe mundial sobre o que significa a violência para a OMS, reafirmam seu lugar no campo da saúde pública discorrendo sobre sua natureza e tipologia e analisando o panorama das ações em saúde voltadas para este tema específico.

Empenhada em contribuir para o campo de interseção das temáticas violência e saúde mental, Valadares (2013) faz uma análise da inclusão do tema violência na rede de atenção à saúde mental no município do Rio de Janeiro e conclui que o fenômeno da violência tem sido inserido gradativamente no campo da saúde mental ainda que a prática no campo precise ser mais bem articulada com as ações preconizadas pela Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV)³. Outro olhar especial à percepção dos profissionais dos CAPS sobre

³ (Brasil, 2001b).

violência é apresentado por Gonçalves (2013) que realizou entrevistas com profissionais de saúde mental em serviços CAPS, nas distintas áreas programáticas do município do Rio de Janeiro, ao investigar a atenção desses profissionais aos casos de tentativa de suicídio em idosos. Conclui-se que há dificuldade por parte desses profissionais em atender idosos que tentaram suicídio. Tais profissionais teriam formação insuficiente quanto à temática e, além disso, os serviços não possuiriam diretrizes clínicas para tentativas de suicídio em idosos.

Retomamos as considerações de Minayo (2005) que auxiliam na compreensão desses fenômenos – violência e agressividade - ao mencionar que a violência se situa no setor saúde e é um importante indicador de qualidade de vida que não pode ser tomado apenas como uma variável ambiental na produção de doenças como muitas vezes se faz no discurso adotado pelos epidemiologistas. Defende-se aqui que a violência pode ser um determinante social, mas é mais que isso, conforme ressalta a autora ao falar do fenômeno como uma totalidade psicológica, psíquica, cultural e social.

Minayo (2005) ainda aponta duas vertentes no setor de saúde para elucidar o conceito de violência: uma explicativa, que se centra em reflexões teóricas, e outra operacional cujo foco é a dinâmica que os transtornos gerados pela violência trazem à qualidade de vida das pessoas. Ressalta que o setor da saúde considera a violência como um fator de risco à vida e que a definição da OMS destaca o caráter mais operacional do termo ao falar da intencionalidade do ato. Cita Domenach na referência à violência em suas formas mais atrozes e mais condenáveis que geralmente ocultam outras situações menos escandalosas por se encontrarem protegidas no tempo e por ideologias ou instituições de aparência respeitável.

É de grande interesse para a investigação em pauta pensar a violência com seus poderes de velar e também de revelar. Seguiremos com esse propósito articulando breves pontuações de cientistas sociais à psicanálise. A definição anterior proposta por Domenach (1981) e citada por Minayo é consoante à abordagem sobre a violência que serve de pano de fundo para este estudo: um ato que pode ser lido, visto e percebido como violento é sintoma de um mal-estar maior.

Bourdieu (2011) também ajuda a entender a violência fornecendo apontamentos na noção de *habitus* e seu caráter simbólico. Nesta noção, a violência representa determinada resposta a um *modus operandi* inconscientemente incorporado por sujeitos de uma cultura ou grupo social. O que é nomeado pelo autor como *habitus* pode ser entendido como fruto de exigências culturais. Esse é um movimento semelhante, em parte, ao da teoria psicanalítica por considerar que o homem responde

inconscientemente à cultura.

Elias (1994), ao discorrer sobre como o processo civilizador em seu caráter repressivo toca na teoria psicanalítica quando ressalta que tal processo forneceu os instrumentos necessários para que a modernidade fosse aos poucos se instaurando e disciplinando os indivíduos no sentido de controlar sua agressividade e seus impulsos violentos.

Wieviorka (2006, p.1152) vai ao encontro do que propõe a teoria psicanalítica ao sinalizar que o problema na ideia da vinculação entre cultura e violência é que a análise, além de não incluir todas as mediações políticas e sociais, também não inclui a “espessura histórica que pode separar o momento em que se forja uma personalidade e aquele em que ela passa ao ato”. Aí observamos uma lacuna entre o processo de produção de um sujeito e o que se passa na subjetividade por trás de um ato agressivo, ou nas palavras do autor – uma “passagem ao ato” -, que interessa a este estudo. Como impulsos agressivos e/ou violentos podem fazer com que o sujeito passe ao ato? Fique claro que esse ato se dá no processo histórico e é por ele afetado. Mas nosso viés dá enfoque ao fato de que, nesse processo histórico, também se constituem subjetividades singulares que são o objeto do nosso estudo.

Pensar no que impulsiona o sujeito a cometer atos violentos nos remete a compreensão da violência em uma abordagem para além do campo médico e, neste sentido, compreendê-la como uma quebra de contrato social intersubjetivo, conforme propõe Figueiredo (2013). É com esse mesmo intuito de olhar para o fenômeno da violência problematizando modos contemporâneos de subjetivação que se desenha nosso estudo. Pretendemos compreender atos ditos violentos como processos de “produção de si”, muito singulares, conforme demonstrou Brasil (2002) ao analisar os impasses vividos por profissionais na cena clínica, momento em que se deparam constantemente com necessidades de enfrentamento da crescente produção de violência contemporânea.

Também nos interessamos pela proposição de Hannah Arendt (1994, p.39) que nos inspira com a noção de que "a violência dramatiza causas". Nessa obra, Arendt analisa as manifestações de violência em regimes totalitaristas e conclui sobre o perigo da banalização da mesma. Nosso objetivo é afirmar que embora a violência seja inerente ao homem, não há como naturalizar a sua expressão. Banalizar a violência pode fortificar sua perpetuação. Soa fundamental analisar o que está envolvido nas circunstâncias que a engendram a fim de intervir de alguma forma sobre elas.

Até este ponto, propusemos uma breve interlocução entre teóricos de outras áreas e a teoria psicanalítica. Nosso movimento foi em respeito ao que Joel Birman (2009) afirma quanto à complexidade da violência exigir de todos um esforço teórico para realização de um trabalho

interdisciplinar. Neste contexto, não há como a psicanálise não se inserir. A psicanálise também precisa responder às questões impostas pelos fenômenos violentos, pois de acordo com o autor:

“[...] As subjetividades, atualmente, exibem de forma cruel suas feridas corpóreas, as ações e compulsões violentas, assim como a despossessão, que se evidencia com eloquência nas depressões contemporâneas. Em decorrência disso tudo, a problemática da agressividade em psicanálise se impõe hoje de maneira insistente e irrevogável”. (BIRMAN, 2009, p.46)

Ao se reportarem às obras de Freud, equivocam-se aqueles que pensam que a agressividade foi abordada no percurso freudiano apenas após o conceito de *pulsão de morte*. Podemos dizer que a agressividade constava nas teorias anteriores, pois já tinha sido apontada no registro do sintoma pelo viés da questão da resistência, mesmo nos primeiros casos clínicos relatados como o caso Dora (Freud, 1905) e o caso do pequeno Hans (Freud, 1909). Nesse momento Freud ainda defende seus argumentos no contexto da Primeira Tópica e elucida que o trabalho do aparelho psíquico é tentar se autoregular através das descargas de suas tensões. Freud entende aí o psiquismo como uma espécie de reservatório de tensão que precisa realizar um esforço contínuo para não transbordar.

Nessa época é elaborado um esquema no qual a *psiquê* humana seria dividida entre duas principais forças opostas: o *ego*, que tenta se autopreservar atendendo às demandas da cultura, e o *id* que pode ser entendido como a instância psíquica que trabalha no sentido de se livrar de censuras, amarras ou interdições. A “guerra interna” - ou “cabo de força” - imposto aos sujeitos poderia se resumir como uma constante luta entre, de um lado, o *id* que impulsiona descargas de prazer imediatas, respondendo ao princípio de prazer e, de outro, o *ego*, que atende ao princípio de realidade procurando obedecer ao interdito da cultura (FREUD, 1915).

Nessa dialética que lugar ocuparia a violência? Freud, nessa época – primeira tópica freudiana – não responde a esta questão, pois não fala em violência e sim em agressividade. Estamos no contexto da primeira tópica no qual Freud propõe uma oposição primordial entre pulsão sexual e pulsão de autoconservação – esta última ligada à necessidade de dominar o mundo exterior para evitar sofrer com suas exigências. Mas nota-se aí certo impasse, pois se primeiramente Freud ligou impulsos agressivos a componentes sádicos da pulsão sexual, em seguida, situou a agressividade como originada também na pulsão de autoconservação (MELLER, 2005).

Queremos com isso mostrar que, apesar de Freud nomear uma pulsão de agressão, ele não vincula estritamente agressividade nem à ordem sexual nem à de autoconservação, no sentido de que a agressividade não se mantém exatamente fiel a nenhuma delas. Nas palavras de Birman (2009, p.

47) “*se a agressividade era inscrita nesse contexto teórico, ela pendia ora para o polo da pulsão sexual, ora para o da pulsão do eu, principalmente para esse último.*” Nesta colocação de Birman destaca-se a vinculação entre agressividade e o ego autorregulador, ou seja, a agressividade serve para preservar a vida humana. Essa afirmação por si só já revela algo positivo na agressão, fato que será analisado mais adiante.

As questões relacionadas ao sadismo e masoquismo abordadas por Freud (1919), ainda na primeira tópica, são passíveis de leituras muitas vezes análogas, respectivamente, à atividade e à passividade frente ao outro. O sadismo era entendido como uma espécie de “pulsão de domínio” – a serviço do eu para dominar o objeto. É preciso atentar para o fato de Freud esclarecer que, em um primeiro momento na história do sujeito, o que existe é sempre o sadismo (infligir sofrimento ao outro). Para ele, só posteriormente o sujeito consegue incorporar força pulsional a ponto de experimentar o masoquismo. Dessa forma, a agressividade contra o outro é pioneira nas relações humanas, sendo a pulsão de domínio interessada na conservação e afirmação do eu. Temos nessas argumentações sobre masoquismo e sadismo noções sobre o estudo da agressividade em psicanálise.

Em 1920, acontece uma virada na teoria freudiana que acompanha a elevação do estatuto da agressividade para uma função de maior importância. Após o texto “Além do Princípio do Prazer” (1920), Freud desenvolveu noções sobre a agressividade que culminam no texto em “O Mal-estar na Civilização” (Freud, 1930), onde o novo par de forças antagônicas evidenciado entre *Pulsão de Morte* e *Pulsão de Vida* ressignifica a problemática da agressividade.

Embora defenda que *pulsão de vida* é uma força criativa que tenta construir estratégias para manter a vida humana, Freud descobre com a repetição de sofrimentos psíquicos (como, por exemplo, pesadelos de ex-veteranos da primeira grande guerra mundial) que existe outra força igualmente humana que tende a destruir ao invés de unir, e trabalha para que o psiquismo atinja tensão zero - eis aí o *princípio do Nirvana* que nos conduz rumo ao fim, à morte⁴. Nesse ponto Freud se aproxima das ideias de Schopenhauer que dizia que a finalidade da vida é a morte (MELLER, 2005).

A partir deste princípio, Freud formula suas considerações sobre a *pulsão de morte*. Podemos retomar aqui a questão sobre sadismo e agressividade, mas ressaltando que quando Freud avança em sua obra afirma que a agressividade é uma parcela da *pulsão de morte* que fica a serviço da *pulsão de vida* e é desviada então para o exterior. Resta dizer que a outra parte da *pulsão de morte* fica retida e

4

Para maior compreensão sobre o princípio do Nirvana ler “O Problema Econômico do Masoquismo” (Freud, 1924).

se articula à *pulsão sexual*, construindo dessa maneira o *masoquismo erógeno* (Freud, 1924).

Freud defende ainda que a agressividade dirigida para o interior do sujeito se denomina masoquismo – sofrimento e privação do próprio sujeito - enquanto a dirigida para fora é o sadismo - sofrimento e privação imposta ao outro.

Nota-se que a existência de uma intrincação entre *pulsão de morte* e *pulsão de vida* reverbera sobre o texto “Pulsões e suas Vicissitudes” (Freud, 1915) ao ressignificar a função da agressividade em sua finalidade de conservação da vida. Há na agressividade uma estratégia para manter a vida, ou seja, sem a agressividade, a *pulsão de morte* tomaria conta do psiquismo. Contudo, em um movimento para evitar a própria morte, a *pulsão de vida* se faria presente na *pulsão de morte* através de um ato agressivo.

Avançando um pouco mais sobre o conceito de agressividade, se temos nela a imbricação entre *pulsão de vida* e *pulsão de morte* como fora dito, sabemos que existem distintas formas de ela se manifestar. No texto “O Eu e o Isso”, Freud (1923) discorre sobre as relações entre o eu e o superego⁵ e expõe os quadros clínicos de melancolia e neurose obsessiva como sendo formas de o sujeito vivenciar sua agressividade contra si. Contudo não nos ateremos a essa passagem por nosso trabalho se interessar especificamente por uma estrutura de defesa possível à castração para o ser humano: a psicose. Por enquanto, cabe expor que, se classicamente a agressividade em psicanálise era localizada na relação do sujeito com o outro, após 1920 ela circula no discurso psicanalítico da época, tanto como masoquismo e autoagressividade, como sadismo e destrutividade.

No texto O Mal-estar na Civilização, Freud (1930) analisa o homem convivendo em cultura e aproxima os humanos, em certa dose, ao mundo animal por seu caráter agressivo, mas segue defendendo as peculiaridades humanas quando reitera a questão da imbricação entre *pulsão de vida* e *pulsão de morte*:

“São estes (os instintos agressivos) acima de tudo, que tornam difícil a vida do homem em comunidade e ameaçam sua sobrevivência. A restrição à agressividade do indivíduo é o primeiro e talvez o mais severo sacrifício que dele exige a sociedade. A instituição do superego, que toma conta dos impulsos agressivos perigosos introduz um destacamento

⁵ Segundo definição de Laplanche e Pontalis *superego* é a parte moral do psíquico: “Uma das instâncias da personalidade, tal como Freud descreveu no quadro da sua segunda teoria do aparelho psíquico: o seu papel é assimilável ao de um Juiz ou de um censor relativamente ao ego. Freud vê na consciência moral, na auto-observação, na formação de ideais, funções do superego. Classicamente, o superego é definido como o herdeiro do complexo de Édipo; constitui-se por interiorização das exigências e das interdições parentais (...).”

armado, por assim dizer, nas regiões inclinadas à rebelião. Mas por outro lado (...) devemos reconhecer que o ego não se sente feliz ao ser assim sacrificado às necessidades da sociedade, ao ter que se submeter às tendências destrutivas da agressividade, que ele teria satisfação de empregar contra os outros. É como um prolongamento, na esfera mental do dilema “comer ou ser comido” que domina o mundo orgânico animado. Felizmente os instintos agressivos nunca estão sozinhos, mas sempre amalgamados aos eróticos”. (p.112)

Em “Por que a Guerra?” Freud (1932) tenta responder com clareza às indagações de Einstein sobre a razão de o ser humano não poder viver em paz. Ele justifica dizendo que há uma espécie de impulso humano de agressividade, e conclui: “*de nada vale tentar eliminar as inclinações agressivas dos homens*” (p.254). Nesse texto, o autor utiliza o termo violência ao se referir a diferentes formas de o sujeito submeter o outro a sua própria vontade, seja através de força física ou de outro tipo de poder. Discorre sobre a necessidade de os seres humanos se unirem em comunidade para se fortalecerem e destaca a necessidade de construção de laços emocionais que proporcionariam a construção de um contrato social que permite aos sujeitos conviver em certa paz.

Alguns autores, como Meller (2005), entendem que nesse texto Freud sustenta que a guerra pode ser evitada pelo Direito - letra da lei - que representa o poder da maioria de uma comunidade. O próprio Freud reforça que uma comunidade se mantém unida por dois fatores: força coercitiva da violência e os vínculos emocionais, estes últimos fruto das identificações entre seus membros (Freud, 1932). O autor diz que tais fatores não precisam estar presentes para se manter a união, basta um ou outro, mas não se pode deixar de enfatizar que ambos são movimentos demasiado humanos.

Lembremos que Freud escreve esse texto no período entre guerras no qual houve crises econômicas que culminaram na ascensão dos regimes totalitários demonstrando amplas tragédias humanas, especialmente em países europeus. No texto, o autor segue argumentando que os dois tipos de pulsões que existem nos seres humanos - *pulsão de vida e pulsão de morte* -, são importantes para a compreensão das ações humanas, uma vez que “*os fenômenos da vida surgem da ação confluyente ou mutuamente contrária de ambas*” (p. 252). Freud afirma que quando a *pulsão de morte* é externalizada, ela provoca destruição ao passo que a internalização da mesma é responsável pela existência de numerosos fenômenos considerados tanto normais como também patológicos.

Freud se refere à *pulsão de morte* como dirigida para fora e para dentro do sujeito e relaciona a *pulsão de morte* voltada para dentro com a agressividade. Já violência é mencionada como externalizada e ocorre quando acontece o desintrincamento entre *pulsão de vida e pulsão de morte* no sujeito a ponto de a *pulsão de morte* se exacerbar.

Em síntese, entendemos que a agressividade é tanto dirigida para dentro – para si mesmo -,

quanto dirigida para fora – para o outro. O que difere então a agressividade da violência? Talvez no contexto dinâmico da teoria freudiana caiba dizer que a violência poderia ser um ato no qual há um desintrincamento entre *pulsão de vida* e *pulsão de morte* prevalecendo a *pulsão de morte*; ao passo que a agressividade, ainda é uma tentativa construtiva da *pulsão de vida* no percurso da sobrevivência. Em outras palavras, temos na agressividade uma ação dirigida pela *pulsão de vida* ao invés da exacerbação da *pulsão de morte* que está presente no ato violento. Segundo Meller (2005), a agressividade não é apenas destrutiva, mas indispensável à vida quando estiver ligada a Eros (*pulsão de vida*). Pensamos então que, sobretudo os atos agressivos e mesmo os atos violentos manifestados por pessoas com transtornos mentais demandam reflexão e intervenção principalmente em um CAPS.

Neste ponto, ainda pode restar uma dúvida: o que é agressão? Em uma proposta de diferenciar *agressividade*, *agressão* e *violência* à luz da psicanálise, entendemos, enfim, a **agressividade** como *pulsão*, conforme foi dito, *pulsão* inerente ao homem. Expressa-se em ato físico ou verbal. Pode ser um soco, um xingamento ou mesmo a ação de quebrar um objeto. Mas o que caracteriza este ato à luz da psicanálise é sua importante presença nas interações humanas desde a infância, sendo vital para constituição do sujeito como “uno individualizado”. Grosso modo, a criança pode se separar de uma relação dual com seu cuidador (aquele que faz a denominada *função materna*) utilizando sua agressividade, mas, mais do que isso, nos interessa compreender esse ato como endereçador de uma mensagem ao outro. A agressividade carrega consigo uma mensagem que demanda uma resposta. Quando é possível ao outro escutar no ato agressivo a mensagem transmitida, pode ser viável gerar a interrupção de uma intenção aparentemente destrutiva. Psicanaliticamente falando, o ato agressivo está dotado de *pulsão de vida* (conforme expusemos acima) e é esta *pulsão* construtiva que predomina em relação à *pulsão de morte* no ato agressivo.

Já a **violência** não é um ato isolado e sim um fenômeno influenciado por diversos campos da vida humana, complexo e multifacetado e que pode ser estudado em nível individual ou grupal. A psicanálise se debruça especialmente sobre as ações individuais e propõe análise focada na dimensão da singularidade, mas não o faz desprezando o coletivo. Ainda que sinalizemos a dimensão mais individual da violência, o que importa em nosso estudo é destacar que sua intenção destrutiva é real. Afirmamos que a violência está “um passo a frente” da agressividade em sua intenção destrutiva, pois ela expressa a exacerbação da *pulsão de morte* diante da *pulsão de vida*. Fica claro que ainda que a psicanálise não proponha noções temporais dotadas de cronologia, poderíamos dizer que a violência seria um estágio posterior em relação às mensagens endereçadas ao outro que são

observadas nas atitudes de agressividade. Se o outro não puder, por algum motivo, responder ao endereçamento da mensagem agressiva é possível que o sujeito emissor expresse violência.

Quanto à **agressão**, Lacan em *O Seminário, livro I* (2009, p.234) afirma: “*Acredita-se que a agressividade é a agressão. Isso nada tem a ver. É no limite, virtualmente que a agressividade se resolve em agressão*”. Lacan define a agressão como “*um ato existencial ligado a uma relação imaginária*”. A partir dessa afirmação arriscamos uma compreensão sobre agressão no contexto deste trabalho. Propomos entendê-la, de acordo com Lacan, como fruto de uma relação imaginária em que o sujeito se antecipa ao outro, em ato, sob a forma de agressão.

3.2. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os CAPS visam à promoção de reabilitação psicossocial daqueles que permaneceram internados durante longos períodos e o tratamento integral das pessoas consideradas portadoras de transtornos mentais.

Iniciaremos nossas explicações sobre o CAPS por uma descrição exploratória. A criação deste espaço terapêutico foi contextualizada no momento histórico de redemocratização do país e se deveu ao movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ao dizer que tal serviço é responsável pelo tratamento de pessoas com transtornos mentais, grosso modo, entendemos que se destina a cuidar daqueles que estão em severo sofrimento psíquico. Os pacientes atendidos no CAPS são psicóticos em sua maioria, ou seja, aqueles que a sociedade considera manifestar comportamentos anormais, muitas vezes desconectados à realidade compartilhada, os chamados de “loucos”. Alguns destes pacientes permaneceram durante anos em internação psiquiátrica, outros, principalmente após os anos 90, apresentaram um primeiro quadro de surto psicótico e logo ingressaram na rede de serviços de saúde mental pela porta de entrada do CAPS.

Os pacientes de um CAPS possuem idades e percursos das doenças diversos. Nos restringiremos a dizer que em um CAPS do tipo II encontram-se apenas pessoas maiores de 18 anos e não há limite superior de idade. É o que ocorre, em teoria. Na prática, sabe-se, através da literatura (Valadares, 2010) que os idosos não estão presentes em grande número na maioria dos CAPS.

Há também nos CAPS pacientes autistas e pacientes com outros transtornos mentais que não são considerados psicóticos, como é o caso de pacientes com diagnóstico de transtorno de síndrome

do pânico, transtorno bipolar de humor e com quadro de depressão grave. Relembramos que, por lei, o CAPS cuida daqueles que possuem transtornos mentais severos e persistentes.

É importante esclarecer que os pacientes cujo comprometimento é de ordem estritamente neurológica ou de fundo orgânico (epiléticos, portadores de síndrome de Down, doença de Parkinson, Alzheimer etc.), a princípio, não são público-alvo do tratamento dispensado no CAPS. Já os pacientes que tem questões de saúde mental correlatas ao uso e abuso de drogas, devem ser acompanhados pelos CAPS Ad – álcool e outras drogas. Contudo, quando sujeitos com questões orgânicas ou acometidos por dependência química apresentam transtornos mentais comórbidos podem ser atendidos nos CAPS.

Geralmente, o espaço físico do CAPS situa-se no meio de uma comunidade, frequentemente em bairros residenciais, necessariamente em lugar de fácil acesso. O imóvel costuma ser semelhante ao de uma casa e pode ter um ou mais andares - é comum CAPS com dois pavimentos. É subdividido internamente em salas que às vezes lembram pequenos ambulatórios ou policlínicas de saúde; possuem banheiros e cozinha e muitas vezes também copa e quintal; apresenta uma recepção à qual podem se dirigir pacientes com demanda espontânea ou não, dependendo do que está estipulado especificamente pela equipe de cada CAPS, isso é o que se observa na prática.

Os CAPSII funcionam em dias úteis, em horário comercial. Raramente as atividades iniciam-se antes das 8h ou se prolongam após às 19h. Os que chegam ao CAPS pela primeira vez com alguma questão de saúde mental são agendados para serem avaliados em entrevistas preliminares e/ou em grupos de recepção. Passam por um processo de acolhimento e avaliação com ao menos um profissional da equipe que é sempre multidisciplinar. Esse primeiro procedimento costuma gerar o levantamento de uma hipótese diagnóstica. A avaliação da demanda do paciente pode culminar em seu encaminhamento para outro dispositivo de saúde ou mesmo para outros tipos de serviços como equipamentos da assistência social.

Quando é decidido em equipe multidisciplinar que o paciente fará tratamento no CAPS, é traçado um projeto terapêutico que indica de quais atividades oferecidas pelo serviço o paciente pode se beneficiar naquele momento. De maneira geral, as atividades oferecidas são: **1)** oficinas terapêuticas (atividade em grupo geralmente orientada por terapeutas ocupacionais cuja temática varia de acordo com o interesse dos pacientes - podem ser oficinas de pintura, artesanato, jornal, teatro, jogos etc. e podem inclusive ser oficinas de geração de renda); **2)** atendimentos sociais; **3)** atendimentos psicológicos individuais e/ou em grupo; **4)** grupos terapêuticos com familiares dos

pacientes; **5**) passeios acompanhados por profissionais a espaços abertos como parques e praias ou visita a espaços culturais como teatro e cinema; **6**) atendimento psiquiátrico individual; **7**) espaços de convivência nos quais os participantes podem assistir à TV ou interagir entre si; **8**) fornecimento de refeições: café da manhã, almoço e café da tarde (Brasil, 2001a).

Todas as atividades oferecidas podem ser realizadas de forma concomitante em salas diferentes.

O CAPS é uma instituição de promoção de saúde que muitas vezes faz lembrar hábitos de uma instituição de educação em sua função social, pois um dos pilares da proposta terapêutica é a construção de vínculos e o incentivo ao convívio social. A realização de festas temáticas como: pascal, junina e natalina, são imprescindíveis.

Apesar de o serviço ser multidisciplinar, muitas vezes um forte viés biomédico é observado nas práticas do CAPS. Muitos pacientes procuram o serviço exclusivamente com objetivo de obter medicação. É uma atividade comum nos CAPS o fornecimento de medicação aos seus usuários e por isso costumam manter uma pequena farmácia interna.

Além disso, os profissionais se responsabilizam em oferecer acompanhamento aos pacientes que não podem frequentar o serviço, através de visitas domiciliares e visitas a instituições psiquiátricas, hospitais gerais e manicômios judiciários onde existem pacientes internados.

A equipe de um CAPS é constituída por profissionais com distintas formações: é comum que tenha ao menos um psiquiatra, uma enfermeira, um psicólogo, um assistente social e um terapeuta ocupacional e alguns auxiliares ou técnicos de enfermagem. Há também os profissionais que cuidam da parte administrativa (secretário e recepcionista), um guarda patrimonial, auxiliares de serviços gerais e oficineiros/artesãos com formações específicas – pode haver um artesão especializado em confeccionar artigos com bambu, por exemplo. Toda essa equipe costuma fazer reuniões semanais para discutir impasses de casos clínicos e administrativos. É recomendada a atuação de um supervisor junto às equipes durante as reuniões (Figueiredo, 2007).

O CAPS atende à lógica territorial preconizada no SUS. Foi criado legalmente pela portaria 336/GM de 2002 que se referencia na lei 10.216 de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A primeira cria os Centros de Atenção Psicossocial em suas modalidades I, II e III que crescem em complexidade de acordo com a respectiva abrangência populacional, mas possuem a mesma função. Sua responsabilidade concerne ao atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e

persistentes, seja em regime intensivo, semi-intensivo ou não intensivo. O serviço oferecido é de cunho ambulatorial e somente os dispositivos do tipo CAPS com natureza jurídica pública podem executar as atribuições de supervisão e regulação da rede de serviço de saúde mental. Respondendo ao movimento cujo foco é a desmontagem do modelo hospitalocêntrico, ficou estabelecido que os CAPS devem funcionar em área física independente de qualquer estrutura hospitalar, e ainda que façam parte de conjunto arquitetônico de hospitais gerais ou universitários, precisam ter acesso privativo e equipe profissional própria.

Do artigo 4º em diante a portaria define as especificidades de cada CAPS que devem atender respectivamente aos portes populacionais: CAPS I – 20.000 a 70.000 habitantes; CAPS II 70.000 a 200.000 habitantes e CAPS III- mais de 200.000 habitantes. Constatam nessa portaria também a instauração das modalidades CAPS Ad (responsável pelos cuidados de sujeitos em sofrimento psíquico relacionado com uso de álcool e outras drogas) e o CAPSi (direcionado para o atendimento ao público infanto-juvenil em sofrimento psíquico). Estes dois últimos tipos de CAPS comportam nessa portaria a modalidade II. Apesar das responsabilidades semelhantes, os CAPSs se diferenciam quanto ao número de profissionais de que necessitam para funcionar. O CAPS III é o único que deve permanecer aberto 24h, pois comporta alguns leitos (no máximo cinco) para acolhimento noturno. É importante lembrar que a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

Uma vez esclarecidas especificidades das modalidades existentes de CAPS, iremos nos ater às responsabilidades e especificidades de um CAPS II, caso do serviço abordado neste estudo. Sob coordenação do gestor local os CAPSs são responsáveis pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no seu território e por regular a porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu módulo assistencial de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Também devem coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas de seu território. Seu funcionamento intersetorial contempla a supervisão e capacitação das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental sob sua responsabilidade. Além disso, controla o cadastro de pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentado pelas respectivas portarias correlatas à temática medicamentosa.

No que tange ao horário de funcionamento, os CAPSII devem iniciar os trabalhos às 08:00h e encerrá-los às 18:00h, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar

um terceiro turno funcionando até as 21:00 horas.

Por fim, a portaria estabelece as atividades prestadas aos pacientes: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação etc.); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias que enfoquem a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social. Os pacientes também têm direito a refeições de acordo com tempo de permanência no CAPS (uma refeição para cada respectivo turno de permanência).

Mais uma definição precisa ser feita já que a portaria que ainda dispõe sobre o que é atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo enquanto atribuição dos profissionais do CAPS:

“[...] Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no Artigo 2º”. (BRASIL, 2002)

Uma vez definido o CAPS através da sua instauração legal, buscamos situar como tem sido a atuação dos CAPSII mais especificamente. O desenvolvimento dos CAPSII em concordância ou discordância a algumas políticas públicas tem sido estudado em produções acadêmicas atuais.

Destacaremos adiante o trabalho de Correa (2011), que fez uma avaliação dos CAPSII no Estado do Rio de Janeiro. A autora conseguiu respostas de $\frac{3}{4}$ dos diretores de todos os CAPS II existentes no Rio de Janeiro. Os diretores responderam questionários relativos à avaliação sobre o funcionamento desse tipo de dispositivo.

Quando se analisa em que contexto se inseriu o CAPS na saúde pública brasileira, encontramos algumas definições sobre este dispositivo para além da normativa. Uma vez que ao CAPS é atribuído papel central na saúde mental, optamos por entender o CAPS por essa via – a de promotor de saúde mental.

Segundo Rocha (2004), a Reforma Psiquiátrica brasileira tem um lema – “por uma sociedade sem manicômios” – que é uma exortação à sociedade para que aceite o desafio de encontrar e manter para a loucura e para os loucos um lugar diferente daquele que se engendrou nos manicômios. Ainda

de acordo com esse autor, na conjuntura da Reforma Psiquiátrica o CAPS nasce no bojo de movimentos políticos e sociais da saúde. Os CAPS são considerados hoje as células de um processo de reforma política, administrativa e cultural no campo da assistência psiquiátrica e é natural que se os tenha em oposição aos manicômios. O progressivo processo de reforma vem substituindo os leitos hospitalares manicomial por CAPS em todo o país. A proposta do CAPS é em si mesma capilarizadora, descentralizadora, enquanto os manicômios são centralizadores, concentradores de poder e de clientela. Tomaremos nesse trabalho o CAPS como responsável pelo trabalho de atenção psicossocial e utilizaremos a mesma definição deste autor de saúde mental: é um *campo de cuidados*.

“[...] ‘Campo dos cuidados’ significa um campo de dispositivos e iniciativas ligadas a um certo agenciamento da vida naquilo que ela está impedida ou prejudicada pela psicose (e pelas demais cristalizações clínicas mencionadas, mas vamos privilegiar as psicoses). Quer dizer, intermediar para e com o paciente os impasses do seu cotidiano, indicá-lo para bolsas de trabalho assistido, dispositivos de lazer assistido, moradias assistidas, etc. A instituição psiquiátrica que antes era apenas o hospital agora é pulverizada ou multiplicada nestes diferentes serviços ou instituições que nós chamamos de “atenção psicossocial”. (ROCHA, Op. Cit. p.2).

3.3. Equipe Interdisciplinar do CAPS – os profissionais

As equipes de profissionais atuantes em cada CAPS devem aumentar de forma proporcional à abrangência populacional da modalidade de CAPS. Ainda de acordo com a mesma portaria citada no tópico anterior, esclarecemos que é necessário haver equipe de apoio aos usuários que recebem atendimento noturno, ou seja, tal equipe precisa estar presente apenas no CAPS III. Já no CAPS II, a equipe técnica mínima para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno (tendo como limite máximo quarenta e cinco pacientes/dia, em regime intensivo) é composta por 01 (um) médico psiquiatra; 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Esses são os profissionais regulamentados por lei que devem atuar em um CAPS II. É interessante o fato de ser exigida apenas ao enfermeiro a formação em saúde mental.

3.4. Transtorno Mental

Uma vez definido um CAPS e os profissionais desse dispositivo, é preciso esclarecer quem é atendido. No início das considerações da portaria 336/GM de 2002, consta a citação sobre pessoas portadoras de transtornos mentais. Como se define um transtorno mental? É portado por quem? Portar é verbo que prescinde de poder de escolha?

Existe grande polêmica na literatura sobre o que é um transtorno mental. Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, entende-se como Transtornos Mentais e Comportamentais:

“As condições caracterizadas por alterações mórbidas do modo de pensar e/ou do humor (emoções), e/ou por alterações mórbidas do comportamento associadas à angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global”. (BALLONE, 2008).

Para entender a temática, inicialmente vamos lançar mão de uma linguagem universal, ou ao menos que se pretende universal, como a proposta pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), reeditado em maio de 2013 em sua 5ª versão, mas que já comporta em si várias ponderações acerca do termo. É um manual para profissionais da área da saúde mental que lista diferentes categorias de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-los, de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association - APA*). Contudo, é curioso o fato de não constar do manual uma definição suficientemente clara de que é um transtorno mental. De acordo com o DSM IV, os transtornos mentais:

“São concebidos como síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes, que ocorrem num indivíduo e estão associados com sofrimento (p.ex., sintoma doloroso) ou incapacitação (p.ex. prejuízo em uma ou mais áreas importantes do funcionamento) ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento, morte, dor, deficiência ou perda importante da liberdade. Além disso, essa síndrome ou padrão não deve constituir meramente uma resposta previsível e culturalmente aceita diante de um determinado evento, por exemplo, a morte de um ente querido. Qualquer que seja a causa original a síndrome deve ser considerada no momento como uma manifestação da disfunção comportamental, psicológica ou biológica do indivíduo. Nem o comportamento desviante (p.ex. político, religioso ou sexual), nem conflitos entre o indivíduo e a sociedade são transtornos mentais, a menos que o desvio ou o conflito sejam sintomas de uma disfunção no indivíduo, como descrito antes. Um equívoco comum consiste em pensar que uma classificação de transtornos mentais classifica pessoas, quando na verdade o que se classifica são os transtornos que as pessoas apresentam. Por esse motivo, o DSM-IV (assim como o DSM-III-R) evita o uso de expressões tais como “um esquizofrênico” ou “um alcoólico”, em vez disso, utilizando expressões mais precisas, ainda que claramente mais incômodas, tais como “um indivíduo com Esquizofrenia” ou “um indivíduo com Dependência de Alcool”. (DSM-IV, 2000, p.8).

No próprio DSM-IV são assumidas dificuldades sobre definição e utilização do conceito de transtorno mental. Há uma ampla produção teórica com críticas a essa definição⁶. Não nos aprofundaremos aqui nessa discussão, mas escolhemos citar primeiramente essas definições por comporem a agenda biomédica e serem aceitas quase universalmente. Apesar das críticas, é esse o termo utilizado na portaria que legitimou os CAPS. Entretanto, há de se compreender o transtorno mental sob outros pontos de vista e neste aspecto as ciências humanas e sociais são úteis.

Em primeiro lugar escolhemos abandonar a expressão “portador de transtorno mental” por não acreditarmos que uma doença mental possa ser algo portado, pois “portar” em nossa interpretação remete a um ato executado por escolha pessoal. Ora, as pessoas portam bolsas ou até mesmo armas, por exemplo, e na maior parte das vezes têm opção de largá-las quando assim o decidem.

Com o intuito de nos aproximarmos do termo que consideramos mais coerente com o nosso estudo, procuramos estudar o termo transtorno mental junto às produções em ciência humanas, onde acreditamos ser possível encontrar um caminho mais interessante ao discorrer sobre o conceito de transtorno mental. O objetivo aqui não é traçar uma oposição entre doença e saúde mental, pelo contrário. Propomos uma leitura mais familiarizada com autores do campo da filosofia que engendram uma discussão entre os conceitos de normalidade e patologia. É o que faz Canguilhem (1995) ao defender que qualquer variação entre o normal e o patológico deve ser vista como de ordem qualitativa. O autor propõe que o conceito de alteração está intimamente ligado às noções de *homogeneidade* e de *continuidade*. A ideia de aprofundar o que se entende por continuidade desperta grande interesse, pois não se propõe pensar em uma coincidência ou em uma oposição entre o normal e o patológico: “*posso apenas intercalar entre extremos, sem reduzi-los um ao outro, todos os intermediários cuja disposição obtenho pela dicotomia de intervalos progressivamente reduzidos...*” (CANGUILHEM, 1995, p. 53).

Foucault (1997) analisa com detalhes toda a história da loucura ao longo de séculos, afirmando que foi somente após a extrema valorização da razão por nossa sociedade ocidental que a loucura foi considerada em oposição à razão, ocupando um lugar de “desrazão”. Fica evidente na obra de Foucault que muito do que se entende por loucura é uma construção social. O autor ressalta o quanto o conceito de loucura serve aos poderes vigentes e estes repercutem nos saberes, mas a nós

⁶ Para aprofundamento nas críticas à definição da DSM-IV indicamos o trabalho de Wakefield (2010) que cita Robert Spitzer como um expoente nessa temática.

cabe apenas ressaltar o apontamento desse autor quanto ao relativismo existente nas conceituações sobre a loucura. A forma massificadora de entender os pacientes de um CAPS sejam eles chamados de loucos, portadores de transtorno mental ou doentes mentais, se contrapõe muito a essa visão influenciada por Foucault que busca sempre relativizar. É desta noção que pretendemos nos apropriar.

Quando se presta assistência ou se dá atenção a um “doente mental”, acredito que o interessante é vê-lo para além de sua inabilidade, apostando que sua autonomia é possível, pressupondo que existe nele saúde mental apesar de qualquer visível desorganização.

Entendemos que saúde mental deve ser vista em um *continuum* de sofrimento psíquico que pode em um mesmo sujeito ser mais ou menos intensamente provocado por diversos conflitos com a realidade que o cerca e com ele próprio. Um mesmo sujeito pode conseguir lidar melhor ou pior com conflitos dependendo do momento em que se encontra e dos recursos que pôde construir no decorrer da vida quando se deparou com conflitos anteriores. Ou seja, diante de contextos adversos e podendo contar com os recursos que lhe são viáveis, o sujeito muitas vezes pode chegar ao extremo de lançar mão de um recurso que lhe custa muito caro para lidar com conflitos: a quebra do vínculo com uma realidade compartilhada, eis aí o que entendemos ser o processo de perturbação da saúde mental de um sujeito.

Figueiredo (2006) fala de distintas linhas de pensamento que orientam o diagnóstico e a intervenção em psiquiatria quando se trata aquele que é chamado de doente mental. A primeira estaria consoante com as definições de transtorno mental do DSM-IV e da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), pois em seu caráter biológico afirmam que os termos relacionados ao mental coadunam com propriedades neurais, do sistema nervoso, admitindo dependência causal entre fenômenos psíquicos e físicos. Já a segunda concepção levantada pela autora seria a sociopolítica, sustentada pela Reforma Psiquiátrica, cuja ênfase recai sobre o resgate da cidadania do doente mental; o doente mental teria de recuperar seu espaço de sujeito de direitos. Por fim, Figueiredo (2006) aponta a concepção alinhada com a teoria psicanalítica que tem como mote singularidade e diferença. Nesta, as dificuldades dos indivíduos em sofrimento psíquico não podem ser atribuídas meramente a fatores externos e a loucura é algo a se decifrar. A autora avança defendendo que a doença mental se dá quando o indivíduo perde seu sentimento de familiaridade e sua relação com a realidade social, momento em que as possibilidades coletivas se enfraquecem e o paciente se isola num mundo inacessível à linguagem comum como estratégia de proteção. Essa

acepção condiz com a lógica terapêutica de reabilitação psicossocial e está consoante com nosso entendimento daquilo que, no lugar de transtorno mental, preferimos denominar de “perturbações na saúde mental dos sujeitos”.

O transtorno mental não é uma expressão utilizada na teoria psicanalítica. Não seria ousado dizer que a psicanálise sequer se interessa por este termo. Para a psicanálise o que importa é se um sujeito sofre e se além de sofrer puder se implicar, dentro do possível a sua estrutura psíquica, em seu sofrimento, este pode passar pelo tratamento psicanalítico. E como fica a questão da psicose nesse contexto? Evidentemente a psicanálise avançou para além da antiga afirmação Freud, segundo a qual a psicanálise não poderia dar conta dos casos de psicose. Os psicanalistas tratam dos psicóticos e o fazem inclusive na saúde pública. Ana Cristina Figueiredo é uma autora que esclarece o lugar da psicanálise na saúde pública, ela traz preciosas contribuições sobre a importância da psicanálise nesse campo, inclusive da saúde mental pública. Figueiredo (2007) elucida a função da psicanálise e do psicanalista na Clínica da Atenção Psicossocial destacando a importância do dispositivo da supervisão nos serviços CAPS. Embora nossa intenção nesse trabalho não seja fazer apologia ao lugar da psicanálise na saúde pública, não podemos deixar de ressaltar sua importância para a área.

Figueiredo (2010) discorre sobre o lugar da psicanálise tanto nos ambulatórios quanto nos CAPS e defende que em ambos os espaços, o segundo tempo da clínica orientada pela psicanálise é o mesmo. Estamos num só campo, no campo da saúde mental e aí o trabalho nos CAPS é pautado na construção do caso em equipe e na transferência de trabalho – dois princípios caros à prática psicanalítica em instituições.

Ainda é necessário dizer em que perspectiva a psicanálise entende a psicose. Resumidamente, a psicanálise declara que existem três estruturas psíquicas possíveis para o ser humano: a neurose, a psicose e a perversão. O sujeito lançará mão de um tipo de defesa frente à castração⁷ de acordo com a estrutura psíquica, ou seja, a estrutura psíquica de defesa se revela aí mesmo no momento no qual o sujeito tem que lidar com a castração.

Em outras palavras, psicose, neurose ou perversão são as estruturas psíquicas humanas que se revelam quando o sujeito precisa se deparar com sua limitação e defender contra seus conflitos psíquicos. Diante dessas três saídas possíveis, a clínica dos transtornos mentais parece mais focada nas psicoses. Contudo, é importante ressaltar que falar em estruturas nesse contexto se diferencia de

⁷ Para melhor entendimento sobre o complexo de castração, consultar Roudinesco & Plon – Dicionário de Psicanálise que consta na lista de referências.

falar em categorias. De acordo com Figueiredo e Machado (2000), este é um ponto sobre o qual não devemos nunca ceder:

"Para tal, somos levados a postular que há apenas uma estrutura — a estrutura da linguagem — e a partir dela há diferentes efeitos de sujeito que, numa primeira abordagem, caracterizam o que Freud aponta como a 'escolha' seja da neurose, psicose ou perversão. A estrutura dá ao mundo uma organização e ficamos diante do problema da fixidez, da possibilidade ou impossibilidade de acontecer o novo". (Ibid, p.79).

Fica evidente que a questão estrutural na teoria psicanalítica é marcante, porém complexa. Insistimos em tocar neste ponto apenas para situar o leitor com relação ao que estamos falando quando utilizamos o termo psicose.

No texto "A perda da realidade na neurose e na psicose", em especial, Freud (1924[1923]) diferencia essas estruturas, mas mantém firme o argumento de que ambas possuem perdas de realidade. Portanto, não consideramos razoável caracterizar a psicose apenas como a estrutura que provoca o desligamento do sujeito com a realidade.

Neurose e psicose são maneiras distintas de lidar com os conflitos da vida. Seguindo Freud (Ibid), afirmamos que o Ego depende da realidade e por isso enquanto a neurose suprimirá um fragmento do ID, na psicose, o Ego, a serviço do ID, se afasta de um fragmento da realidade. Percebemos assim a dificuldade para um ser humano, seja neurótico ou psicótico, lidar com a realidade quando esta é excessivamente adversa. Ousamos dizer que mesmo na neurose, quando esta é grave, existe uma verdadeira fuga da vida real. Enfim, há sofrimento independente da estrutura e neste trabalho isso é o mais importante do que estender explicações sobre diferenças estruturais.

Quando vemos um psicótico afirmando com convicção ser "Napoleão", "Jesus Cristo" ou um "Extraterrestre", tem-se ali um jeito diferente de lidar com algo que não se pode suportar, mas tomar essa posição não é nada fácil, basta atender um paciente esquizofrênico para constatar tal realidade. É como se, na guerra entre o ID e o mundo externo, não houvesse nunca um vencedor. Na neurose há uma tentativa de reparar a realidade a expensas de uma restrição do ID. Na psicose se repara a realidade pela criação autocrática de uma nova realidade. Podemos dizer acompanhando Freud, que ambas as estruturas são mal sucedidas em suas tentativas de reparação.

A alucinação é um fenômeno típico da psicose, assim como são os delírios. São "substitutos" encontrados para dar conta de uma difícil realidade. Mas frisamos que ainda lançando mão desses mecanismos, o psicótico cria um novo e imaginário mundo que nunca é capaz de remodelar totalmente a realidade de modo satisfatório.

“(...) Existe uma classe de seres humanos a quem, não um deus, mas uma deusa severa – a Necessidade – delegou a tarefa de revelar aquilo de que sofrem e aquilo que lhes dá felicidade. São as vítimas de doenças nervosas, obrigadas a revelar suas fantasias, entre outras coisas, ao médico por quem esperam ser curadas através de tratamento mental. É esta a nossa melhor fonte de conhecimento, e desde então sentimo-nos justificados em supor que os nossos pacientes nada nos revelam que não possamos também ouvir de pessoas saudáveis”. (FREUD, 1908 [1907], p.152).

4. PRESSUPOSTO TEÓRICO

A partir de minha experiência em um CAPS do estado do Rio de Janeiro, percebo que há dificuldade dos profissionais de saúde mental em lidar com atos agressivos e violentos manifestados pelos pacientes e acredito que tal dificuldade se deva a escasso conhecimento sobre atos agressivos e atos violentos e as suas respectivas possibilidades de manejo.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo geral

Investigar a percepção e compreensão dos profissionais de saúde mental sobre os conceitos de violência e agressividade e como tais profissionais lidam com atos violentos e agressivos quando são apresentados por pacientes de um CAPS do estado do Rio de Janeiro.

5.2. Objetivos específicos

- Identificar, nos prontuários dos pacientes inseridos em um CAPS II do estado do Rio de Janeiro, durante o ano de 2013, se os termos violência e agressividade são utilizados e se aparecem como conceitos distintos ou equivalentes.
- Identificar a percepção dos profissionais de saúde mental sobre os conceitos de agressividade e violência por parte dos pacientes em tratamento.
- Conhecer de que forma os profissionais lidam com atos violentos ou agressivos apresentados pelos pacientes de um CAPS do Estado do Rio de Janeiro.

6. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

6.1. Método de pesquisa

O método do estudo foi do tipo qualitativo descritivo-analítico e sua abordagem foi feita através do estudo de caso de uma instituição de saúde mental no estado do Rio de Janeiro.

O método qualitativo se aplica aos estudos das relações humanas assim como ao estudo das percepções. Como afirma Minayo (2012), “*a pesquisa qualitativa trabalha o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes*”. De acordo com a mesma autora, a pesquisa qualitativa se propõe a explorar um fenômeno desconhecido ou parcialmente conhecido. O elemento principal da pesquisa são palavras e idéias. O investigador parte desse processo uma vez que as informações são obtidas a partir da narrativa e de sua interpretação individual sobre o fenômeno estudado. O raciocínio que orienta o pesquisador é dialético-indutivo e a análise começa desde a coleta dos dados. A pesquisa depende do que o objeto demanda e a resposta ao objeto depende das perguntas dos instrumentos e das estratégias utilizadas na coleta dos dados.

Minayo continua informando sobre as premissas em Análise Qualitativa, quais sejam: conhecer os termos estruturantes; definir o objeto sob a forma de uma pergunta ou de uma sentença problematizadora e teorizá-lo; delinear as estratégias de campo; dirigir-se informalmente ao cenário de pesquisa; ir a campo munido de teoria e hipóteses, mas aberto para questioná-las; ordenar e organizar o material secundário e o material empírico incluindo as informações e observações de campo; construir a tipificação do material recolhido no campo; exercitar a interpretação de segunda ordem; produzir um texto fiel aos achados do campo, contextualizado e acessível; assegurar os critérios de fidedignidade e de validade.

Minayo (2006) também esclarece sobre estudos de caso quando cita Good e Hatt (1969, p.422) ao argumentar que o estudo de caso é “*um meio de organizar dados sociais preservando o caráter unitário do objeto social estudado*”. A autora destaca que é com o fito de entender as situações-chave no desdobramento de determinada intervenção que utilizamos estudos de caso. Sistematiza os objetivos da abordagem dos estudos de caso resumindo-os da seguinte forma:

“1) compreender os esquemas de referência e as estruturas de relevância relacionadas a um evento ou fenômeno por parte de um grupo específico; 2) permitir um exame detalhado dos

processos organizacionais ou relacionais; 3) esclarecer os fatores que interferem em determinados processos e 4) apresentar modelos de análise replicáveis em situações semelhantes e até possibilitar comparações, quando no projeto, no decurso do trabalho de campo e nas análises o investigador trabalhar com tipificações”.

De fato, ao escolher essa metodologia estamos interessados na singularidade do discurso dos profissionais que atuam em uma instituição de saúde mental, mas acreditamos que os resultados de um trabalho como esse não são úteis apenas para o campo escolhido. Minayo (2006) avança dizendo que o estudo de caso permite utilizar estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação em questão. Ressalta também que tal abordagem permite gerar conhecimento sobre características significativas do evento que nos interessa, em nosso caso, atos considerados agressivos ou violentos praticados por pacientes em um CAPS II. A ênfase nesse “objeto” tem a finalidade de levar a uma melhor compreensão dos referidos acontecimentos através de entrevistas e observações.

6.2 Campo:

O campo de estudo é um serviço CAPS II do estado do Rio de Janeiro. Por questões éticas, optou-se por não identificar o campo. Entretanto, será feita uma descrição para que o leitor possa compreender o espaço físico onde são realizados os atendimentos dos pacientes, e formular conclusões sobre a conjectura geral que propiciou nossas análises. As informações abaixo são oriundas de observações da pesquisadora e de entrevista com a coordenadora do CAPS.

O serviço é de fácil acesso. Situa-se a 15 minutos a pé do terminal rodoviário do município, no bairro Centro. A construção é de dois pavimentos, totalizando algo em torno de 250m², dos quais 150m² de área construída. Não se pode considerar este espaço muito amplo, uma vez que os profissionais relatam que recebem diariamente aproximadamente de 50 a 80 pacientes para atendimento.

O local mais habitado no piso inferior parece ser o quintal e a varanda da casa. No quintal, há mesas com cadeiras de plástico - lá acontecem oficinas terapêuticas. Na varanda, existe uma pequena mesa com um telefone e um caderno, como uma espécie de recepção, onde o paciente que estiver responsável pelo atendimento dos telefonemas que o serviço recebe faz suas anotações. Essa é uma atividade de geração de renda. O quintal não é coberto, apesar de ser o local destinado às refeições dos pacientes.

Os espaços cobertos do primeiro pavimento são: uma espécie de sala de estar com sofás, livros e TV onde acontecem o espaço de convivência e as reuniões exclusivas da equipe; um pequeno quarto onde ficam guardadas roupas que são vendidas em um bazar realizado aproximadamente com frequência semanal; uma espécie de varanda atrás da casa que dá acesso aos fundos do quintal (considerando que o quintal é em formato de L); uma cantina – onde também é realizada atividade de geração de renda -, dois banheiros para os pacientes e uma copa-cozinha, onde é possível abrigar cerca de 10 pessoas numa grande mesa. No segundo pavimento, em cima da copa-cozinha, existe uma varanda, um banheiro de funcionários e uma saleta na qual são desenvolvidas atividades com os pacientes que também serve de refeitório para os funcionários na hora do almoço.

Outra parte mais ampla do segundo pavimento se localiza em cima do espaço de convivência. Lá estão o único consultório identificado do CAPS; a farmácia com remédios; um banheiro para profissionais e a sala da equipe com duas saletas anexas, onde trabalham os responsáveis pela administração. Não há um espaço que possa ser considerado sala de espera - essa função ficaria por conta da varanda, do quintal e do espaço de convivência. As oficinas terapêuticas que acontecem dentro do CAPS são feitas no quintal ou na saleta acima da copa. A copa-cozinha é utilizada na atividade de culinária.

A atividade de recepção na qual se recebem os novos pacientes pode ser dividida em dois momentos: o acolhimento e a recepção em si. Quando o paciente chega sem qualquer agendamento prévio, dá-se o **acolhimento**. Nesse momento, um ou dois profissionais podem receber a pessoa, conversar com ela (até mesmo pelo telefone) para tentar entender melhor sua demanda e, por vezes, é ali mesmo que se redireciona o paciente, se ficar claro que não tem perfil para ser atendido no CAPS. Caso contrário, será agendado um retorno desse paciente no qual se iniciará o processo de **recepção**. A recepção é sempre feita por dois profissionais sempre. Eles avaliam a necessidade de inserir atendimentos psicológicos, psiquiátrico, social etc. no processo. Durante o desenvolvimento da recepção o paciente vem ao CAPS em horários agendados e vai conhecendo aos poucos o espaço e as atividades que nele acontecem. Os casos que passam pelo processo de recepção são obrigatoriamente discutidos e avaliados em equipe até que se decida sobre a finalização da recepção e a inserção do paciente no serviço ou em outro espaço ou também em outros serviços em paralelo.

O horário de funcionamento do CAPS é de 8 às 17 horas, de segunda a sexta-feira.

As atividades que acontecem no CAPS são: oficina de culinária; oficina de jardim; oficina de beleza; oficina de vozes; oficina de música; oficina de dança; oficina de jornal; oficina de mosaico;

bazar – com geração de renda. Existem ainda outras atividades de geração de renda, tais como atendimento do telefone do CAPS, organização dos arquivos de prontuários e lavagem de louça após as refeições; ida a biblioteca municipal; roda de leitura; grupo de familiares; visitas domiciliares; atendimentos sociais; atendimentos médicos psiquiátricos; terapia ocupacional com desenvolvimento de atividades de vida diária; passeios acompanhados por profissionais a lugares aberto ou mesmo fechados como teatros, centros culturais etc.; assembléias semanais dos pacientes; dentre outras atividades que a coordenadora informou “talvez não estar recordando” quando nos cedeu a entrevista.

A coordenadora relatou que todas as atividades desenvolvidas atualmente são importantes e referiu desejo de inserir no serviço outras atividades, pois acredita que esse investimento permitirá oferecer um espaço de tratamento que contemple os mais variados usuários com seus interesses singulares.

O CAPS faz parcerias principalmente com as Secretaria de Educação e Assistência Social. Participa do “Programa Brasil Alfabetizado” que permite que os pacientes frequentem aulas no CRAS – Centro de Referência em Ação Social. Foi destacada pela coordenadora a forte parceria com um órgão da Assistência Social. Um único abrigo está presente no município. Além deste, existe uma casa de acolhimento, ou casa da cidadania, que oferece comida, banho, mas na qual os sujeitos não permanecem abrigados. Esta instituição também trabalha em conjunto com o CAPS. Além dessas parcerias, são feitas tentativas de inserções junto aos órgãos da justiça, mas destes o CAPS vem recebendo mais demandas do que ajuda propriamente dita.

A coordenadora destacou que as parcerias culturais são de grande importância no desenvolvimento das atividades do serviço; elogiou especialmente a parceria com o SESC. Ressaltou que todas as parcerias são relevantes para a função central do CAPS, a reinserção social de seus pacientes.

A equipe do CAPS, no momento da pesquisa, era constituída por 39 pessoas ao total. Manteremos em sigilo as quantidades de profissionais em cada categoria para que os mesmos, quando únicos representantes de suas respectivas categorias, não sejam identificados nas entrevistas: Coordenadora assistencial; Coordenadora técnica; Médico Psiquiatra; Psicólogo; Aluno do Curso de Residência em Saúde Mental; Terapeuta Ocupacional; Farmacêutico; Assistente Social; Técnico de Enfermagem; Oficineiro; Acompanhante Domiciliar; Estagiário; Porteiro; Auxiliar Administrativo e Servente.

É interessante notar que este CAPS parece privilegiar o comprometimento com a capacitação profissional. Estavam presentes na equipe, no momento da entrevista, residentes cuja especialização estava sendo feita na área de Saúde Mental. Constava na equipe uma assistente social que foi inserida no quadro de funcionários após realizar essa mesma experiência de estágio – como residente em saúde mental. Além disso, a presença semanal de uma supervisora nas reuniões de equipe parece indicar um avanço com relação ao que está estipulado pela legislação que inaugura o CAPS: apenas possuir na equipe um profissional com especialização em saúde mental - o enfermeiro.

6.3. Sujeitos

Os sujeitos incluídos na pesquisa foram profissionais dos níveis fundamental, médio e superior que possuem experiência de trabalho no referido serviço. Procuramos representar todas as categorias que mantêm contato cotidiano com os pacientes do serviço. Foi realizado um total de oito entrevistas. Havia cinco profissionais cuja ocupação no serviço exigia formação em nível superior, dois com formação em nível médio. Apenas um profissional cuja ocupação era de nível fundamental disponibilizou-se a ceder entrevista. Tal profissional de nível fundamental foi uma servente. Entendemos ser de suma importância realizar entrevista com um auxiliar de serviços gerais uma vez que tal categoria ocupa lugar de destaque no serviço por atuar constantemente junto aos pacientes constantemente, participando de oficinas e abordagens terapêuticas em geral, além de serem responsáveis por servir e acompanhar as refeições que acontecem dentro do serviço, durante as quais o contato com pacientes requer manejo cuidadoso.

Os critérios de inclusão dos participantes (sujeitos) da pesquisa foram: ter contato direto com os pacientes tratados no CAPS e possuir vínculo de trabalho de ao menos seis meses no serviço. Foram excluídos os estagiários ou residentes e/ou profissionais que não mantinham contato direto com os pacientes do serviço.

Para viabilizar a abordagem dos participantes da pesquisa, apresentei inicialmente o projeto ao coordenador do CAPS II escolhido, ocasião na qual ele também foi informado sobre a necessidade de serem consultados os prontuários dos pacientes que ingressaram no ano de 2013. Em seguida, participei de uma reunião de equipe das que ocorrem semanalmente a fim de também apresentar o projeto aos possíveis participantes da pesquisa; nessa oportunidade alguns profissionais mostraram interesse em participar das entrevistas e responderam ao meu convite deixando seus contatos para

posteriormente combinarmos horário e local para realização das mesmas. Todas as entrevistas aconteceram dentro do CAPS de acordo com a preferência dos entrevistados.

Com relação aos prontuários consultados, a identificação dos pacientes foi preservada uma vez que foram coletadas apenas a presença ou ausência dos termos agressividade e violência e sua situação de contexto.

6.4 Coleta de dados

O procedimento metodológico para a coleta de dados se deu em duas fases, ambas necessárias para compreensão e análise sobre a percepção dos profissionais a respeito de atos agressivos e violentos provindo dos pacientes.

- Primeira Fase – realizou-se levantamento nos prontuários dos pacientes que ingressaram no CAPS durante o ano de 2013 buscando os termos “violência” e “agressividade” com objetivo de verificar a ocorrência de tais termos e se aparecem de forma distinta ou equivalente.
- Segunda Fase – foram realizadas entrevistas semi-estruturadas em profundidade com profissionais que atuam no CAPS II. Essas entrevistas tiveram tópicos norteadores para as questões formuladas.

Além disso, algumas observações sobre o campo foram anotadas para complementar a análise das entrevistas e a descrição do serviço. Minayo (op. cit. 2006) explica que esse tipo de registro - o diário de campo - nada mais é do que um bloco de notas no qual o pesquisador registra diariamente suas impressões e observações. No bloco, podem ser inseridas as afetações no pesquisador fruto das vivências em campo.

Uma vez que as entrevistas semiestruturadas podem combinar perguntas fechadas e abertas, essas representaram o tipo de entrevista que atendeu ao nosso objetivo, pois permitiram ao entrevistado discorrer sobre o tema em questão sem se ater somente à indagação formulada. (MINAYO, 2006).

As entrevistas semiestruturadas em profundidade coadunaram a nossa preocupação em tornar a posição do entrevistador o menos assimétrica possível com relação ao entrevistado. Esse tipo de entrevista procura explorar o conhecimento e a crença das pessoas, seus sentimentos, expectativas e desejos, preocupando-se ainda com o subjetivo, o que torna imprescindível que toda interpretação considere a perspectiva da pessoa analisada. As entrevistas em profundidade são discursivas,

permitindo que os entrevistados mostrem suas argumentações ao entrevistador.

As questões norteadoras das entrevistas foram as seguintes:

- . Dados sobre o entrevistado (idade, sexo, categoria profissional, tempo de serviço e função que exerce);
- . Percepção do entrevistado sobre atos violentos e agressivos;
- . Forma de a equipe abordar atos violentos e agressivos apresentados pelos pacientes;
- . Recomendações dos profissionais sobre o que fazer com os pacientes quando estes apresentam atos violentos e agressivos;
- . Observações adicionais do pesquisador.

6.5. Forma de Análise dos Dados

A análise das entrevistas se deu sob a forma de Análise do Discurso, doravante denominada AD. Uma vez realizadas as entrevistas, estávamos diante do grande desafio de análise não somente de um material gravado, mas de experiências intersubjetivas vivenciadas em campo pelo pesquisador. Na AD tanto emissor quanto receptor realizam simultaneamente um processo de significação; ou seja, o processo discursivo não é linear e nem é uma mensagem onde existe um receptor que capta a mensagem do emissor decodificando-a. Desse ponto de vista, a AD substitui a proposição de “pensar uma mensagem” pela de “pensar um discurso” em que o discurso não é mera transmissão de informação e sim inter-relação entre sujeitos e sentidos num complexo processo de constituição desses sujeitos e produção de sentidos (Orlandi, 2005).

Entendemos que em um trabalho cujo foco está na escuta daqueles que cuidam de pessoas que manifestam agressividade e violência, a AD apresentou-se como uma forma privilegiada da produção de sentidos, pois leva em consideração a subjetividade. O processo interpretativo da AD desvela significados do texto, seja verbal ou não verbal. A AD se compromete com “o homem falando” seja sob forma de imagem, figura, texto ou oralidade (Idem). Em nosso estudo, analisaremos as formações discursivas (Foucault, 1987) que foram construídas a partir de interações registradas oralmente.

Epistemologicamente, a AD articula três campos de conhecimento: o materialismo histórico, a linguística e a psicanálise; mas também recebe influências de outras ciências sociais e humanas como a psicologia, a antropologia, a filosofia e a sociologia de forma integrada.

A partir do materialismo histórico, teoria das formações sociais e suas transformações, a AD destaca a marca indelével da ideologia no discurso. Compreendendo a ideologia como a tomada de posição de um sujeito no discurso, diretamente influenciada pelo seu contexto histórico, social, econômico e político, Pêcheux defende que na AD todo dizer é ideologicamente marcado (Pêcheux apud Orlandi, 2005). Nas palavras de Orlandi (idem) há referência à defesa de que a ideologia é constitutiva tanto dos sujeitos quanto da produção de sentidos.

Da linguística, teoria dos mecanismos sintáticos e dos processos de enunciação, a AD recolhe a ideia de não transparência da linguagem, mas refina seu interesse tanto no processo quanto no produto da linguagem.

Da psicanálise, podemos dizer que a AD se alimenta da premissa da relação do sujeito com o simbólico. Considera que o homem é afetado por esse simbólico e é descentrado por ser tanto marcado em seu discurso por formações inconscientes como estruturado por formações ideológicas. Quando a AD afirma que o sujeito é descentrado (Orlandi, idem), quer dizer, é um sujeito assujeitado por ser afetado pela linguagem, pelo inconsciente, pela ideologia, e enfim, ao mesmo tempo por toda complexidade do social e pela ambiguidade singular que o constitui. Ao nomearmos o inconsciente do ponto de vista da AD, estamos falando de um inconsciente considerado como lugar do simbólico.

A AD de origem francesa foi o caminho escolhido para tentar conhecer os mecanismos pelos quais se põe em jogo os processos de significação presentes no material acessado em nossas entrevistas. Reafirmamos que proposta da AD foi nos instrumentalizar para que possamos explicitar os mecanismos de produção de sentidos que funcionaram no discurso de nossos entrevistados.

“[...]A Análise do Discurso considera que a linguagem não é transparente. Desse modo ela não procura atravessar o texto para encontrar um sentido do outro lado. A questão que coloca é: “como o texto significa?”.”(ORLANDI, 2005, p. 17).

Na qualidade de *práxis*, entendemos que a AD proporcionou um dispositivo de compreensão que gerou um mosaico de significados singular sobre o funcionamento das falas dos entrevistados.

Consideramos que o objetivo da análise do discurso é descrever o funcionamento de um texto, texto que é constituído este por formações discursivas. A respeito das *formações discursivas*, Foucault (1987) ao discorrer sobre as grandes famílias de enunciados, questiona se essas formações discursivas podem formar uma unidade. Em sua análise Foucault (1987) conclui que tais famílias apontam para heterogeneidade ao invés de unidade. Ressalta a importância de analisar o jogo dos aparecimentos e dispersões existentes em grandes grupos de enunciados e desvia o interesse da

arquitetura de conceitos suficientemente gerais e abstratos contínuos e geograficamente bem marcados para uma arquitetura lógica de outra ordem: *as formações discursivas*. Elas seriam as possibilidades estratégicas diversas que permitem a ativação de temas incompatíveis e a introdução de um mesmo tema em conjuntos diferentes, o que apontaria “*séries lacunares e emaranhados ou jogos de diferenças, de desvios, de substituições, de transformação*” (Foucault, Idem, p.42).

Seguimos na indicação de Orlandi (1988) “*A AD trata dos processos de constituição dos fenômenos lingüísticos e não meramente seu produto*” e tomamos esse recorte teórico inicial básico. Nosso interesse na qualidade de analista do discurso voltou-se para o jogo das formações discursivas. É ainda Orlandi (2005) que afirma que o discurso pode ser resumido da seguinte forma: são “*processos de identificação, argumentação, subjetivação, construção da realidade etc.*”. Enfim, afirmamos com esta autora que “*o discurso é efeito de sentido entre locutores*” (p.21). Ela ainda lembra a etimologia da palavra discurso, ressaltando que discurso é palavra em movimento, prática de linguagem. Essa noção de movimento atrai o analista do discurso na medida em que ele se interessa pela tensão, e não oposição, entre *paráfrases* (repetições de sentidos) e *polissemias* (criação de sentidos diferentes). Sendo assim, o analista do discurso ouve sem pré-conceitos e assim pode deslizar entre as ideias escutadas para produzir interpretações.

Conforme defende a mesma autora (Orlandi, 2005), começamos nossas análises desnaturalizando a relação palavra-coisa. Na sequência, tornamos visíveis as famílias parafrásicas ou categorias conceituais que apareceram ao longo de todo o discurso dos entrevistados. A partir das categorias conceituais permitimos que emergissem núcleos de sentido que respeitaram a singularidade das falas, relacionando inclusive o que foi dito com o que não foi dito (mas poderia ter sido). Daí em diante na nossa análise do processo de significação, avançamos cotejando as formações ideológicas que acreditamos reger os relatos analisados. Na prática, articulamos os núcleos de sentido com a teoria que fundamenta nossa pesquisa, ou seja, a proposta foi fazer um cotejamento da fundamentação teórica no que pôde ser analisado no discurso.

Frisamos que estivemos atentos às colocações que pareceram mais isoladas e não formaram famílias parafrásicas, pois entendemos que ao lado do modo de dizer singular de cada sujeito há sempre possibilidade de um dito inédito e inesperado no conjunto do discurso. Nesse movimento podemos dizer que realizamos uma leitura mais detalhada de onde emergiram outros núcleos de sentido que expressaram a singularidade das falas e pudemos dizer que as formações discursivas sobre atos violentos e agressivos criaram finalmente os significados que os entrevistados atribuíram a

esses acontecimentos. Ressaltamos que o deslizamento de sentidos na produção de significados é o efeito metafórico que nos dispusemos a alcançar.

6.7 Aspectos Éticos

O projeto que originou esta Dissertação de Mestrado foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), com base no Parecer nº 635.659.

Como possível **risco** dessa pesquisa podem ser apontadas situações de constrangimento para os profissionais em falar de tema complexo e que depende de sua habilidade profissional para intervenção terapêutica. Esclarecemos que eventuais desconfortos e constrangimentos apresentados pelos profissionais foram minimizados com a possibilidade de interromper a entrevista até que o entrevistado se sentisse à vontade para responder às questões ou desistisse de fazê-lo. Além disso, outro cuidado ético já mencionado para minimizar os riscos foi o de não nomear o CAPS no qual foi realizada a pesquisa.

Como possíveis **benefícios**, apontamos a oportunidade de abrir espaço de escuta e reflexão sobre esta questão que trata de abordar a violência e agressividade manifestada pelos pacientes e o manejo dos profissionais, questão esta que ainda não foi especificamente abordada nem na agenda da psiquiatria nem da Reforma Psiquiátrica. Essas escutas e reflexões puderam se dar também pelos próprios profissionais ao participar das entrevistas. Ressaltamos que os resultados da pesquisa e respectivas análises a partir da fala dos próprios profissionais do serviço podem oferecer subsídios para outros profissionais de outros serviços de saúde mental e para as políticas públicas em saúde mental.

Em virtude de recomendação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, não identificamos as falas dos profissionais cujos relatos foram reproduzidos em nossas análises.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1. Identificação dos Termos Agressividade e Violência nos Prontuários

Foram pesquisados 10 prontuários abertos em 2013 correspondentes a pacientes novos, que ingressaram no CAPS durante esse ano. As partes dos prontuários destinadas à evolução do tratamento dos pacientes foram examinadas juntamente com fichas de entrada no serviço, fichas de solicitação de serviços públicos (vale-transporte, vale social etc.) e relatórios anexos.

No estudo das partes de evolução do tratamento dos prontuários localizamos uma única vez a ocorrência do termo *agressividade* quando ocorrida dentro do serviço e praticada por pacientes – nosso objeto de análise. Foi mais comum o aparecimento dos termos *agressividade* e *violência* fora do contexto do CAPS, porém com baixa frequência. Quatro prontuários não tiveram quaisquer ocorrências semelhantes aos termos *agressividade* e *violência*.

Os termos “heteroagressividade” e “autoagressividade” foram identificados por nós como equivalentes ao termo “agressividade” e, apesar de haver poucos registros conforme descrito, serão apontados abaixo inclusive quando circunscritos ao contexto do CAPS.

A maioria dos relatos nos quais houve ocorrência dos termos ficaram restritos ao preenchimento de uma ficha de entrada. Foram identificados no campo correlato ao “histórico do pacientes” e se estavam relacionados com o motivo que fez o paciente e/ou principalmente seus familiares buscarem o serviço. Neste campo, “atos violentos” apareceram ao lado de sintomas produtivos como alucinações auditivas e autoagressões como tentativas de suicídio, o que sugere certa conexão entre atos violentos e outros sintomas de “loucura”.

Em um prontuário existia um relato de um profissional no qual o paciente ameaçou um familiar com uma faca próximo ao local onde residia, ou seja, fora do contexto do CAPS, mas nessa narrativa não apareceram os termos *agressividade* e *violência* em sua literalidade.

Existiram escassos relatos que se referiram aos pacientes na condição de vítimas de violências fora do contexto do CAPS; houve referência à violência sexual sofrida por um paciente dentre outras agressões das quais um paciente fora vítima.

Em um determinado prontuário a palavra “agressivo” foi mencionada duas vezes pela mãe do paciente ao ser atendida pelo médico. Nesse mesmo prontuário, o termo “agressividade” teve sete ocorrências no contexto de inquietação, agitação, agitação psicomotora e impulsividade. Todas as ocorrências se deram no contexto domiciliar. Quando o termo *agressividade* apareceu relatado por

familiar como sintoma, a ação do profissional foi medicar o paciente. Neste mesmo prontuário encontrou-se uma única menção ao termo “autoagressividade” que estava atrelado a forte sofrimento vivido pelo paciente, dentro do CAPS.

Em outro prontuário, o termo “heteroagressividade” estava presente apenas em uma ficha preenchida pelo profissional para cadastrar o paciente para receber vale social, sem contexto ou maiores explicações.

Ainda houve um prontuário estudado no qual o termo “agressividade” apareceu no relato de uma primeira consulta do paciente, porém foi utilizado indicando sua ausência, ou seja, é registrado em seu negativo com objetivo de dizer que o paciente negava ter agressividade.

A ocorrência da palavra “agredido” apareceu em outro prontuário, referindo-se a um familiar do paciente que foi agredido pelo paciente de acordo com relato de um terceiro familiar. Neste caso estão relatadas adversidades sociais – dificuldade financeira; excesso de pessoas residindo no mesmo ambiente; dificuldade de relacionamento - que teriam levado ao ato agressivo no contexto domiciliar. Essas situações são apontadas pela literatura científica como possíveis fatores de risco para violência intrafamiliar (Minayo, 2009).

A única ocorrência do termo agressividade quando referido a acontecimento ocorrido dentro do CAPS refere-se a um paciente cujo comportamento é relatado uma vez como “heteroagressivo”. Nesse prontuário, apareceu o adjetivo “agressivo” literalmente escrito entre aspas cinco vezes. O paciente em questão era egresso do CAPS infantil (CAPSi) e a maioria das ocorrências constava do relato da mãe sobre a motivação para ter procurado o primeiro serviço. No CAPSi, foram feitos relatos de agressão verbal e do ato de atirar pedras no prédio do CAPSi segundo a familiar. Em um terceiro serviço que o paciente frequentou, ele teria sido agressivo com um fonoaudiólogo que, segundo o relato do próprio paciente, tentava ensiná-lo a falar corretamente de maneira forçada – “*na marra*”. Nesta ocasião, de acordo com relato da mãe, a conduta do profissional foi encaminhar o paciente para emergência psiquiátrica.

No prontuário desse mesmo paciente apareceu o termo “heteroagressivo” finalmente no contexto do próprio CAPS quando membros da equipe se negaram a lhe dar um objeto aparentemente sem valor que o paciente pedira. Nessa ocasião ele foi retirado do CAPS e questionado pela equipe sobre o que havia acontecido. A equipe também propôs que o paciente refletisse sobre seus atos de modo a não dificultar a continuidade do seu tratamento no CAPS. O paciente se disse ameaçado e profissionais da equipe combinaram com ele que chamasse seu técnico de referência quando se

sentisse ameaçado por demais profissionais do CAPS. Quando o paciente foi colocado para fora do serviço, ele foi embora, fazendo ameaças a todos. Então a equipe se reorganizou para que quando ele retornasse pudessem aguardá-lo realizando uma intervenção terapêutica mais intensa e continente no sentido de minimizar os atos ditos agressivos. Ocorreu um ato agressivo cuja situação desencadeadora e reação foram assim literalmente foram registradas: “*paciente contraria as regras do CAPS (comeu em local não permitido); diante da intervenção da equipe, xinga e ameaça*”. Na ocasião foi feita contenção física por profissional do sexo masculino e o paciente foi expulso do serviço.

Conforme descrevemos, foi apenas nesse último prontuário apontado que encontramos a única ocorrência de ato agressivo dentro do CAPS e na presença de profissionais, objeto específico de nossas análises. Em síntese, identificamos que os profissionais raramente registram os termos pesquisados, apesar de o fato de atos violentos e agressivos acontecerem, conforme será constatado adiante através das entrevistas. Além disso, nos poucos registros encontrados, tais profissionais também não diferenciam os termos agressividade e violência.

7.2 . Análise das Entrevistas

Foram entrevistados 8 profissionais: cinco profissionais de nível superior - um psiquiatra, uma assistente social, uma psicóloga, uma farmacêutica e uma terapeuta ocupacional; dois profissionais de nível médio - um porteiro e uma acompanhante domiciliar; e um profissional de nível escolar fundamental.

No que tange ao sexo dos entrevistados, foram entrevistadas 6 mulheres e dois homens. As idades dos entrevistados variaram de 24 a 71 anos, sendo que a maioria com idade até 40 anos. Os profissionais entrevistados com menor tempo de serviço trabalham no CAPS há oito meses, a maioria está trabalhando no local há aproximadamente dois anos e os profissionais ouvidos mais antigos escutados têm oito e seis anos de vínculo com a instituição. Todos os profissionais declararam estar no CAPS atualmente por motivação própria.

As entrevistas transcorreram com certa tranquilidade dentro do serviço sempre durante o horário de funcionamento. Houve dificuldade significativa para agendar um horário de entrevista com a maioria dos profissionais, pois eles não dispunham de tempo vago durante a rotina de trabalho. Por esse motivo, a enfermeira do CAPS não conseguiu participar da entrevista, apesar de ter tentado duas vezes. Outros profissionais demoraram até dois meses para conseguir agendar um horário. Muitos profissionais cuja ocupação era de formação em nível superior (especialmente médicos residentes e psicólogos) se disponibilizaram a participar da pesquisa, mas foram dispensados uma vez que outro profissional da mesma profissão já tinha sido entrevistado. Optamos por não entrevistar mais de um profissional da mesma categoria para não criar um viés relacionado a uma categoria profissional específica; entendemos que isso ocorreria caso uma fosse ouvida mais vezes do que outra.

É importante dizer que não houve iniciativa por parte da pesquisadora em solicitar entrevistas aos profissionais cuja categoria ainda não tinha sido contemplada, pois uma vez que o convite tinha sido feito a todos, falariam aqueles que se sentissem à vontade. Por essa razão, algumas categorias de nível médio como técnicos de enfermagem e oficinairos não puderam ser representadas na pesquisa.

Na qualidade de pesquisadora transitei livremente pelo serviço durante aproximadamente dois meses, exceto em reuniões de equipe, na qual só estive presente uma vez. Creio ser importante dizer que até ser apresentada à equipe durante tal reunião, transcorreram mais de 30 dias desde que fui informalmente conhecer o CAPS, pois houve mudança na equipe de coordenação nesse período.

Fiz visitas com frequência média semanal, geralmente para realizar entrevistas, mas houve também idas exclusivamente para consultar prontuários. O acolhimento que recebi dos profissionais foi muito satisfatório desde a primeira visita (ainda sob a coordenação anterior). Alguns trabalhadores declararam entender a temática dessa pesquisa como deveras importante para o momento atual do CAPS. Muitos profissionais se dirigiram gentilmente a mim e disseram que a pesquisa só podia ajudá-los, pois estavam enfrentando muitos casos de violência. Apesar de ter me apresentado para uma equipe de quase quarenta pessoas, creio ter me aproximado por meio de conversas informais de mais ou menos dez ou quinze pessoas.

Poucos entrevistados pareceram ansiosos com a possibilidade de participarem da pesquisa. No geral, perguntaram quanto tempo durava o encontro e se poderiam saber de antemão qual era o “roteiro” de perguntas. A maioria construiu comigo um clima amistoso de conversa que costumava se iniciar quase informalmente e durava em média 40 minutos. Apenas uma entrevistada pareceu muito demandante de espaço para falar e acabou participando da entrevista durante aproximadamente 1 hora e dez minutos. Entendi o movimento dessa profissional como uma espécie de “catarse”. Já a entrevista mais breve durou um pouco mais de 20 minutos.

Os entrevistados que tinham formação em nível fundamental e médio solicitaram locais de entrevistas abertos - fora de sala - cozinha e quintal. Apesar de a realização das entrevistas nesses locais ter dificultado um pouco o entendimento do áudio e contribuído para mais interrupções por parte dos pacientes, pareceu ser uma condição para essas entrevistas acontecerem e por isso houve consentimento imediato. Após ter visto outra colega sendo entrevistada, resolveu que podia conversar um pouco comigo desde que não saísse do seu “posto”. Os demais profissionais foram ouvidos em salas fechadas, escolhidas por eles, que permitiam razoável privacidade. Foi interessante apenas a última entrevistada escolher a sala de atendimento para realizar a entrevista, talvez porque essa entrevista tenha acontecido durante o horário de almoço dos pacientes. Inicialmente eu acreditava seria nesta sala que os profissionais se sentiriam mais à vontade por ser geralmente o espaço no qual a privacidade é mais assegurada. Enganei-me, pois outras salas onde ocorrem oficinas ou trabalho administrativo do CAPS foram eleitas pela maioria dos entrevistados. Mesmo quando as entrevistas ocorreram dentro de sala fechada, aconteceram pequenas interrupções por parte de pacientes ou outros membros da equipe, nenhuma delas, contudo, prejudicial para o desenvolvimento da entrevista.

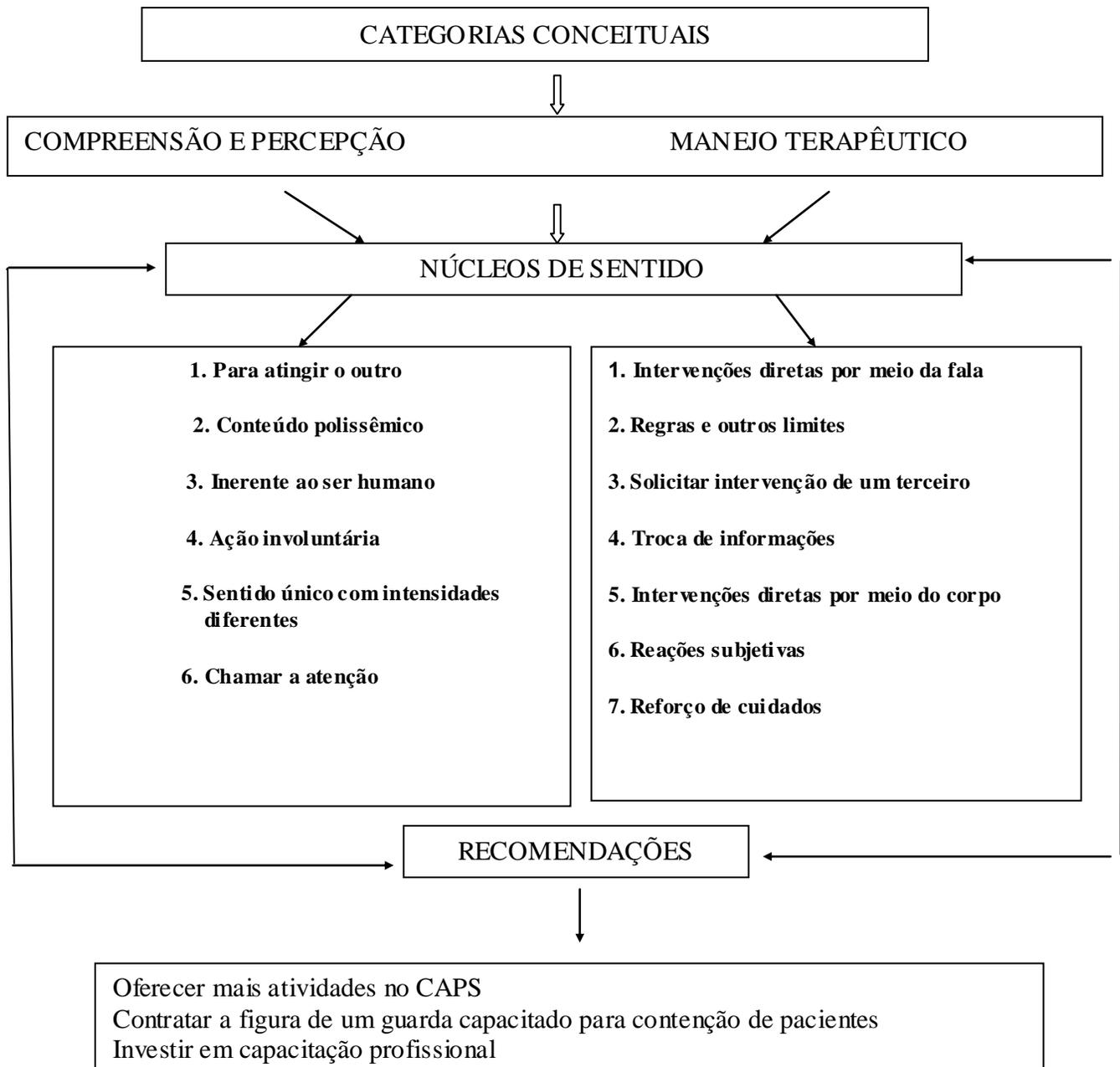
A maioria das perguntas foi compreendida com certa facilidade, mas as respostas que implicavam conceituação sobre atos agressivos e violentos e sobre possibilidade de mudança de atitude tomada pelo profissional diante dessas situações demandaram mais tempo para que a resposta fosse dada, tal demora talvez tenha sido acompanhada de ansiedade por parte dos entrevistados em alguns casos pontuais. Chamou atenção o fato de quando questionados sobre a concordância da equipe sobre sua reação, muitos profissionais responderem quase automaticamente que havia sempre concordância. A problematização sobre diferenças conceituais entre agressividade e violência pareceu ser uma reflexão inédita para todos os entrevistados, apesar de todos terem demonstrado interesse pelo tema. Ao final das entrevistas, alguns entrevistados agradeceram muito por poder participar da atividade e senti como se falar sobre o tema os tivesse feito bem ao final dos encontros.

As entrevistas foram transcritas obedecendo ao seguinte esquema de transcrição: **1)** fizemos uso de **colchetes** [] para sinalizar sobre contexto de falas proferidas anteriormente; **2)** o uso de **reticências entre parênteses** (...) para demarcar fala suprimida entre os trechos destacados apontando para outra temática que não o núcleo de sentido referido; **3)** utilizamos **caixas de diálogos** quando transcrevemos recortes mais extensos ou apenas com finalidade de organizar grandes falas para o leitor; **4)** o símbolo **barra** / para demonstrar que as duas pessoas falavam ao mesmo tempo; **5)** o termo *Entrevistadora* foi designado pela letra **E maiúscula** e pela letra **P maiúscula**, designamos o *Profissional* entrevistado.

A fim de analisar os dados construídos pelos discursos dos sujeitos nos reportaremos às falas dos entrevistados com intuito de apreender seus significados e produzir deslizamentos de sentido ou efeitos de deriva. Nesse processo de análise produzimos um mosaico significativo no qual articulamos simultaneamente o todo e as singularidades das falas de onde emergiram grandes categorias que denominamos categorias conceituais, conforme os objetivos da pesquisa e que foram: **compreensão e percepção de atos violentos e agressivos e manejo terapêutico de atos violentos e agressivos**.

Para cada categoria conceitual, identificamos núcleos essenciais de falas ou núcleos de sentido (Ver Figura 1). Os núcleos de sentido compõem as formações discursivas, tal como descritas por Foucault (1987) que foram objeto de nossas análises.

Figura 1: Mosaico Significante



Compreensão e Percepção dos profissionais sobre Atos Violentos e Agressivos

Na categoria conceitual “**Compreensão e Percepção de atos violentos e agressivos**” foram observados seis núcleos de sentido e seus respectivos deslizamentos.

1. Para atingir o outro

Dirigida ao outro
Intencional
Lesa fisicamente/ envolve o corpo
Sexual
Manifestada física ou verbalmente
Afeta e traz risco

Este núcleo de sentido se refere ao direcionamento do ato agressivo ou violento de forma intencional. Ambos os atos foram comumente mencionados quando **dirigidos ao outro**. Tal referência era feita antes mesmo de os entrevistados conceituarem o que entendiam por um ato agressivo e por um ato violento.

Destaca-se nas falas uma especificação sobre atos agressivos baseada no fato de que a agressividade pode não só ser dirigida para o outro, mas também para si mesmo sob a forma de autoagressões, referência a casos em que pacientes tentam se machucar ou se matar:

“Complexo... Ato agressivo eu acho que é quando ele comete alguma ação que vá trazer algum prejuízo pra quem tá próximo ou pra ele próprio. Porque a gente já teve situações em que o paciente tava na convivência, é como eles chamam na linguagem técnica, passando ao ato contra ele próprio, assim tentando se enforcar com um banco ou com a própria bolsa. Eu chamaria isso de um ato agressivo...”

Também se nota em alguns discursos que os atos agressivos foram apontados como dirigidos indiretamente ao outro: *“Um ato agressivo, ele não necessariamente precisa estar dirigido a uma pessoa, muitas vezes o que a gente vê que acontece é que eles são dirigidos a objetos, é o mais comum que a gente tem.”*....) *“você pode descrever alguém com agressividade sozinho”*.

Uma entrevistada afirmou que os atos agressivos acontecem sempre diante do olhar da equipe. Essa afirmação nos leva a refletir sobre o fato que o ato estar sendo executado na presença da equipe exprime um direcionamento, tanto ao outro como a si próprio, pois quando o paciente se expõe diante da equipe pode suscitar uma intervenção ativa e às vezes também agressiva por parte dos profissionais: *“O que mais acontece é eles se dirigirem a objetos ou em situações entre eles [os pacientes]. Então, acho que partindo disso, um ato agressivo não é heteroagressivo necessariamente, a gente tem aqui com frequência isso, de chutar coisas, chutar objetos (pequena pausa)... mas geralmente isso só é na presença da equipe”*.

As falas mostram também que os profissionais entendem atos agressivos e violentos como um momento em que a pessoa utiliza o corpo para projetar objetos ou executar ações contra coisas e não contra pessoas diretamente. Só que o fato de a atitude agressiva se dar frente aos profissionais foi compreendido como uma manifestação dirigida também ao profissional, pois pensando nos efeitos de deriva, esse discurso projetado em ato traz como mensagem subjacente atingir o outro, o profissional.

Conforme nos ensina Freud, (1930)

“Por que necessitamos de tempo tão longo para nos decidirmos a reconhecer um instinto agressivo? Por que hesitamos em utilizarmos, em benefício de nossa teoria, de fatos que eram óbvios e familiares a todos? Teríamos encontrado provavelmente pouca resistência, se quiséssemos atribuir a animais um instinto com uma tal finalidade. Todavia parece sacrílego incluí-lo na constituição humana; contradiz muitíssimas suposições religiosas e convenções sociais”. (p.106).

Na tentativa de delimitar a direção e a **intencionalidade do ato agressivo e do ato violento** para o outro ou para si, a fala dos entrevistados retoma em parte o caminho percorrido em nossa explanação da teoria freudiana. Freud indica que a *pulsão de morte* quando está voltada para dentro deve ser chamada de agressividade enquanto a violência é relacionada ao desintrincamento entre *pulsão de vida* e *pulsão de morte* a qual fica exacerbada e voltada para fora do sujeito no ato violento. Assim como informaram alguns entrevistados, a agressividade é dirigida ao mesmo tempo para dentro e para fora do sujeito, expressando um ato construtivo, dotado de *pulsão de vida*. Em outras palavras, alguns discursos apontam, de acordo com a psicanálise, para uma visada positiva da agressividade na qual *pulsão de vida* pode se expressar em um ato direcionado para fora e ao mesmo tempo para dentro do sujeito. Essa ação positiva revelada no ato agressivo é traduzida como uma ação no sentido de responder às situações insuportáveis vividas pelos pacientes, como uma forma de defesa frente ao sofrimento psíquico talvez clamando por ajuda. Desse modo, é importante lembrar

que a agressividade faz parte do processo de constituição da subjetividade e o sujeito ao dela fazer uso da organiza seu percurso identitário. De acordo com Vilhena & Maia o que nos aponta Souza (Souza apud Vilhena & Maia, 2002) quando afirma:

“Um ato agressivo, que pode ter muitas faces e disfarces, seria simultaneamente uma resistência do Eu tentando marcar seus contornos identitários justamente quando o objeto (o outro) ameaça o seu lugar, mas também um pedido de reconhecimento e endereçamento de uma mensagem a esse outro” (p.35).

As falas dos entrevistados seguem enfatizando que os dois tipos de atos têm como consequência trazer um prejuízo, seja a si ou ao outro, comportando sempre uma direção. Mas sobre a diferenciação entre violência e agressividade, Costa (2003, p. 39) afirma que a violência *“é o emprego desejado da agressividade, com fins destrutivos”*. O autor acrescenta uma noção complementar sobre a percepção do agredido dizendo que o ato de agressividade é percebido por quem o presencia (sendo alvo ou não do mesmo) como fruto de uma intencionalidade transformando-se numa *“ação violenta”*. Em outras palavras, para Costa (2003, p.40) *“Quando a ação agressiva é pura expressão do instinto ou quando não exprime um desejo de destruição, não é traduzida nem pelo sujeito, nem pelo agente, nem pelo observador como uma ação violenta”*. Neste sentido entendemos que para ser violento, um ato tem que ter intencionalidade, mas essa percepção diferenciada apareceu apenas em alguns discursos, conforme se comprova abaixo:

“Semana passada um menino jogou pratos pro alto, quebrou o espelho (...). Violência pra mim é isso; não é o fato deles ficarem perseguidos e vir agredir a gente.”

“A violência implica uma outra pessoa, seja dirigido ou tenha alguém na cena. “Violento é quando você parte pra poder agredir um outro ser humano”.

“Eu acho que agressão, ela pode ser verbal, né. Eu entendo como a exaltação mesmo do comportamento do paciente. Ele ter um comportamento exaltado direcionado a alguém”.

Quando um ato é direcionado a outro, o corpo frequentemente é citado como o alvo privilegiado a ser atingido na intencionalidade de um ato agressivo ou violento. A ação violenta direcionada ao corpo do outro é descrita pelos entrevistados como *“bater, machucar, dar soco, tapa, chute, empurrar, tacar objetos”*. **Envolver o corpo e lesar fisicamente** está no bojo das falas em que foram levantados temas relacionados ao objetivo ou direção dos atos. Seguindo a proposta anterior de Costa de que um ato violento precisa ser assim percebido por quem o presencia, compreendemos que os entrevistados puderam entender o prejuízo no corpo do outro especificamente como indício de

violência, embora tenham muitas vezes nomeado o ato assim intencionado como “agressões” ou “agressão física”.

“Então quando envolve o corpo que eu acho que você pode já denominar como um ato violento. (...) eu acho que partindo pra agressão física (...) já presenciei: soco, tapa, chute, empurrão.”

“Xingar pra mim, posso sair de perto e sair andando, agora se vai levantar a cadeira e bater já é agredir...”

A fala dos entrevistados nos leva a refletir seguindo a colocação de Vilhena & Maia (2002, p. 29), quando afirmam que *“Violência, em nosso imaginário, está permanentemente associada à marginalidade, aos atos físicos de abuso (assalto, assassinato, etc.), ou à ruptura de normas e leis que são respeitadas por uma determinada comunidade”*. Essa especificidade da violência também foi apontada pelos entrevistados que relacionaram a violência a atos físicos, em que o corpo é o alvo principal: *“é já partir pra poder agredir mesmo o corpo. Pegar alguma coisa pra furar, já é agredir, ele vai agredir alguém com uma cadeira, um pedaço de pau”*.

Ressaltamos, no entanto que, o corpo na medida em que representa o suporte material da subjetividade carrega em si a marca dessa subjetividade e das ameaças a que ela está exposta; portanto, há um sofrimento subjetivo para além do físico sob a ótica de quem sofre os atos violentos dirigidos ao corpo. Ainda mais se pensarmos a subjetividade tal como Lacan (1987, p.58): um *“sistema organizado de símbolos que aspiram abranger a totalidade de uma experiência, animá-la, dar-lhe sentido”*. Não é somente o corpo que é alvo e sofre. Existe nessa inter-relação uma troca simbólica que atinge o outro para além do corpo e que depende da representação que o sujeito que sofre a violência faz e cuja causa ele associa à ação violenta. Aí reside o aspecto subjetivo da violência que muitas vezes não coincide com seu lado objetivo, isto é, sob a ótica de quem a pratica.

Como afirma Michaud (1989)

“Há violência quando, numa situação de interação, um ou vários atores agem de maneira direta ou indireta, maciça ou esparsa, causando danos a uma ou várias pessoas em graus variáveis, seja em sua integridade física, seja em sua integridade moral, em suas posses, ou em suas participações simbólicas e culturais”. (p. 11)

A análise do discurso de um de nossos entrevistados: *“Eu não sei, porque se fala muito em violência sexual, então, a gente tem muito aquela coisa do corpo. Então quando envolve o corpo que eu acho que você pode já denominar como um ato violento”*, ao se referir ao termo **“violência**

sexual” nos leva a pensar sobre uma tendência à associação entre violência e sexualidade. Lembramos que também na identificação dos prontuários a única ocorrência do termo violência era na expressão “violência sexual”. Mas por que violência e sexual poderiam estar vinculados intensamente nos discursos?

O fato de a violência ser associada ao corpo e ao mesmo tempo a algo que extrapola a palavra parece ir ao encontro da pontuação de que a violência é sexual. A sexualidade humana para a teoria psicanalítica revela uma interseção entre psiquismo e corpo. Na obra freudiana desde a mais tenra idade o homem vivencia a sexualidade de modo muito distinto dos animais, pois o objetivo da prática sexual não é reprodutivo (Freud, 1905).

Se nos reportarmos à teoria psicanalítica, a pulsão, inclusive a sexual, se situa entre o mental e o somático e não responde a um *imprint* da natureza tal qual se observa nos animais para os quais a sexualidade atende especificamente à sobrevivência da espécie. Em última instância, inferimos que assim como o sexual, a violência atende a uma demanda pulsional cuja origem está em uma tensão de origem somática, mas toca naquilo que não consegue se inscrever no psiquismo humano por uma via simbólica. Se para a psicanálise o corpo é uma representação simbólica e não mais somente o soma ou corpo biológico, ele em parte se sobrepõe ao que há de sexual na expressão da pulsão.

Outro entrevistado pareceu esmiuçar o endereçamento do ato violento ao corpo e completar explicitando o objeto de um ato agressivo ao dizer que a intenção de expor o outro é relativa à agressividade, enquanto deixar uma marca no corpo do outro está ligado ao ato violento: *“Geralmente [violência] está no corpo, traz uma consequência a mais pro outro, ela tem uma marca”*.

De forma quase imediata, alguns entrevistados responderam às perguntas sobre seu entendimento sobre atos agressivos e violentos associando-os com sua forma de **manifestação: verbal ou física**. É interessante notar que nestas falas o conceito de atos agressivos vem expresso sob a forma de como se manifestam, que parece se sobrepor a definição de ato agressivo: *“Eu acho que agressão, ela pode ser verbal”*.

Notamos também que a compreensão de atos agressivos e violentos não está clara para os profissionais entrevistados. Existem falas inclusive que se contrapõem a outras falas no que se refere ao ato agressivo importar em uma agressão física ou não:

“Um ato agressivo, ele corresponde tanto com agressão verbal quanto com agressão física”.

“Ato agressivo pra mim é aquilo que muitas vezes não tem uma agressão física”.

Conforme podemos observar, a hipótese de a manifestação verbal ou física servir para diferenciar agressividade de violência apareceu no início dos discursos dos entrevistados, mas ao longo dos relatos tal hipótese se arrefeceu e os conceitos se mesclaram, o que sugere um esforço dos entrevistados em estabelecer alguma diferenciação. De fato, temos em nossas referências teóricas o mesmo esforço de diferenciação que coaduna, em parte, com aquilo que podemos considerar respectivamente verbal e físico, se tomamos o verbal como tentativa construtiva de simbolização e o ato físico como aquilo que não foi simbolizado e é passagem ao ato, tendendo à destruição. Relembramos que, de acordo com a teoria, na agressividade vencem as forças correlatas a *Eros* (pulsão de vida) que são construtivas, enquanto na violência vigora a intenção disjuntiva de *Thanatus* (pulsão de morte).

A direção dos atos violentos e agressivos foi descrita também por alguns entrevistados como carregando uma **intenção** do sujeito de executar o ato, com características **destrutivas**: “*Quebrou portão embaixo, tentou tacar pedra aqui pra dentro. (...) ele fez isso porque foi agredido por outro paciente. E ele achou que a equipe não tinha feito nada com o outro paciente*”.

Essas características confirmam que a ação do paciente foi voluntária e planejada além de comportar o componente destrutivo da pulsão de morte. De acordo com Costa (2003), o caráter específico da violência é o de causar o mal, humilhar, fazer sofrer o outro. O ato violento carrega consigo a marca de um desejo, que não pode ser abortado pela intensidade do seu sofrimento psíquico: o emprego deliberado da agressividade. Não se pode falar nesse sentido de “violência instintiva”, pois a violência parece se manifestar em um segundo momento do trabalho psíquico do sujeito, sendo dotada de intenção, diferente do que chamamos de instinto agressivo animal.

Uma colocação sobre a agressividade que ainda precisa ser destacada é o fato mencionado de a **agressividade afetar e trazer risco ao outro**, o que contrasta com o argumento de que somente a violência seria direcionada ao outro. Consideramos interessante apontar esse contraste e também refletir para além da manifestação física ou verbal e da direção focada no corpo. A agressão comporta o risco seja físico ou de outra ordem. Isso está relacionado à afetação que um ato agressivo provoca e que pode estar mais intimamente ligada a algo em nível emocional e psicológico e, portanto, independe de haver registro corpóreo. Há no ato agressivo alguma coisa que pede um registro psíquico via linguagem, ou seja, no ato agressivo existe ainda uma tentativa de simbolização. De acordo com a teoria psicanalítica na agressividade *Eros* (*pulsão de vida*) domina o ato, e imprime a esse ato a condição de endereçador de uma mensagem, respondendo a uma tentativa de ordem

simbólica, onde a fala falta, mas onde é possível o ato, pois a falta é o lugar do possível. De acordo com Ferrari (2006):

“Com referência à agressividade, tanto Freud quanto Lacan situam-na como constitutiva do eu, na base da constituição do eu e na sua relação com seus objetos. Não negam sua existência, ao contrário, afirmam a agressividade na ordem humana, ordem libidinal. Existe a agressividade, mas ela pode ser sublimada, pode ser recalçada, não precisa ser atuada, pois o humano conta com o recurso da palavra, da mediação simbólica”. (p. 51-52)

2. Conteúdo Polissêmico

Pedido de ajuda
Ameaça
Alívio de ansiedade

Por conteúdo polissêmico compreendemos o fato descrito pelos entrevistados de um mesmo ato poder comportar várias interpretações e vários significados – **“pedir ajuda”**; **“ameaça”**; **“aliviar ansiedade”**. Além dos entrevistados destacarem que o conteúdo de um ato é polissêmico, eles também frisaram que ainda que um ato semelhante seja repetido por um mesmo paciente, ele dependerá sempre do contexto circunscrito ao momento de sua execução e daquele que interpreta o ato para ser-lhe atribuído um determinado sentido. Conforme nos sinaliza Ricoeur, (1989, p 203): *“É sempre possível advogar por ou contra uma interpretação, confrontar interpretações, arbitrar nelas, visar um acordo, ainda que este acordo continue longe de ser atingido.”*

Nos trechos a seguir é possível identificar essa polissemia:

(...) “E aí a gente supõe uma coisa dirigida e aí a gente pode ler de várias maneiras: pode ser ameaça? Pode! Pode ser um jeito de pedir ajuda? Pode! Pode ser um jeito de aliviar ansiedade? Pode! Pode ser um pedido ou jeito de dizer: ‘me interna, eu tô dizendo aqui que eu não tô conseguindo, vocês tão dizendo que eu vou ter que aguentar... não consigo’! Várias leituras aí”!

“Cada episódio é singular e daquele momento”.

Muitos dos entrevistados transpareceram em seus discursos escuta clínica livre de pré-conceitos e interesse nos processos singulares que geram atos agressivos ou violentos. Se tomarmos um ato desse tipo como uma espécie de enunciado, vemos nesta equipe o desenvolvimento de uma escuta cuidadosa que possibilita deslizamentos de sentidos, efeitos de deriva, atitude que permite a

polissemia. A esse respeito Pêcheux (1990, p. 53) enfatiza que *“todo enunciado é intrinsecamente suscetível de tornar-se outro, diferente de si mesmo, se deslocar discursivamente de seu sentido para derivar para um outro”*.

Orlandi (2005), ao analisar o conceito de polissemia em AD utiliza a paráfrase como elemento de linguagem para comparação, afirmando que:

“(...) A paráfrase representa (...) o retorno aos mesmos espaços do dizer. Produzem-se diferentes formulações do mesmo dizer sedimentado. A paráfrase está do lado da estabilização. Ao passo que, na polissemia, o que temos é deslocamento, ruptura de processos de significação. Ela joga com o equívoco”. (p. 26)

Desse modo, fora dito por alguns entrevistados que, ao manifestar ato agressivo ou violento, o paciente pode expressar um **pedido de ajuda**. Compreendemos que quando um profissional, em um CAPS, percebe que o paciente se manifesta por meio de um ato agressivo é disso que se pode tratar, pois se percebe que aquele ato está direcionando a equipe um pedido de ajuda, não representa um ato agressivo que se esgota em si. Entre as possibilidades de interpretação que a polissemia do ato comporta, esta nos interessa em especial porque vai ao encontro da teoria da mensagem endereçada por um ato agressivo, tal como vimos em Freud e que, neste caso, clama por uma resposta, por uma intervenção terapêutica. De acordo com Vilhena & Maia (2002, p. 35), poderíamos dizer que *“agressividade opera, portanto, quando há reconhecimento pelo sujeito do objeto a quem endereça sua reivindicação agressiva”*.

Se na produção do ato agressivo a essência é a mensagem endereçada que pode ser lida como um pedido de ajuda pelos profissionais, no contexto de um CAPS, há um processo de escuta que precisa incorporar o contexto dessa agressão. Os pacientes psicóticos estão em constante tentativa de marcar seus contornos identitários e, nesse esforço, percebem-se como ameaçados pelo outro de um lugar para si e demandam uma compreensão daquilo que impulsionou subjetivamente o gesto em forma de ato agressivo. Conforme nos ensina Gallard (1997, p. 27), *“o gesto é a poesia do ato”* e mais ainda o gesto é o lugar da ausência da palavra, mas ele também diz algo.

E: É esse pessoal que vocês atendem costuma apresentar atos agressivos e violentos?
P: Costumam a apresentar sim. esses... Inclusive às vezes apresentam esses atos violentos pra pedir uma ajuda, né. Às vezes é uma ajuda que eles tão pedindo.
E: Você entende, você entende assim?
P: É.
E: Como é que é? Fala!
P: É assim, tem pacientes que a gente entende que invés de chegar, conversar, falar o que está acontecendo e tal, ele causa alguma coisa pra chamar atenção pras pessoas chegarem até ele. Entendeu? Pra aí a pessoa sentar com ele e ele falar o que tá acontecendo.

Percebemos uma articulação entre esse comportamento que extrapola a palavra e a possibilidade de simbolização. Compreendemos com a psicanálise lacaniana que aquilo que transborda no psiquismo, não sendo passível de simbolização, repercutiria numa passagem ao ato através de uma ação predominantemente violenta. Há uma diferença proposta entre agressividade e violência nos estudos de Lacan. Segundo Ferrari (2006), para Lacan, aquilo que é da ordem da agressividade pode chegar a ser simbolizado, enquanto aquilo que é da ordem da violência comporta a impossibilidade de acesso à dimensão simbólica. Ferrari (Idem, p. 58) informa que *Lacan demarca uma violência que supõe ato de agredir diante do impossível de dizer, supõe possibilidades de passagem ao ato, curto-circuito da palavra, retornando, no real, o gozo que escapa ao sentido.* Como nas falas dos entrevistados sobre um ato agressivo:

“(...) Sai do limite do discurso para um ato mesmo que afeta os circundantes”.
“Todo ato que extrapola o diálogo assim, já não dá mais na palavra, alguma coisa estoura e vai pra uma ação que prejudica alguém”.

“(...) Infelizmente a pessoa sofre com isso, sofrimento ainda é maior, às vezes não consegue nem se expressar, a gente ainda consegue jogar pra fora. Talvez até o ato agressivo seja a forma deles falarem. Naquele momento que ele tá agressivo ali é que ele tá desabando ali”.

Aquilo que o sujeito não consegue expressar pela via da palavra está em uma ordem que não é simbólica, está na ordem do Real, pois segundo a teoria lacaniana Real não significa realidade, mas algo que nos escapa via linguagem, tal qual um excesso não passível de simbolização, insuportável à consciência humana. Segundo Lacan (1998), o funcionamento psíquico do ser humano estrutura-se em três registros ou três dimensões que se entrelaçam: o Real, o Simbólico e o Imaginário. O campo do simbólico é resumidamente o campo da linguagem, escrita e falada. Citamos as três dimensões da teoria lacaniana por considerarmos inviável falar da passagem ao ato sem referenciá-la nessas dimensões. Vanier (2005, p. 18-19) em seu livro sobre Lacan informa que *“o simbólico remete*

simultaneamente à linguagem e à função (...) que organiza a troca [subjéitiva] no interior dos grupos sociais; o imaginário designa a relação com a imagem do semelhante e com o próprio corpo; o real é um efeito do simbólico: o que o simbólico expulsa, instaurando-se". Compreendendo o que nos informa Vanier, a passagem ao ato não é uma ação restrita à dimensão simbólica, é um “*agir inconsciente*” em que o sujeito se desloca num processo “*de ruptura integral, de alienação radical*”.

De acordo com o dicionário de psicanálise, no vocabulário psiquiátrico francês, “*passagem ao ato evidencia a violência da conduta mediante a qual o sujeito se precipita numa ação que o ultrapassa: suicídio, delito, agressão*” (Roudinesco e Plon, 1998, p.6). A conceituação da expressão “passagem ao ato” é muitas vezes lida na obra de Freud como semelhante ao termo “acting out”. Lacan, porém, em seu seminário sobre a angústia (1962-1963) diferencia os dois termos e sobre a “passagem ao ato” podemos concluir com Roudinesco e Plon (Ibid) que para Lacan ela se trata de um “*agir inconsciente, de um ato não simbolizável pelo qual o sujeito descamba para uma situação de ruptura integral, de alienação radical*”.

3. Inerente ao Ser Humano

Chamou atenção o discurso de uma entrevistada que situou o ato agressivo ou violento como não relacionado à condição de ser paciente de saúde mental. Ela ressaltou que atos agressivos e violentos que acontecem dentro de um CAPS são atos de qualquer ser humano; argumentou que qualquer um pode estar em um “*dia ruim*”: “*Acho que todo mundo tem direito à raiva um dia, tendeu? Por que que eles não breve pausa (...) tem casos que ficam uma semana mastigando aquilo ali, a gente trabalha pra poder amenizar, mas todo mundo tem o direito de um dia ter raiva, por que que eles não*”?

A última fala da entrevistada acima citada parece conduzir à compreensão de que as ações humanas “explosivas”, por mais incompreensíveis que sejam não são exclusivas de pacientes psiquiátricos. Há nessa afirmação uma intenção de não patologizar ou estigmatizar os atos advindos de um paciente psiquiátrico, o que evita uma sbordagem terapêutica equivocada.

Ferrari (2006) em seu artigo sobre agressividade e violência diz que a agressividade de fato está historicamente registrada nos documentos da humanidade desde sempre e, esse fato, se sobrepõe em importância a avaliar se antes havia mais ou menos atos considerados agressivos e/ou violentos do que hoje. *Com referência à agressividade, tanto Freud quanto Lacan, situam-na como*

constitutiva do eu, na base da constituição do eu e na sua relação com seus objetos. Não negam sua existência, ao contrário, afirmam a agressividade na ordem humana, ordem libidinal (FERRARI, Idem, p.51). Entretanto, apesar de estar sempre presente na história da humanidade, não significa que a agressividade deva ser facilmente assumida como uma característica humana. No texto o Mal-Estar na Civilização, Freud considera a dificuldade da humanidade em admitir tal fato:

“Que outros tenham demonstrado, e ainda demonstram a mesma atitude de rejeição, surpreende-me menos, porque ‘as criancinhas não gostam’ quando se fala na inata inclinação humana para a ‘ruindade’, a agressividade e a destrutividade, e também para a crueldade”. (FREUD, 1930, p.124)

Ainda é Ferrari quem propicia um interessante resumo das construções conceituais sobre a inerência da agressividade humana nos teóricos psicanalistas que utilizamos em nossas análises:

“Foi a prática clínica que ensinou a Freud o que ele deixou de legado sobre a agressividade. Rastrear o assunto em sua obra é dispor-se, então, a uma árdua tarefa. Significa deparar-se com a constituição do eu/não-eu, prazer/desprazer, amor/ódio, ideal do eu/eu ideal, autoerotismo, narcisismo, sadismo, masoquismo e, principalmente, com a tendência restitutória e a pulsão de morte. Supõe o encontro com o mito do Pai da horda primitiva e exige o esforço de clareza dos termos hostilidade, crueldade, intenção e tendência agressiva, todos eles jogando com Eros e Thanatus”. (FERRARI, Idem, p 53-54)

Outro entrevistado, embora utilizando o mesmo argumento – de que a agressividade é inerente ao homem –, enfatiza que a intervenção demanda um caráter terapêutico. Disse que no CAPS isso precisava ser tratado de maneira diferente. Ele acrescentou a dimensão existencial na sua análise sobre atos agressivos, dizendo embasar-se em uma visão de mundo do ponto de vista da fenomenologia: *“Garanto a você que eu também olho isso muito como manifestação existencial. Então é muito singular também, eu acho que cada episódio desse agressivo, frequente ou não frequente, é maior em determinados momentos, sabe, eles são sempre singulares”.*

Esse entrevistado, ao se referir à sua compreensão sobre atos agressivos e violentos como manifestações existenciais, revelou certa preocupação em não patologizar nada que fosse da ordem humana: *“Passei a estar mais voltado a questões existenciais do que com a psicopatologia mesmo. Então eu passei a encontrar muito mais isso, né, transtornos existenciais. Minha atenção e ação ficaram voltadas pra isso. Eu até passei a retomar a fenomenologia existencial como principal referência”.*

A respeito da abordagem filosófica que orienta o trabalho desse profissional, os princípios

fenomenológicos existenciais, se encontram no artigo de Figueiredo (1999, p.52) importantes pontuações sobre a prática em saúde mental pautada nesses princípios. A autora explica tal método de trabalho no campo do adoecer psíquico de seguinte forma:

“É enquanto método compreensivo, interpretativo, que a fenomenologia é assimilada pela psiquiatria, na tentativa de desvelar a maneira do sujeito organizar sua realidade psíquica normal ou patológica, ou seja, as significações internas do seu comportamento singular, único, específico. O caminho percorrido pela psiquiatria nessa descoberta é o da fenomenologia de Husserl e da analítica existencial de Heidegger. Nesse sentido a penetração no adoecer psíquico se dá através da compreensão desse ser-no-mundo. Assim, as neuroses e psicoses seriam entendidas como modo de organização da vida psíquica, como maneira de existir, de ser-no-mundo”.

O mesmo entrevistado enfatizou que precisaríamos tratar esses atos em sua singularidade considerando-os natural dos sujeitos. Essa “naturalização” não equivaleu de nenhuma forma a uma negligência em tratar esses atos. Acrescentamos que nesse discurso a “loucura” também foi tomada como manifestação existencial que demanda tratamento.

Ainda sobre os atos humanos tratados segundo uma abordagem de trabalho fenomenológica, é importante expor que o método de trabalho compreende o ser humano de uma maneira holística, impedindo o aprisionamento dos pacientes em modelos pré-fixados, conforme afirma Figueiredo (Idem, p.58):

“A postura fenomenológica como podemos observar permite o pesquisador em psiquiatria e em ciências sociais de maneira geral não alterar a originalidade do fenômeno uma vez que através dessa atitude radical possibilita atingir a subjetividade transcendental onde o indivíduo se apresenta ao mundo em sua forma original sem abandonar, no entanto, a compreensão da significação do ato humano a partir de suas relações na estrutura temporal, ou seja, como significante e significado como constituído e constituinte. Portanto, o método fenomenológico permite ao pesquisador compreender a totalidade do ato humano e, no caso do nosso estudo, do adoecer psíquico através da análise intencional das relações entre os conteúdos e as formas das experiências particulares.”

4. Ação involuntária

**Gerada pela doença
Indício de alguma crise**

Mais de um entrevistado mencionou que atos violentos e agressivos eram independentes da vontade dos pacientes e apontaram a patologia como uma possível causa dos acontecimentos (*gerada*

pela doença) ou ao menos como um fato fortemente relacionado aos mesmos.

“Eu não guardo isso não (referindo a atos violentos e agressivos por parte dos pacientes). Porque sei que são problemáticos, (referindo-se aos pacientes) tem essas coisas”.

“... É uma característica da patologia, a gente tem que tá preparado pra isso em algum momento.”

Tomar atos agressivos e violentos como desprovidos de responsabilidade, vontade, ou melhor, de um desejo (ainda que inconsciente) dos sujeitos que o praticam, como nas falas desses entrevistados, equivale a recusar uma premissa psicanalítica. Costa (2003) respalda nossa argumentação ao discorrer sobre o caráter irracional que a violência pode exibir diferenciando-a de qualquer agressividade animal. Justifica afirmando que quando falamos de ações humanas, ainda que a ação destrutiva seja irracional, portará sempre *a marca de um desejo*. Para este autor, *“violência é o emprego desejado da agressividade, com fins destrutivos”* (p.39).

Seguindo nossa análise sobre atos agressivos e violentos manifestados pelos pacientes denotarem um *indício de crise*, optamos por repetir o caminho escolhido por um dos entrevistados que em uma só fala mencionou que as situações de nosso estudo estavam sempre relacionadas a crises: fossem crises psíquicas dos próprios pacientes ou crises institucionais do serviço de saúde mental. É interessante esse deslize significativo do termo crise que estando dentro ou fora dos sujeitos repercute em agressividade ou violência.

Começamos discorrendo sobre a crise psíquica. Em algumas falas pudemos observar que os atos agressivos e violentos são fortemente vinculados a um indício de que o paciente está em crise, *“Seria alguma coisa que parecia muito um comando alucinatório, ele virava os olhos e não conseguia nem me olhar”*. Não houve, contudo, unanimidade nesse sentido e alguns entrevistados chegaram a negar essa relação. Uma das entrevistadas pareceu vincular apenas os atos agressivos à crise ao passo que os atos violentos seriam, de certa forma, voluntários. De maneira geral, os discursos não chegaram a reproduzir algo da ordem de uma desresponsabilização dos pacientes por seus atos agressivos ou violentos, pois os entrevistados falam que precisam sensibilizar os pacientes a ponto de refletirem sobre esses atos. Enfatizamos que a autoria algo voluntária desses atos precisa ser considerada ainda que seja sob a ordem do desejo inconsciente, conforme apontou Costa (2003). Quando perguntado se os acontecimentos agressivos e violentos são discutidos em reunião de equipe, um entrevistado estabeleceu o seguinte diálogo com a pesquisadora:

P: *“Levo [o caso para reunião] até porque pode ser um indício de crise e a gente já fica fazendo um trabalho diferenciado em cima desse paciente.*

(...)

E: *“São poucos [os paciente que você está mais próxima]”? Você acha que esses têm também atos de agressividade?”*

P: *“Tem, lógico que tem! Quando tá em crise tem!”*

Essa articulação entre crise e agressividade e/ou violência no CAPS deve ser vista com cautela, na hipótese de que possa ser uma relação que nega o movimento polissêmico de compreensão e interpretação dos atos. O viés deste trabalho é não supervalorizar o contexto da crise para explicar a causa dos atos objetos deste estudo. Consideramos que nem todo paciente em crise apresenta atos violentos e/ou agressivos, ou seja, nem todo ato agressivo e/ou violento tem como substrato a situação de crise vivenciada pelos pacientes psiquiátricos. Desse modo, reduzir atos agressivos e violentos a situações de crise e sofrimento psíquico é perder a dimensão e a complexidade que envolve a agressividade e a violência, tal como nos informam Freud e Lacan.

No que tange à crise institucional do próprio CAPS, as dificuldades pelas quais os profissionais desta instituição passam foram apontadas em seus discursos como causa ambiental que pode gerar atos agressivos e violentos. Tais dificuldades são de diversas ordens: estrutura física; *“no dia de chuva intensa a gente via os pacientes terem que se amontoar numa sala pequena pra almoçarem porque não tem mais toldo. (...) Então a gente tem que amontoá-los naquela sala ali 50, 60 pacientes, às vezes 70, 80 pacientes por dia. (...)Então já começa assim... São sequências de violências que muitas vezes não são nem por desejo, não é uma coisa que a gente provoque; vínculo precário de trabalho (são contratados por RPA – esquema autônomo – e ficam períodos sem receber ou recebendo remuneração com atraso), “isso, tem uma crise pra saúde mental. Reflete na maneira como as pessoas vem trabalhar (pequeno silêncio),... na ausência delas. Uma vez que a pessoa não recebe, não vem trabalhar, o paciente diz: ‘cadê minha referência, fiquei sem meu ponto de referência’, eles falam.”; falta de medicação na rede “falta medicamento, e isso tá acontecendo com frequência, isso não é raro. E logo começa, a gente vai ver e começa que o próprio ambiente passa a ser um ambiente tenso, na relação entre os pacientes, e na relação com os técnicos, se estabelece uma tensão e eu acho que eles ficam vulneráveis à agressão física. Sabe? Ao ato. Assim, essas situações são de vulnerabilidade”.*

Neste ponto, algo interessante deve ser destacado: apesar de todos os entrevistados referirem

certa harmonia entre membros da equipe, uma entrevistada defendeu o contrário. Para esta, a equipe tinha discordâncias e era desarmonizada. Outra entrevistada chegou a mencionar algumas discordâncias entre equipe técnica e de apoio. Cabe suscitar a reflexão sobre até que ponto os entrevistados levaram um discurso pronto a esse respeito para o momento da entrevista já que poucos referiram uma espécie de crise no interior da equipe.

Correa (2011, p.55), ao avaliar CAPS II no Estado do Rio de Janeiro, concluiu que há indício de precariedade da rede de saúde mental como um todo e levantou a questão quanto ao tópico “cobertura, tempo de funcionamento, recursos humanos e clientela”: *será necessário um número maior de CAPS ou será que a rede de saúde é que precisa ser mais bem equipada, com ambulatórios de mais qualidade, por exemplo?*

A autora segue confirmando em seu trabalho questões que foram apontadas pelos profissionais entrevistados por nós. Ela indica no tópico “medicamentos” que existem barreiras à acessibilidade aos mesmos, mas, sobretudo aos medicamentos considerados de segunda geração, ou seja, mais modernos e com menores efeitos colaterais. Correa (Idem) menciona ainda o sentimento de sobrecarga vivido pelas equipes dos CAPS e que foi mencionado também pelos profissionais entrevistados em nosso trabalho: *“A gente vem de um desgaste da manutenção das medicações muito grande. Então a gente, hoje, tem 250 pacientes com suas medicações regulares e de seis medicações prescritas tem um ou dois remédios disponíveis. Então tem um contexto aí que não dá pra dizer mais que só o paciente tá em crise, a gente tem um CAPS em crise uma vez que não consegue manter a assistência de um modo mais permanente. Então tem esse efeito”*.

Outro elemento destacado por Correa foi a precariedade de recursos, tais como: recursos materiais necessários ao acolhimento à crise, infraestrutura oferecida pela gestão e espaço físico suficiente, nomeados também pelos profissionais que participaram do nosso estudo. Nesse último ponto – espaço físico – a opinião dos por nós entrevistados é divergente da expressa pelos profissionais entrevistados por Correa. Os profissionais entrevistados por Correa consideraram-na regular em relação à capacidade instalada. Já os profissionais que participaram de nosso estudo informaram que a estrutura física é insipiente, conforme fora dito acima, o que denota pouco investimento por parte do poder público no sentido de satisfazer as exigências básicas para o funcionamento desse tipo de dispositivo e que foi nomeado por um dos entrevistados: *“Mas eu acho que há situações de violência do Estado nos momentos que há ameaça da falta de alimentação, da água (...), da higiene do local. Acho que tudo isso tem uma violência no seu bojo, que acho que torna*

a população vulnerável”.

Ao final de uma das entrevistas, quando perguntada sobre ter algo a mais a acrescentar, a entrevistada falou sobre a sua percepção sobre as situações de dificuldades – como pouca participação dos profissionais na execução das condutas relacionadas aos pacientes que foram definidas em reunião de equipe – que podem levar a uma crise interna no serviço em contraponto com a harmonia e discussão produtiva e operativa das condutas terapêuticas que deveriam prevalecer: *“São essas coisas que passam pros nossos pacientes, eles sempre sentem essas coisas (...). Então é isso: a gente tem que ter todo cuidado porque a gente é muito transparente. A gente é quase uma barriga de camaleão - fica toda à mostra! Quem pensa que trabalhar num CAPS é ficar só filosofando, fingindo que está próximo com ele [o paciente], aí eu não vejo muita diferença do hospital”.*

Ainda é importante destacar uma fala que explicita que a situação de crise vivenciada pelos pacientes não é necessariamente violenta. Sendo assim, o fato de a violência ser característica da crise não é uma verdade universal nos discursos dos entrevistados. Também podemos afirmar obviamente, segundo alguns discursos, que se há crise que não é sempre violenta, há violência que também não é fruto da crise ou da patologia segundo alguns discursos: *Toda crise precisa de remédio? Não. Toda crise tem a ver com violência? Não. Não mesmo, raras, raríssimas. Então tem aí certo equívoco de muitas pessoas: ah, tem pessoas na equipe nesse CAPS que acham que na crise põe pra fora [do serviço] porque acha que não tem condições de tá no CAPS.*

5. Sentido único com intensidades diferentes

Este núcleo de sentido revela uma compreensão que funde as noções de agressividade e violência, defendendo que apesar de elas não se separarem, têm dosagens e intensidades diferentes. Se considerarmos que agressividade e violência estão em uma espécie de contínuo gradual, cabe à violência a maior intensidade. Em uma entrevista foi referida uma maior “potência” da violência se comparada à agressividade: *“Aí eu acho que elas não se separam muito, mas elas são dosagens e intensidades diferentes então”.* É interessante notar que a palavra intensidade apareceu também em outro discurso relacionada ao termo violência: *“acho que é algo que vai prejudicar alguém intensamente”.*

Outra entrevistada estabelece uma comparação entre agressividade e violência enfatizando o

grau de intensidade e a consequência: “*Já o ato violento é esses que a gente presenciou dentro do CAPS, que a gente viu que dentro desse desconforto, dessas confusões, acabou tendo atos que foram à via de fato - é como se fosse um registro, não deixa de ser uma agressão, mas é mais violento, uma coisa que agrava, que traz uma consequência*”.

Para compreender o que foi nomeado como “dosagens e intensidades diferentes”, nos reportamos à teoria freudiana quanto ao fenômeno de exacerbação da pulsão de morte. Freud não menciona uma graduação de um *quantum* da pulsão para distinguir agressividade de violência. Conforme vimos, o autor sequer costuma delimitar conceituações sobre violência em seu percurso teórico. Mas ele fala nitidamente em *exacerbação da pulsão de morte sobre a pulsão de vida* ao se referir à violência. Há uma espécie de superlativização comparando as duas pulsões no fenômeno da violência assim como proposto no discurso da entrevistada comparando violência com agressividade. Questionamos se de fato *pulsão de vida* e *pulsão de morte* são pulsões diferentes. Na teoria freudiana encontramos pontuações que indicam que essas duas pulsões estão intrincadas uma na outra a ponto de poderem ser vistas praticamente como uma coisa só. Conclui-se então que quando estamos mencionando um ato violento o que se exacerba em última instância é a potência destrutiva de uma pulsão, o que em outros termos podemos nomear “pulsão de morte”.

Freud (1920) endossa que as duas pulsões andam juntas, estão fusionadas de tal forma que muitas vezes é difícil reconhecê-las em separado. Ainda ressalta que nenhuma das pulsões é menos essencial que a outra e diz que “*os fenômenos da vida surgem da ação confluyente ou mutuamente contrária de ambas*” (Freud, 1936, p. 252). Mas estaríamos discorrendo efetivamente sobre uma única coisa? Conforme defende Garcia-Roza (1995), o dualismo pulsional não pode ser tomado como um dualismo correlato à natureza das pulsões, mas como um dualismo de modos da pulsão. Ambas seriam qualitativamente de uma mesma índole, porém se diferenciam pelos seus modos de presentificação no psiquismo. Podemos inferir a partir daí uma ideia de continuidade e semelhança como se estivéssemos falando de uma só pulsão (cuja “índole” é igual) ao invés de corroborar a diferenciação entre as duas. Daí temos uma analogia para compreender de que forma as dosagens e intensidades descritas pela entrevistada revelam realmente uma diferença “presentificada” entre um ato agressivo e um ato violento, apesar de os dois serem de fato uma coisa só.

Mas através de uma reprodução feita por um profissional entrevistado sobre uma fala de um paciente somos levados a pensar se a diferenciação entre agressividade e violência colocaria sempre a violência no extremo mais destrutivo. A construção discursiva do profissional da fala do paciente

ocorreu após o paciente ouvir o profissional referir-se à regra de que apenas agressão do tipo física é proibida no CAPS. O paciente respondeu dizendo que pode haver em uma ameaça ou uma agressão verbal uma violência maior do que numa agressão física. Essa argumentação do paciente revela que a agressividade pode comportar um forte poder de destruição, ainda que sua intenção inicial possa ser outra.

6. Chamar a atenção

Dizer que um ato agressivo é praticado “só para chamar a atenção”, revela um perfil significativo de carência de um sentido maior por parte de quem o pratica. Tal afirmativa difere do que uma entrevistada relatou, tendo inclusive sua fala uma conotação de minimização do ato praticado: *“Alguns pacientes a gente sabe que fazem isso pra chamar atenção, não é uma coisa que vá desenrolar realmente uma briga, uma coisa mais séria, então a gente consegue intervir”*.

Em uma análise mais cuidadosa, abandonamos qualquer sensação de ambiguidade que o termo possa provocar, pois os entrevistados relacionam “chamar atenção” visando a querer ser controlado. Essa formação discursiva também traz a possibilidade de localizar certa direcionalidade do ato uma vez que a expressão “chamar atenção” é transitiva, ou seja, comporta sempre um complemento: “chamar atenção de alguém para alguma coisa”. Embora caiba dizer que a entrevistada diminuiu de certa forma a importância desses atos de maneira oposta ao que os demais profissionais fizeram, compreendemos que esta contradição ainda corrobora a teoria acima defendida no que tange à direcionalidade da mensagem do ato agressivo.

Manejo Terapêutico de Atos Violentos e Agressivos

Na categoria conceitual Manejo Terapêutico de Atos Violentos e Agressivos foram observados sete núcleos de sentido que serão analisados a seguir.

1. Intervenções diretas por meio da fala

Questionar o porquê do ato
Trazer paciente à consciência
Participação em Assembleia
Apontar distanciamento na relação profissional-paciente
Evitar que paciente fique rotulado

Este núcleo de sentido pode ser considerado um resumo da estratégia de intervenção mais adotada pelos profissionais do CAPS estudado. A maioria dos entrevistados apontou como recurso primeiro no manejo dos atos agressivos e violentos **tentar falar com os pacientes**, questionar sobre o que está acontecendo, ou seja, intervir em um ato fazendo uso diretamente da via simbólica da palavra. Essa estratégia de trabalhar via linguagem na presença de um ato agressivo ou violento responde à necessidade apontada por nossa teoria de dar uma resposta a uma mensagem endereçada em um ato agressivo.

Tentar **conversar e questionar o paciente sobre o porquê de um ato** é poder ouvir sem se antecipar em julgamento; é tentar trazer via palavra aquilo que não conseguiu ser representado simbolicamente pelo paciente que acabou “passando ao ato”. E é, sobretudo, se interessar pelo que está acontecendo com o “agressor”: *“Minha reação de saída assim é primeiro saber o que está acontecendo, ‘perai, vamos lá’. Eu costumo dizer muito assim: ‘Ó, nós não somos bicho hein. Temos que usar a palavra, vamos nos entender’, e aí vou ouvir, vou ouvir as partes”*.

Uma entrevistada denominou sua tentativa de falar com o paciente ou **trazer o paciente à consciência** como “chamada à consciência”, em suas palavras:

“E é isso que é feito em geral: eu falo muito o nome do paciente. É quase que uma chamada à consciência”.

“Eu tava contando que eu estava aqui e o paciente conversando e tal, falando das coisas dele, falou que queria agredir, que queria bater etc, aí eu conversei com ele dizendo que o que ele queria não era correto... que ele poderia chamar alguém pra conversar numa dessas salas...”

“(...) Tudo muito rápido, eu nunca tinha presenciado, eu fiquei parada assim, sem reação porque o médico logo apaziguou: Tudo bem, vamos conversar sobre isso”!

“(...) E aí conseguiu sentar com ele ali no momento pra dizer que aquilo não era possível e tentar entender o porquê daquilo estar acontecendo. E que foi uma indignação. Depois a gente entendeu; caramba, se fosse comigo eu faria o mesmo, né, enfim...”

O espaço da **Assembleia dos usuários do CAPS** também é usado para intervenções por meio da fala e permite “falar com os pacientes” de maneira diferente do habitual. São as consultas ou intervenções terapêuticas diretas. Tal espaço é utilizado pelos profissionais para ouvir reivindicações dos pacientes, para apontar questões de relacionamento entre pacientes e profissionais e também para dar informes importantes a todos que frequentam o CAPS.

Falar com os pacientes em Assembleia significa não direcionar a um sujeito específico o que é dito, pois se fala para o grupo. Na assembleia, ao mesmo tempo em que se fala sobre situações ocorridas, fala-se também sobre as regras às quais todos estão igualmente submetidos. Falar em assembleia evita o endereçamento da mensagem a um único receptor. A fala não é dirigida a uma pessoa só, mas a um determinado grupo numa tentativa de fortalecer o contrato social, ou seja, os limites da ação humana ou ainda, mais precisamente no caso dos pacientes, os limites de suas ações em relação ao outro.

Freud (1936), ao se questionar sobre o porquê da guerra entre os povos já lembrava a importância do contrato social dizendo que sua existência é explicada pela necessidade de os homens se unirem em comunidade para se fortalecerem. O autor destaca inclusive a necessidade de construção de laços emocionais que proporcionem a instauração de um contrato social que permita aos sujeitos conviver em certa paz.

Uma entrevistada mencionou uma estratégia que denominou “não recuar do mal-estar com paciente”, tentar falar com um paciente sobre eventual mal-estar, ou **apontar o distanciamento na relação profissional-paciente** proveniente de uma intervenção terapêutica que não agradou ao paciente. Defendeu a importância de o profissional conversar sempre com o paciente quando perceber que ele por estar aborrecido com alguma intervenção, tenha começado a tratar o profissional de maneira diferente do habitual. Argumentou que não deixar passar a oportunidade de uma conversa sobre esse mal-estar é essencial para evitar que o paciente o expresse em atos agressivos e/ou violentos.

“Semana passada assim, dei uma bronca num paciente por conta dessas trocas de dinheiro, empréstimos, cigarro, e aí ele não falou, ele só me olhava. Passou o dia inteiro só me olhando. (...) Eu falei ‘eu preciso ir lá, se eu mantiver o mal-estar com ele eu tô dizendo que tem o mal-estar’. Aí eu falei assim com ele: ‘vem cá, rapaz, você só me olha hoje, não falou comigo, e aí? Bom dia’. Ele: ‘ah, a senhora tá pegando no meu pé’. Aí eu falei: ‘ah, agora tô entendendo porque você tava me olhando tanto. Eu fui ali, desfazer o troço que estava colocado. Se não, eu fico dizendo que tem um mal-estar entre a gente. Porque eu saquei, tinha algum”.

Levantou-se outro cuidado que leva em consideração a utilização da via simbólica; refere-se ao que é falado sobre o paciente em reunião de equipe. Expressa a adoção de uma postura cujo objetivo é **evitar que o paciente fique rotulado como “violento”**, uma estratégia que tenta impedir que o paciente fique marcado apenas como aquele que agride – “o violento ou o agressivo”. Consiste

em relatar outros feitos do paciente, revelando que ele é capaz agir de outra forma fazendo outras coisas além de atos agressivos ou violentos manifestados anteriormente. “É... porque tem isso assim, alguns pacientes a gente enquanto referência, enquanto trabalhador do CAPS, não pode deixá-lo nessa marca, nessa restrição à violência senão eles são só isso, ficam colados pra equipe nesse lugar de que eles são só violentos. (...) Trazer outras coisas para que o paciente não fique marcado, senão pode ser desastroso”.

Ainda segundo a entrevistada, ao relatar outras ações do mesmo paciente, revela-se seu potencial para algo além de um agressor e é preciso insistir com a equipe para que esta perceba outras potencialidades desse paciente, pois isso não aconteceria espontaneamente. Esta profissional chegou a afirmar que, por vezes, tem mais trabalho no manejo com a própria equipe do com o paciente em si, já precisa ser bastante convincente sobre outras possibilidades de interação do paciente. Além de marcar que alguém que cometeu um ato violento ou agressivo pode cometer atos distintos, a entrevistada também sugeriu que, mesmo um ato de violência ou agressão, pode atender a um contexto específico que não deixou de existir. A recomendação é que não se pode esperar que o sujeito aja sempre da mesma forma, pois até os atos que podem ter sido vistos como destrutivos podiam ser passíveis de outras interpretações. São atos polissêmicos, conforme argumentado anteriormente.

2. Regras e outros limites

Botar pacientes para fora do serviço
Sinalizar sobre limites pessoais
Colocar-se no lugar de lei

O estabelecimento de limites utilizando as regras existentes no CAPS na extrapolação presente em um ato agressivo ou violento foi uma estratégia muito valorizada no discurso dos entrevistados: “E aí eu chamava, chamava, chamava pelo nome dele e falava: você tá me machucando, você não pode fazer isso... (pequena pausa)”.

A regra aparece como um excelente instrumento a ser utilizado com este objetivo. Para psicanálise, de fato, a cultura e suas leis se inserem necessariamente na vida do homem em sociedade para impedir que vivamos em um gozo pleno da realização de quaisquer desejos, ou até mesmo, em

uma matança desenfreada. Freud (1913) em seus estudos sobre sociedades consideradas primitivas corrobora que isso ocorre em qualquer organização social. Discorrendo sobre a escolha do objeto amoroso dos indivíduos, Freud (1910) remonta à mitologia do Complexo de Édipo, evidenciando que para dissolução do desejo incestuoso há necessidade da entrada de um terceiro com finalidade de impor limites nas relações humanas. Isso acontece, seja através da função paterna que limita a relação amorosa dual entre mãe e filho, ou através da instauração em si da lei que impede ao ser humano fazer o que bem entenda com outro. A teoria psicanalítica defende que a proibição do incesto contém elementos essenciais para a compreensão do desenvolvimento cultural da humanidade (Freud, 1913). O Tabu representa para o homem uma expressão de como ele cria um conjunto de mecanismos e estratégias para lidar inclusive com sua dimensão fisiológica. Através do estabelecimento de tabus, os homens conseguem alcançar a dimensão social, pois constroem uma ética, uma moral, regras, leis e instituições, enfim, toda uma estrutura para objetivar-se em suas relações.

Outra forma de impor regras foi a que circulou no discurso de alguns entrevistados como um recurso último, ou seja, **“botar o paciente para fora do serviço”**, fórmula encontrada para impor limite aos atos agressivos e violentos. Os entrevistados explicaram que a ação de “colocar para fora” não é o mesmo que expulsar, pois ao menos um profissional acompanha o paciente para fora do serviço a fim de continuar as tentativas de intervenções em um ambiente externo. Ainda assim, tal decisão foi um assunto polêmico. Uma entrevistada relacionou essa estratégia como sendo comum somente à equipe de apoio; os demais profissionais não fizeram semelhante vinculação. Perguntamos-nos o que estaria sendo colocado para fora do serviço quando se lança mão desse recurso e talvez caiba aqui mais uma vez a referência à dificuldade humana de lidar com sua impotência.

Pensamos que o fato de os profissionais terem dificuldades para lidar com a agressividade e violência dentro do CAPS a ponto de precisarem colocar pacientes para fora do serviço pode se relacionar ao modo como lidam com seus próprios limites. Neste ponto, relembramos mais uma vez a teoria de Girard (1990). Este autor diz que, a princípio, na vida em comunidade todos estariam iguais através da reciprocidade violenta. O processo denominado “violência coletiva” tenderia a detonar sempre um ciclo vicioso, ou seja, uma vez instalado o processo de violência, acontece um efeito de intensificação dos atos violentos na sociedade. Alternativa a isso seria tentar eliminar a violência coletiva elegendo apenas um bode expiatório para o qual todas atenções se voltariam, uma vez que a personificação do mal estaria restrita agora a apenas uma figura. Doravante, torna-se

objetivo do grupo tentar excluir ou eliminar uma única pessoa eleita como “bode expiatório”; desta forma as sociedades acreditariam poder se livrar do mal. Nas palavras de Girard (1990, p.107): *“a eficácia da violência coletiva é realmente formidável justamente por privar os homens de um saber sobre sua própria violência com a qual eles nunca conseguirão conviver”*.

Conclui-se então que é necessário projetar a violência na figura do outro porque talvez a sobrevivência das sociedades dependa disso. Mas, uma vez que estejamos conscientes sobre tal mecanismo, não haveria outra maneira de manejar a violência de um paciente dentro de um CAPS que não fosse a de expulsá-lo do espaço compartilhado? Esta é uma reflexão que apenas iniciaremos neste trabalho e para a qual frisamos não ter resposta. Se dentre os discursos não houve um mínimo consenso quanto a esta decisão, preferimos citar abaixo as formações discursivas construídas sobre este tema. Pontuamos a reflexão de um entrevistado que chegou a qualificar a ação de “colocar o paciente para fora” como algo violento que ele acaba fazendo em resposta à violência do outro: *“E eu tenho que literalmente também ser violento, sabe: expulsar...”*. Já outra entrevistada, parece não concordar com a postura de colocar o paciente para fora do serviço, questionando a missão dos CAPS e de seus profissionais: *“E aí é um problema... (...) a gente volta naquela história da dona Carochinha: mas o CAPS serve pra quê? Se não for pra substituir o hospital e receber a crise? Toda crise precisa de remédio? Não. Toda crise tem a ver com violência? Não. Não mesmo, raras, raríssimas. Então tem aí certo equívoco de muitas pessoas: ah, tem pessoas na equipe, nesse CAPS que acham que na crise põe pra fora porque acha que não tem condições de tá no CAPS”*.

A necessidade de referenciar-se em normas que são da própria instituição, para manejar situações com pacientes que cometem atos agressivos ou violentos, é vital à prática desses profissionais. Compreendemos que as regras devem ser comuns ao CAPS e à sociedade como um todo. Evidentemente isso não exclui a existência de regras institucionais específicas ao CAPS. O que pensamos que não deve haver é a existência de regras que sirvam para sociedade como um todo e não funcionem dentro do CAPS, conforme relato da entrevistada: *“E mais grave do que isso são as dívidas do tráfico aqui dentro (pequeno silêncio)... que vem com toda força da rua, do resolve lá fora, do ‘te encontrei no morro naquele dia lá fora e te dei um pouquinho, você precisa me pagar’. E aí tem uma regra que se prima aqui, e a gente é firme nisso: ‘no CAPS não é lugar disso, no CAPS não pode ter esse tipo de briga (...) aqui é um lugar diferenciado, aqui tem regra, aqui tem lei, a convivência é cuidada. Se puder fazer diferente aqui dentro talvez faça lá fora, mas se não tiver diferença entre a rua e dentro de uma instituição pública onde trata, aí danou-se!”* Nesse caso

estariamos reproduzindo uma posição diferenciada que questiona o lugar dos usuários do CAPS enquanto cidadãos com direito e deveres.

Alguns entrevistados pareceram identificar recursos algo independentes do limite imposto pela lei e apontaram a necessidade de falar de seus próprios limites para tentar buscar os limites do paciente quando estes estão cometendo um ato agressivo ou violento. **Utilizar seus limites pessoais** dizendo que “se sente mais fraco” foi um recurso mencionado: “*Eu, eu, às vezes uso o artifício de dizer pra um cara grandão: ‘olha, tá difícil, eu sou velhinho, né, não tenho mais a força que você tem, né... Então eu tenho que te conter sim, eu tenho que me defender, não vou deixar você me bater não’*”. Sobre essa estratégia pautada nos limites pessoais propomos uma articulação com o que na teoria psicanalítica é apontado sobre os limites humanos – a castração. Este conceito freudiano relaciona-se diretamente com a incompletude humana e constitui uma noção fundamental na psicanálise de Freud e de Lacan. Psicanaliticamente pode ser interpretado pela noção de falta que é estruturante do ser humano. Essa noção consta desde os textos de Freud na ideia de que o bebê teria uma experiência de satisfação primeira a qual jamais conseguiria revivenciar (Freud 1926 e 1933). Eis aí o núcleo central daquilo que foi interpretado a partir de Freud por Lacan (Lacan, 1956-1957) como objeto mítico, que fica para sempre perdido, ou seja, algo perdido na experiência de satisfação humana para qual o desejo aponta em um movimento constante que sempre se frustra, pois o objeto é itinerante ou mesmo inexistente, permitindo satisfações apenas parciais. Nas palavras de Freud: “*Na realidade, nunca renunciamos a nada; apenas trocamos uma coisa pela outra. O que parece ser uma renúncia é, na verdade a formação de um substituto*” (Freud, 1908 [1907], p. 151).

A fala de uma entrevistada suscitou reflexões a respeito da diferença entre se remeter à lei e ser a própria lei, ou seja, **se colocar no lugar da lei**. Ela disse ter que “se fazer de lei”, pois costumava ser chamada pelos pacientes pelo nome de uma patente militar (“Coronel”) e argumentou que essa é sua estratégia singular de defesa:

“Me chamam de ‘Coronel’. Eu sou Coronel. Me perguntam se sou da polícia, mas por isso tem as coisas que eu brinco e tal, mas tem as coisas que eu brigo, digo que não é possível! Então vão entender isso, me procuram para... o paciente me procura pra dizer: ‘eu não estou gostando de fulano, está falando mal de mim’. Um pouco nesse sentido, nessa função, nesse lugar de lei”.

Essa entrevistada referiu-se ao uso desse recurso quando já não consegue mais ter postura acolhedora – esta identificada como “ficar apenas questionando o porquê do ato violento ou

agressivo ter ocorrido”. Disse restar-lhe apenas incorporar-se à própria lei quando se esgotavam suas possibilidades profissionais de intervir via palavra. É interessante notar que aceita esse papel, pois, segundo ela, é essa postura que alguns pacientes demandam dela: tornar-se a lei quando falham as intervenções simbólicas referentes à imposição de limites. Foi curiosa a antítese apontada pela entrevistada: uma oposição entre “acolher” e “se colocar como limite ou lei”.

Mas que efeitos podem surgir ao existir um profissional posicionado como a própria a lei em um serviço de saúde mental? Podemos compreender que o papel de lei encarna uma autoridade por parte desse profissional que se sente demandado a atuar com o poder, um poder que crê ser a ela conferido para interferir em conflitos. À luz da psicanálise, a autoridade tem relação com a própria formação superegógica do sujeito e, nesse caso, a própria entrevistada é uma autoridade. Um “Coronel” circulando dentro de um CAPS põe aqueles que ocupam a posição de autoridade como alvo de projeção do superego dos demais. Nesse caso, falamos da projeção do superego de pacientes muitas vezes psicóticos, que já sofrem tanto com os mandos de seus próprios superegos. Como afirma Figueiredo (1999, p. 9):

"O indivíduo, então, recobre essas autoridades com as mesmas características do superego construído por ele, e essa projeção do superego nas autoridades, serve de obstáculo a que essas mesmas autoridades sejam, muitas vezes, submetidas a uma avaliação crítica, a um julgamento crítico. E aí é que esse princípio de autoridade pode conduzir o indivíduo a uma percepção distorcida das relações de forças que compõem o campo social."

3. Solicitar intervenção de um terceiro

Ajuda dos colegas no próprio serviço
Ajuda de instituição externa

Diante da dificuldade da equipe em lidar com atos agressivos e violentos, foi cogitada a estratégia de contar com um terceiro. Primeiramente, a ajuda aos demais colegas foi mencionada como imprescindível. Ao invés de os profissionais tomarem individualmente a responsabilidade de manejar respostas às situações agressivas e violentas, demonstraram uma atitude que revela um saber sobre o trabalho que só se constitui quando compartilhado, carecendo de outros para uma melhor atuação. Tal postura coaduna com o que é chamado de “prática entre vários”. Essa noção foi primeiramente formulada por Jacques-Alain Miller na abertura da III Jornada da Rede Internacional

de Instituições Infantis (RI3), realizada em 1997, na Antenne 110, em Bruxelas. A *práxis* pode ser resumida na ideia de que a psicanálise nas instituições que tratam pacientes psicóticos não conta com o lugar de um saber do mestre. Ao invés disso, o trabalho nessas instituições prescinde de uma lacuna que deixa sempre em aberto o saber; assim, os membros da equipe se revezam no trabalho sem se remeterem a um mestre que teria um saber completo sobre que conduta terapêutica utilizar. Estamos diante mais uma vez da incompletude. Seja como for o revezamento – literalmente delegando a função a outro ou trabalhando ao lado em parceria presencial – essa prática, semelhante à mencionada por nossos entrevistados, também pode ser chamada de “clínica de muitos”, conforme citada por Di Caccia (1999). Uma entrevistada especificou que quando pede ajuda a outro profissional, muitas vezes, deseja apenas uma troca de olhares para ter certeza que estava agindo de forma correta: “(...) *Você não tem um colega pra dividir, te dar um apoio, te dar um olhar e dizer “segue”, ‘você está indo legal’ e segurança pra você não causar nele o mesmo que ele está te causando*”. Já outra mencionou que fica na retaguarda para ajudar, pois considera estratégia ruim a presença de muitos profissionais num mesmo episódio: “*Eu acho que muito, muita gente interferindo naquela situação atrapalha muito. Já tinha muita gente da equipe tentando contornar a situação e eu fiquei mais na retaguarda pro caso de precisarem de alguma outra ajuda.*”.

A parceria e o compartilhamento das situações em que a violência ou a agressividade estão presentes facilitam a intervenção dos profissionais, mas houve entrevistados que apontaram momentos nos quais precisam ir além dos recursos internos à equipe, neste caso irão **chamar instituição externa** como o Corpo de Bombeiros, o SAMU e por fim, a polícia: “(...) *A última experiência que a gente teve aqui recente foi de um paciente quebrando o CAPS, aí ele demorou uma hora com a coordenação de saúde mental intervindo. A gente chamou a polícia, bombeiro, SAMU pra ver o que vinha...*”.

Fique claro que todos os entrevistados colocaram a polícia como um recurso último: “*E alguma coisa que a gente não consegue controlar na palavra, das nossas atitudes. A gente tem que pedir intervenção de coisas maiores, aí, se for o caso, tem que chamar até a polícia pra isso aí!*”. O SAMU e o corpo de bombeiros são mencionados como possibilidade de intervenção para contenção física. Neste ponto é interessante dizer que uma entrevistada afirmou que o SAMU não dispõe de material para contenção: “*O SAMU não tem também esse material pra contenção*”. Eis uma curiosa contradição chamar para fazer contenção aqueles que a princípio não possuem instrumentos para tal, caso do SAMU. Foi dito que SAMU e corpo de bombeiros seriam acionados somente quando já

estivesse decidida pela equipe a internação do paciente em questão. Compreendemos que essa transferência da responsabilidade para um terceiro externo à equipe parece ser uma forma de lidar com a própria impotência da equipe. Talvez seja uma forma de lidar com os próprios limites da equipe no sentido da formação profissional para lidar com tais situações, que nesse caso parece ser uma atitude pertinente. O que soa não-pertinente é o fato de os órgãos governamentais também não estarem estruturados para lidar com situações extremas vividas pelos profissionais nos serviços de saúde mental e fora deles, quando um paciente em estado de agitação ameaça o profissional fora do ambiente de trabalho, como foi relatado por um entrevistado:

“É a situação quando a coisa se exterioriza, que é a situação do paciente te ameaçar na rua... ‘olha, vou te pegar lá fora. Eu vou atrás de você, sei onde você mora, sei onde você pega o ônibus... Então não existe nada, nenhum artifício da prefeitura pra estar respaldando os profissionais que trabalham com esse tipo de paciente que é uma coisa que dentro da população é uma patologia que a gente pode chamar de rara, que é esquizofrenia, psicose que gera agressão, mas que dentro do nosso convívio aqui é 90% dos pacientes ...(ruídos) que gera um risco não só pra gente, mas também pros outros pacientes”.

A entrevistada em questão disse que sua sensação de segurança dependia do sexo do colega na hora da intervenção sobre um ato violento ou agressivo, pois considerou ser mais interessante **pedir ajuda a profissional do sexo masculino**; já que em sua maioria os pacientes são homens. Ela pareceu pouco se autorizar a intervir por entender que a situação exige essencialmente força física.

“Mas pros pacientes que a gente sabe que pode acarretar uma coisa mais grave geralmente a gente pede ajuda pra algum membro da equipe que tenha uma entrada maior com esse paciente... primeiramente, que tenha... se foi uma minha [paciente], no caso, eu vou tentar intervir e que esteja presente algum membro algum [gagueja], algum homem da equipe, tá... do sexo masculino porque se acontecer alguma coisa, alguma agressão realmente de fato, porque como a maioria dos nossos pacientes são homens, né... e as agressões são realmente entre os homens, as agressões físicas, então a gente tenta recorrer ao sexo masculino pra dar suporte”.

A figura masculina parece representar o poder da força física, como se não houvesse outra forma de conter o sofrimento psíquico e a agitação psicomotora derivada desse sofrimento. Quando usamos a palavra “conter” estamos nos referindo a ser continente, a poder acolher esse sofrimento sem necessariamente o uso da força física, pois cada palavra aproxima pelo que exprime e isola pelo que não diz. Muitas vezes, ao usar a força física, os profissionais de saúde mental também estão usando de violência com o paciente, deixando de lado a palavra como forma de aproximação, contenção.

4. Troca de informações

Alguns entrevistados referira-se à necessidade de “estar sempre alerta”, podendo-se chegar a um esforço extremo na tentativa de evitar que se perca qualquer informação; daí surgiria uma prática denominada “**comunicação constante entre a equipe**”:

“Se for uma coisa que aconteça num dia que não tem reunião de equipe a gente se reúne e explica mais ou menos o que está acontecendo. Ali a gente combina pra dar tempo de um se comunicar com o outro. O celular ajuda muito nessas horas. Whatsapp, hoje em dia a gente tem muita ferramenta virtual, pra poder tá alertando toda equipe do que tá acontecendo, mesmo os que não estão aqui. A gente tem um grupo dentro do whatsapp, a gente usa em caso de emergência, caso a gente não possa usar o nosso livro de comunicação. O nosso livro de comunicação também é pra isso, pra alertar equipe, a referência daquele paciente... mas é basicamente isso”.

Os meios de comunicação atuais, como redes sociais acessadas via *smartphones*, foram apontados como principal recurso para executar esta estratégia, pois permitem que os funcionários se informem em tempo integral sobre o que acontece dentro do serviço. Esta ação parece deixar a equipe mais segura e exprime uma necessidade de se informar constantemente sobre o que possa estar ocorrendo no CAPS. Percebe-se que os trabalhadores precisam estar cientes sobre quais pacientes parecem estar agressivos ou violentos para que cada profissional chegue ao serviço o mais preparado possível. Esta tentativa de saber sempre o que está acontecendo pode trazer uma sensação de controle que é, de acordo com Bauman (2008), essencialmente vinculada à capacidade de compreensão humana que está, por sua vez, diretamente relacionada com a capacidade de lidar com a situação. No entanto estamos analisando aqui apenas o que é possível em termos de preparação e isso obviamente tem limites. Questionamos se esta atitude não exprime certa ilusão de que é possível que nenhuma informação se perca e que se pode estar 100% preparado para lidar com atos tão complexos que são os agressivos e violentos. Em última instância acreditar nisso pode contrastar com a proposição de um saber sempre incompleto defendido por Di Caccia (Idem) ao defender a “clínica de muitos” e com a própria incompletude constituinte dos seres humanos.

5. Intervenções diretas por meio do corpo

Se retirar
Intervir com o próprio corpo
Encarar

Alguns entrevistados apontaram estratégia na qual fazem uso direto do corpo para lidar com as situações de violência ou agressividade. Uma das ações possíveis com o corpo é ausentar-se, “bater em retirada”, ou seja, **se retirar de cena** quando não sabem como manejar um caso de violência ou agressividade. Uma entrevistada disse que, em alguns casos, prefere sair correndo após notar que sua intervenção não surtiu qualquer efeito: “ (...) *Acho que eu ficaria tão assustada quanto, sairia correndo na mesma intensidade (...)*”. Outra se referiu a se retirar apenas quando sente que não terá como ajudar: “ (...) *Se der pra ajudar, a gente ajuda, se não der também eu me retiro*”.

Entende-se legítima também esta estratégia como a daqueles profissionais que reconhecem suas limitações e evitam as consequências que poderiam advir caso insistissem diante daquilo com que não sabem lidar. Contudo, questionamos se a abertura de espaços dedicados a reflexões sobre situações de violência e agressividade não poderia trazer uma maior segurança para que os profissionais pudessem se autorizar a agir diante dessas situações. Compreendemos que em espaços de reflexão poderia-se construir conhecimentos sobre estratégias para lidar com essas situações, o que evitaria, algumas vezes, que os profissionais se retirassem em momentos como esses.

Uma entrevistada falou que sua principal intervenção diante de atos agressivos e violentos por parte dos pacientes é **intervir com o próprio corpo**, colocar-se no meio de eventuais brigas, utilizando seu corpo e sua força física como barreira para que a ação violenta não traga maiores consequências:

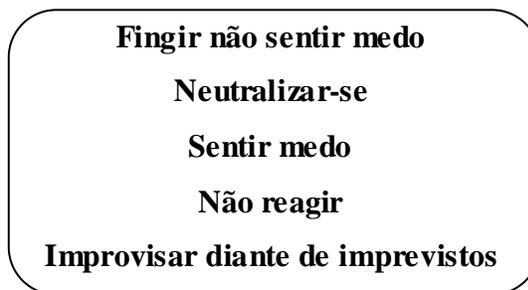
“Teve, essa semana passada teve uma discussão aqui atrás onde ele pegou uma madeira grande e eu tive que me meter no meio dos dois. Porque até o porteiro chegar, até o pessoal vir e eu já tava ali no caso. Aí eu tive que vir e me meter no meio mesmo se não ia um machucar o outro. Porque as agressões mesmo, eles pegam mesmo pra matar o outro. Eles não largam.”

Contenção física foi apontada por outros entrevistados como necessária, mas não necessariamente com a utilização do próprio corpo como barreira, conforme se ouviu dessa profissional: “*E houve situação extrema mesmo de eu não contar com SAMU, de eu não contar com ambulância do hospital, não ter ninguém e o CAPS inteiro ficou refém e ele sendo segurado, por quem podia segurar*”.

Outra entrevistada citou a estratégia de não recuar diante da ameaça de um ato violento ou agressivo, ao invés disso afirmou preferir **encarar** o paciente de frente e “pagar pra ver o que acontece”. Sobre isso ela afirmou: *“Eu fui, encarei ele e fiquei esperando e olhando pra ele. Ele automaticamente baixou a mão. Hoje ele vem, senta, cumprimenta, fala normalmente.”*

Utilizar o corpo através do ato de encarar para impor um limite para um ato violento ou agressivo de um paciente parece, em parte, exprimir uma estratégia subjetiva de lidar com a situação. De certa forma, tal conduta representa o que alguns denominaram como “fingir não ter medo”, mas esse último relato não esclareceu especificamente se a entrevistada teme ou não a situação, o que referiu foi uma postura no sentido de se mostrar forte. Ela ainda avaliou que tem experimentado resultados positivos ao “frear os pacientes” quando os encara, percebe seu enfrentamento como positivo a ponto de deixar o que sente em segundo plano.

6. Reações subjetivas



Conforme exposto acima, alguns entrevistados referiram-se aos seus sentimentos de medo com certo destaque. O relato recorrente foi sobre a necessidade de esconder o sentimento; tentar **fingir não sentir medo** foi apontado como uma estratégia útil para o manejo de atos agressivos e violentos. Disseram precisar disfarçar o sentimento real de medo como se houvesse necessidade de se mostrarem fortes. Já a expressão “**neutralizar-se**” foi levantada por uma entrevistada como tentativa de “não reação”, ou “ficar quieta”, atitude que pode ser compreendida como antagônica à ação de encarar o paciente. Comparando com “encarar”, “neutralizar-se” talvez não objetive se mostrar forte. Compreendemos aí uma postura menos ativa cuja finalidade é não transparecer o que se sente, seja medo ou outro sentimento.

P: *Eu sou muito tranqüila. Inclusive quando eu vim pro CAPS eu achei realmente que ia ser uma coisa que ia me assustar, que eu ia ficar impotente diante disso, mas não! Eu me surpreendi mesmo. Eu tenho muita tranquilidade porque eu sei que aquilo ali às vezes é uma coisa involuntária que o paciente apresenta, mas eu fico bem tranqüila, eu tento me neutralizar daquela situação, tento manter uma certa distância (...) A tranquilidade que eu quero dizer não é que eu não tenha medo ou nada, mas eu tento não apresentar (pequena pausa) um medo maior, não demonstrar esse medo, não demonstrar nervosismo porque eu acho que piora a situação.*

E: *Então assim, nesse caso você não agiria diferente nesse sentido?*

P: *Não! Em todas as situações eu consegui manter o controle.*

/E: *mesmo diante do pedaço de pau...*

/P: *Sim, isso! Tentando manter o controle para não piorar a situação. (...) Porque aqui é assim: se você não enfrentar, eles pensam que você tem medo. E se a gente mostrar medo pra eles aí eles vem mesmo e agridem mesmo.*

Apesar de a estratégia de fingir não sentir medo ter sido apontada, a maioria dos profissionais revelou que realmente **sente medo** dos atos violentos e agressivos e dois deles disseram que existe necessidade de demonstrar esse sentimento; na verdade, uma forma de mostrar claramente seus próprios limites aos pacientes.

“Eu tenho medo, tenho medo, tenho, tenho medo não só por mim, eu tenho medo do que significa... Acho bom ter medo! Eu trabalhei com um médico que ele fala que no dia que a gente não tiver mais medo, não precisa vir mais trabalhar. Eu acho isso muito bom de ouvir porque eles te dão suporte pra você assumir, dizer que você tem, então assim, eu tenho medo. Mas isso não me paralisa, o medo me faz ver de que forma eu posso fazer pra fazer diferente, pra fazer melhor, pra eles poderem fazer de outro jeito, fazer de outra forma, pra fazer o melhor pra eles, pra ver de outra forma”.

Segundo Bauman (Op. Cit, p.125), o medo atinge todos aqueles que estão vivos e é “o outro nome que damos à nossa indefensabilidade”. O que nos causa reações assustadoras é justamente o desconhecido, aquilo com o que não sabemos como manejar. O autor afirma que em se tratando de seres humanos, o enfrentamento de uma ameaça pode se dar por fuga ou agressão. O medo moraria constantemente em uma espécie de ambiente de neblina, na nossa incerteza quando ignoramos o que deve ser feito. Como o medo não se separa do mal e o mal é aquilo que não podemos explicar, apenas podemos sentir, é importante que a angústia por essas situações nos profissionais possa sempre ser falada em lugar de reprimida ou escondida.

Para a psicanálise também o medo está intimamente ligado à angústia. Segundo Vanier (2006), o termo angústia em alemão também pode designar medo. O autor defende que desde 1890, a angústia para Freud corresponde a uma tensão física que não pode ser elaborada psiquicamente, e essa tensão é sexual. Mais uma vez estamos no terreno do que não pode ser elaborado psiquicamente,

do excesso da violência, do sexual que então está nomeado pelos profissionais como medo. O mesmo autor lembra Freud ao dizer que o medo, diferente de outras conceituações, parece ter um objeto específico, “*o medo (Furcht) exige um objeto determinado e dirige sua atenção para este*” (Idem, p.3). Segue citando Jean Delumeau quando discorre sobre a introdução de certo “medo de si mesmo” uma vez que “*todo homem, se não tomar cuidado, [pode] se tornar um agente do demônio*”. E defende que com o medo estamos em um duplo movimento reflexo:

“O medo é algo ambivalente. É ao mesmo tempo alguma coisa que o impele a avançar e alguma coisa que o puxa para trás; é alguma coisa que faz de você um ser duplo e que, quando você o exprime diante de um personagem junto de quem você quer dar mostras de ter medo, põe você a cada instante na postura de reflexo”. (Idem, p.7).

Essa conceituação pode ser articulada com as argumentações da teoria psicanalítica sobre a falta, pois compreendemos que assim como a falta move o desejo, o medo no discurso da entrevistada a move ao trabalho no CAPS.

Mais uma vez parecemos estar também no campo teórico de uma espécie de projeção argumentada na teoria de René Girard (Op. Cit) que, conforme já citado, lembra que para não assumirmos a violência que há em nós: escolhemos um bode expiatório que personifique todo o mal. Em última instância o medo que sentimos também é medo de nós mesmos. Mas Vanier (Idem) conclui com Lacan que se pode dizer que temos medo de nosso corpo. É um medo de si mesmo que se chama angústia e os outros registros do medo se articulam aí nesse campo mesmo, ou seja, procedem daí segundo este autor.

Não reagir a um ato agressivo ou violento foi mencionado como uma estratégia. Compreendemo-la como algo equivalente ao que foi chamado de “neutralizar-se”. Ainda assim nos ocupamos dessa estratégia em separado uma vez que revela uma sutil diferença – independente de tentar se controlar diante do próprio medo, o entrevistado que disse adotá-la relacionou sua postura passiva ao fato de não deixar o paciente se sentir ameaçado. Tal comportamento expõe uma intenção de não reação para que o paciente possa se acalmar. Inferimos que essa postura se justifica no fato do entrevistado entender os atos agressivos e violentos, muitas vezes, no contexto no qual o paciente se sente perseguido, conforme disse: “*Fiquei esperando (...) tentando não fazer nenhum gesto brusco pra ele não se sentir ameaçado também. (...) Eu pensei: se eu correr ele vai tacar, mas se eu ficar*

também ele pode tacar, então eu vou ficar aqui parado. (...) Aí eu percebi que ele tava querendo algum tipo de ajuda, né. Percebi que era pra isso aí”.

Existe outro recurso interessante relacionado a estratégias subjetivas: **improvisar diante do imprevisto**. Esta atitude apareceu diluída em outras pontuações nos discursos dos entrevistados, mas é importante porque, apesar de não consistir em uma técnica que pode ser aprendida, revela uma capacidade que parece ser desenvolvida por aqueles que já conhecem as técnicas e as balizas teóricas que orientam o trabalho no CAPS. Os profissionais improvisam quando utilizam criatividade para lidar com situações imprevistas relacionadas a atos agressivos e violentos. O improviso parece se opor a qualquer ilusão de que há uma maneira de se preparar ou se capacitar plenamente para lidar com atos agressivos e violentos: *“O CAPS é o dia, você não pode programar seu dia, do que você vai fazer, você tem que encaixar seu dia no CAPS. É imprevisível! Muda do nada, é uma coisa insegura. Hoje tá tranquilo, mas o CAPS é no dia só que vamos saber. É uma caixinha de surpresa”.*

7. Reforçar os cuidados

Fortalecer vínculos
Acompanhar intensamente
Pensar a intervenção caso a caso

Se a função do CAPS amplo senso é cuidar de seus pacientes, os entrevistados defenderam a ideia de que para lidar com atos agressivos e violentos é fundamental reforçar esses cuidados: *“Bom, aqui antigamente tinha toda sexta-feira oficina de futebol. Então os AD (acompanhantes domiciliares), os profissionais estavam sempre junto ali construindo, tentando construir uma relação ali. Ali justamente que você cria uma brecha pra chegar e conversar, então qualquer coisinha chamar e conversar. (...). Então isso fazia com que os pacientes se aproximassem mais dos profissionais”.*

O **fortalecimento de vínculos** insere-se neste contexto dos cuidados redobrados e foi uma estratégia apontada pela maioria dos entrevistados, mas curiosamente só era lembrada *a posteriori* a

uma situação de ato agressivo ou violento. Em outras palavras, os profissionais citavam que tinha sido mais fácil manejar situação violenta ou agressiva diante de um caso no qual entendiam “ter boa entrada com o paciente”, isto é, quando compreendiam que com determinado paciente havia uma relação de confiança previamente estabelecida. Cabe lembrar que a construção de vínculos com pacientes psicóticos reserva peculiaridades, uma vez que muitos possuem núcleos de delírios com conteúdo persecutório e dificuldades gerais para o estabelecimento de laços sociais. A construção de vínculos com pacientes psicóticos demanda muito investimento por parte dos profissionais e, sem dúvida, tempo.

A importância de **acompanhar intensamente** os pacientes que demonstram agressividade e violência **desde a chegada até a saída** do serviço foi colocada pela maioria dos entrevistados. Ora tal estratégia foi citada como sendo uma espécie de olhar incessante – não pode ficar nunca desatento ao paciente – nomeado pela expressão “**sempre alerta**” –, ora como um olhar cuidadoso ofertador de cuidados estando mais próximo: “*A gente se organiza e fala: cuida da convivência que eu vou estar diretamente com fulano. Esses arranjos... não deixar fulano tão solto*”. Essa estratégia sugeriu que haveria uma certa possibilidade de prevenção desses atos e parece precisar de manejo cuidadoso para não soar como persecutória.

É interessante destacar o cuidado especial desses profissionais no momento em que o paciente chega ao serviço, ou seja, a **recepção diária**, que foi citada por alguns entrevistados como algo a ser tratado com muita atenção: “*Na parte d’amanhã fico eu e um outro profissional para recebê-los. Principalmente na segunda feira, porque a gente já vê a atitude, como está, já avalia o paciente...*”

Há um investimento na recepção que é rotineiro por parte de profissionais deste CAPS. Eles a consideram um momento especial para que observem quem já iniciou o turno de tratamento em estado alterado e com a tendência a comportamento agressivo. Cuidar intensamente de alguém cujo ato indica comportamento violento ou agressivo é um artifício fundamental para descobrir diariamente quem são estes pacientes que estão merecendo cuidado especial e isso é possível observando atentamente a entrada dos usuários no princípio do dia.

Ao investigar a maneira como agiam diante de atos agressivos e violentos, os entrevistados responderam que não havia uma maneira uniforme de lidar com esse tipo de situação. Ressaltaram que só poderiam responder e falar sobre como agiam com cada paciente, **pensando a intervenção caso a caso**: “*É isso, principalmente isso é a questão da singularidade (...) de trabalharmos sempre no caso a caso, nossa unidade de trabalho são sim os casinhos – falo deles e falo de toda a*

articulação com a rede.” Esta postura de respeito à singularidade chamou atenção da pesquisadora desde o primeiro momento, em sua chegada ao serviço, ocasião na qual ao apresentar o projeto na reunião de equipe, foi interpelada por um profissional muito experiente na saúde mental. Ele contrastou as tentativas universalizantes da saúde pública com os manejos clínicos do serviço CAPS. Também afirmou que enquanto a saúde pública está voltada às populações, o trabalho clínico do CAPS se preocupa com os sujeitos em sua singularidade, discutindo os chamados “casinhos”. Este cuidado apontado coaduna com a preocupação com a singularidade da teoria psicanalítica. Em nosso ponto de vista, a psicanálise não se opõe a uma prática em saúde pública, pois repetimos o argumento de Dahlberg & Krug (2006) ao defenderem que, embora a saúde pública por definição não trate individualmente de pacientes, tal fato não anula a intenção de se interessar pelo cuidado dos indivíduos em uma projeção. Alia-se a esta defesa, a afirmativa de Figueiredo, acima citada quando diz que o trabalho nos CAPS é pautado na construção do caso em equipe.

Enfim, quando se solicitou aos entrevistados que relatassem situações já vivenciadas, observamos que eles esboçaram algumas reações parecidas, ações usuais. Apesar disso, entendemos que aquilo que os profissionais chamaram de manejo no “caso a caso” também se refere a suas reações em dado momento e que são, em grande parte, imprevisíveis, pois atos agressivos e violentos apontam sempre para algo da ordem do inesperado. Conforme muitos disseram: eles “*não dão tempo para pensar*”, são situações de manejo complexo para o qual é preciso se preparar ainda que algo sempre escape a uma tentativa de organização prévia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A agressividade que cria o mundo, e também cria a destrutividade, não pode ser categorizada como saúde e doença e, sim, como um deslizar entre saúde e doença. A agressividade que destrói, destrói dependendo dos olhos de quem a vê”. (VILHENA & MAIA, 2002, p. 42)

Os elementos da AD nos deram suporte para desenvolvermos nossas reflexões para a compreensão das formações discursivas aqui trabalhadas. Reafirmamos que os discursos vêm ao mundo comportando neles outros discursos com os quais dialogam, esse é o pano de fundo das considerações finais sobre nossas entrevistas. *“O fato de que há um já dito que sustenta a possibilidade mesma do dizer, é fundamental para se compreender o funcionamento do discurso e sua relação com os sujeitos e com a ideologia”* (ORLANDI, 2005, p. 32).

Assim que foi iniciada a pesquisa no campo, foi relatado que a rede de saúde estava sofrendo com faltas, mesmo assim encontrei uma equipe trabalhando com muita motivação. O desejo dos profissionais desse CAPS de estar no campo da saúde mental, apesar do pesares, ficou muito nítido.

Quanto aos prontuários, a pouca ocorrência dos termos violência e agressividade contrasta com as afirmações das entrevistas de que essas situações são frequentes. Diferente do que aconteceu nas entrevistas, em que houve um esforço dos profissionais para diferenciar os termos violência e agressividade, nos prontuários esses termos aparecem tomados um pelo outro. Talvez isso tenha ocorrido por se tratar de novos casos ou situações de agressividade e violência que não foram registradas pela equipe nos prontuários em virtude de não percepção ou banalização das mesmas. Outro ponto de interesse na identificação dos prontuários foi a articulação de atos violentos com sintomatologia referente à psicose, o que pode indicar que comportamentos considerados violentos são interpretados como um dentre outros sintomas dessa patologia.

As entrevistas demonstraram que os profissionais nesse CAPS são tão variados quanto as estratégias que utilizam para lidar com atos violentos e agressivos e que seu conhecimento sobre o tema estudado, apesar de parecer não ser escasso, merece ser mais bem elaborado.

Em um primeiro momento foi comum os entrevistados não fazerem qualquer diferenciação entre os dois atos mencionados: agressividade e violência. Apesar dessa indiferenciação, foi unânime por parte dos profissionais a tentativa de compreensão desses atos como querendo dizer algo - emissores de uma mensagem - inclusive como um pedido de ajuda. Enquanto o termo agressividade foi fortemente vinculado ao que está na ordem do verbal nas primeiras respostas dos nossos

entrevistados, a violência foi interpretada como aquilo que afeta o corpo e a associação entre os termos “violência” e “violência sexual” coaduna com esta ideia.

Observamos que existe certa monossêmia por parte dos entrevistados ao responderem sobre o que seria um ato agressivo e um ato violento: a *direcionalidade do ato*. Dizer se o ato se endereça a si próprio, a objetos ou a pessoas, parece ser o que está construído em primeiro plano na memória dos entrevistados quando interrogados sobre esses conceitos.

De forma quase unânime, a intensidade do ato considerado violento é superior à do ato considerado agressivo. Esse discurso está de acordo com a teoria Freudiana que expõe o mesmo argumento com relação à exacerbação da pulsão de morte presente no ato violento.

Com relação à valorização da singularidade – o entendimento dos profissionais no que concerne ao respeito do “caso a caso”-, percebemos que toda a equipe mantém essa proposta. Nesse contexto merece destaque o cuidado levantado sobre o perigo de rotular o paciente como violento ignorando as demais características e potencialidades do sujeito.

Também faz parte da direção clínica dos entrevistados em geral ter uma visão polissêmica com relação aos atos agressivos e violentos, o que abre possibilidades nas interpretações por parte dos profissionais. Logo, os atos violentos ou agressivos parecem se fazer sempre aos olhos de quem o vê, depende de como é interpretado. Assumir que os conteúdos dos atos ora estudados são polissêmicos é evitar aquilo que apontou Orlandi (2004) como “*vocação totalizante do sujeito*”, ou seja, um esforço de sujeitos de linguagem em querer dar conta dos “*mesmos sentidos*” de textos que, em algum lugar, ouviram, leram. Essa é uma armadilha que esta equipe de saúde mental parece evitar ao lidar com atos agressivos e violentos praticados por pacientes.

A estratégia denominada “pôr pra fora” chama a atenção. Retirar do CAPS os pacientes quando ultrapassam limites das normas institucionais após fazer tentativas de intervenção mal sucedidas através das palavras é estratégia criticada por poucos e viável para a maioria dos entrevistados. É interessante como a impotência diante daquilo que falta parece ora engessar, ora viabilizar a possibilidade dos profissionais de encontrar alternativas para lidar com situações tão difíceis quanto são os atos violentos e agressivos. A maioria entende que o CAPS tem limites, mas alguns relataram que atos agressivos e violentos precisam ser tratados predominantemente dentro do CAPS.

A compreensão a partir do contexto do ato é ressaltada pelos entrevistados. Esses ou percebem na desarmonia da equipe o fator desestruturante para os pacientes que cometem atos

agressivos e violentos ou identificam a falta de estrutura para o desenvolvimento do trabalho como causa desses atos. É interessante saber que Médico, Farmacêutico e Psicólogo insistiram na problemática da falta de medicação, mas não como causa isolada. Assistente Social e Terapeuta Ocupacional ressaltaram os aspectos sociais envolvidos na questão. Olhar para as disfunções e distorções presentes não somente neste CAPS, mas no campo de trabalho em saúde mental se faz necessário para o estudo de qualquer fenômeno observado neste campo, inclusive a violência e a agressividade.

A respeito das recomendações, alguns entrevistados sugeriram a figura de uma espécie de “guarda” que poderia ser o responsável capacitado para intervir em casos nos quais os pacientes precisassem ser contidos. Levantamos a hipótese de que possa haver nesta ideia certa esperança messiânica de um “salvador da pátria”, alguém que pudesse saber lidar com essas situações que expõem os profissionais aos limites de sua atuação. Talvez essa ilusão ignore o “guarda” em sua condição humana, sempre limitada.

Considerar a violência e a agressividade de pacientes em um serviço de saúde mental como caso de polícia remonta a tempos anteriores à Reforma Psiquiátrica quando a saúde dos considerados portadores de transtorno mentais ficava em segundo plano diante do tratamento moral que lhes era dispensado. Estaríamos de alguma forma retornando ao passado do campo da psiquiatria quando a agressividade era compreendida facilmente como um caso de polícia? A Reforma foi gestada em meio aos princípios humanizadores do SUS que propunham práticas de acolhimento inclusive aos pacientes psiquiátricos. A compreensão dos atos violentos e agressivos como caso de polícia parece ignorar o que já se conquistou nesse campo.

Neste ponto cabe frisar que consideramos ser ponto pacífico o fato de a saúde mental fazer parte da saúde, incluída aqui a idéia de ser vista como uma das práticas mais essenciais em saúde pública. Nesse campo, qualquer um que adentre na prática da saúde mental em nosso país não tardará a se deparar com situações de atos de agressividade e violência por parte dos pacientes atendidos. Talvez seja esse o ponto que eternamente tem aproximado os pacientes considerados loucos dos criminosos, já que eles podem executar atos violentos imprevisíveis. Mas se os primeiros, ao contrário do que acontece normalmente com os últimos, sofrem com suas questões de saúde, essa é uma temática deveras cara ao campo da saúde pública e quanto a essa lógica, compreendemos que o leitor não poderá mais ter dúvidas sobre a utilidade das reflexões trazidas por nosso estudo.

A crença, por parte de apenas uma entrevistada, de que pode haver um preparo melhor do que os profissionais têm podido receber revela que a sensação de despreparo praticamente não existe nos profissionais ouvidos. Essa pode ser uma realidade muito circunscrita a esse CAPS estudado que pareceu investir em capacitação e supervisão clínico-institucional. Ao mesmo tempo, o fato de a estratégia do improvisado ter sido mencionada como algo importante para lidar com as situações agressivas e violentas pode indicar que o preparo, ainda que seja feito a contento, não dá conta, pois algo do acontecimento em campo parece demandar sempre um “a mais”, solicitando inovações por parte dos profissionais.

Chamou atenção o fato de a totalidade dos entrevistados relatar certa harmonia por parte da equipe ao decidir sobre direcionamentos para as situações onde havia agressividade e violência. Entretanto, coube ironicamente à última entrevistada dizer que a desarmonia da equipe era grande e repercutia de maneira desestruturante para os pacientes. Seria uma visão isolada ou uma realidade encoberta?

Na maioria dos discursos dos entrevistados foi citada como primeira forma de lidar com agressividade e violência a tentativa de entender através da palavra o porquê daquele ato. A via simbólica tão aclamada como recurso primordial para a teoria psicanalítica parece ser tomada em alto conceito por essa equipe.

Sobre a diferenciação apontada por uma entrevistada entre duas reações opostas possíveis a atos violentos e agressivos: responder com acolhimento ou com limite, acreditamos que as duas respostas não precisam ser opostas e que é possível um acolhimento que responda ao mesmo tempo do lugar de limite, mas fazendo referência a uma lei.

O medo não foi sentimento relatado com unanimidade e os discursos foram contrastantes, conforme a necessidade de demonstrá-lo ou não. Ainda entre aqueles profissionais que disseram não ter medo, há certa constância com relação ao sentimento de insegurança provocado por situações agressivas e violentas que são unanimemente encaradas como difíceis de lidar. É uma conclusão evidente de nossa escuta que esses profissionais carecem de espaços para além do reservado para reunião de equipe onde possam falar sobre essas questões.

Lembramos que a possibilidade de falar sobre o acontecimento violento ou agressivo em reunião de equipe foi fortemente apontada; é o espaço legitimado para falar sobre o assunto. Mas independente da aprovação da equipe sobre uma determinada intervenção, houve reafirmação unânime sobre manter uma mesma postura profissional manifestada em intervenções passadas (caso

situação semelhante de agressividade ou violência voltasse a ocorrer no futuro). Isso pode sugerir falta de reflexão ou abertura a mudanças por parte dos profissionais. É curioso o que ocorreu em uma das entrevistas: a resposta ao questionamento sobre esse ponto foi acompanhada de risos.

Quando questionados, os entrevistados não vincularam o ato agressivo e o ato violento exclusivamente a um momento de crise; referiram-se a esta conjectura como uma dentre diversas possibilidades, embora alguns profissionais tenham ressaltado que a agressividade e a violência são inerentes à patologia. É perigosamente iatrogênico inferir a partir do discurso que é da patologia (seja psicótica ou não) ser agressivo mesmo quando não se está em crise. Esta linha de argumentação pode sugerir uma percepção engessada sobre o comportamento agressivo ou violento ser inerente aos psicóticos em especial. Compreendemos que esta é uma construção parafrásica de um ato agressivo ou violento quando cometido por um paciente de saúde mental. Neste estudo lutamos contra qualquer repetição do mesmo e, por isso, não concordamos com essa colocação.

Mostramos que foi ao encontro da teoria psicanalítica o dito dos entrevistados sobre a agressão e a violência representarem um pedido de ajuda. Em outras palavras, atos agressivos e violentos expressam intenção do paciente de chamar atenção pra si, são endereçados para o outro como uma mensagem. Explicitamos que neste ponto a importância da terminologia utilizada, se fala de agressividade ou violência, fica em segundo plano. Se há na teoria aqui defendida uma diferenciação dos atos que nem sempre se encontra no discurso dos entrevistados, entendemos que isso não representa exatamente uma contradição, pois a intenção final deste trabalho era verificar se os profissionais percebiam algum sentido positivo ou algo com intenção construtiva em um ato de explosão nos casos nomeados como agressividade e violência.

Perceber algo construtivo nesses atos permite à maior parte dessa equipe diversos manejos anteriores à expulsão do paciente do serviço, e é essa interpretação por parte dos profissionais que permite o trabalho em um CAPS funcionar independente das dificuldades impostas por comportamentos agressivos e violentos.

Por fim, lembramos que a produção de significados que alcançamos foi feita por deslizamentos de significados e esse é um processo no qual sempre escapam sentidos à percepção do analista do discurso. Tal incompletude também se faz presente nas tentativas dos próprios sujeitos de atribuir significados aos atos ora estudados. Enfatiza-se, portanto que a atribuição de um significado ou a interpretação de um sentido é sempre incompleta, seja para quem manifesta uma fala em uma formação discursiva ou para quem tenta interpretá-la. Apesar de assumirmos que a construção de

uma interpretação é sempre incompleta, entendemos que a linguagem como ação simbólica é o recurso primordial para os homens lidarem com a angústia de sua própria incompletude. É fazendo uso da linguagem que os grandes escritores nos encantam com seus devaneios e fantasias, ainda que seja impossível aos mesmos responderem de forma completa de onde vêm suas criações (Freud, 1908[1907]). A psicanálise articula-se fortemente com esta incompletude fortemente, pois constatou que cabe ao homem a empreitada de uma busca incessante por um objeto perdido nos primórdios de sua constituição. Diante dessa perda mítica, a busca é que é sempre frustrada, pois esbarra na própria incompletude que nos é constituinte. Mas não haveria qualquer movimento na vida humana caso não houvesse essa falta estrutural, falta em torno da qual é possível haver desejo. Mesmo diante da incapacidade humana de tudo simbolizar e de se completar em uma verdade final que lhe traga satisfação total ainda em vida, não nos furtamos ao trabalho de tentar produzir uma interpretação, ainda que nossa interpretação tenha sido apenas uma totalização possível.

REFERÊNCIAS

- ARENDDT, H. **Sobre a Violência**. Tradução e ensaio crítico André Duarte. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- BALLONE. G. J. **O que são transtornos mentais?** In Psiqweb, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br, 2008. Acessado em 15 de junho de 2013.
- BAUMAN, Z. **Medo Líquido**. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2008.
- BIRMAN, J. **Cadernos sobre o Mal**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.
- BOURDIEU, P. **A Economia das Trocas Simbólicas**. Ed. Perspectiva. 2011.
- BRASIL, V.V. Subjetividade e Violência: a produção do medo e da insegurança. **Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial**. Tema 1: Psicanálise, Política e Estado. Rio de Janeiro, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm> Acesso em: 15 de maio de 2013.
- _____. Ministério da Saúde. **Guia de saúde mental**. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2001 a.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.737, 16 de maio de 2001: **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Diário Oficial da união, Brasília, DF, N. 96, Seção 1e, 18 de maio de 2001b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e políticas de saúde mental no Brasil**. Brasília, DF: MS, 2005.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**, trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octavio Ferreira Barreto Leite. – 4a. Ed.- Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1995.
- CORREA, S. G. de P. (DM) **Avaliação de Novos Serviços de Saúde Mental: o caso dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro**. Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ, 2011.
- COSTA, J. F. **Violência e psicanálise**. Rio de Janeiro: Graal - 3ª ed., 2003.
- DAHLBERG. L. L. & KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. In: **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra: OMS- Organização Mundial de Saúde, 2006.

DI CIACCIA. A prática entre vários. In: ALTOÉ, Sonia e LIMA, Márcia Mello (Orgs.). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2005.

DOMENACH, J. M. La violencia. In: *La Violencia y sus Causas* (A. Joxe, org.), pp.33-45, Paris: Unesco, 1981.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV** (Revised 4th ed.). Washington, DC, 2000.

ELIAS, N. **O Processo Civilizador: Uma história dos costumes**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994, v I, 1994.

FERRARI, I. F. Agressividade e Violência. **Psicologia Clínica**. Rio de Janeiro, Vol.15, N.2, 2006.

FIGUEIREDO, A.C. & MACHADO, O. M. R. **O Diagnóstico em Psicanálise: do Fenômeno à Estrutura**. *Ágora* v. III n. 2 jul/dez 2000 65-86, 2000.

_____. A Função da Psicanálise (e do psicanalista) na Clínica da Atenção Psicossocial. Nascimento, E & Gonzálies, R. C. (orgs.) **Psicanálise e os Desafios da Clínica na Contemporaneidade** - Série Teoria da Clínica Psicanalítica, n. 2. Salvador. EDUFBA, p.81-89, 2007.

_____. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental, em Guerra, A. M.C. & Morreira, J. O. (orgs). **A Psicanálise nas Instituições Públicas: saúde mental, assistência e defesa social**, Curitiba, Editora CRV, 2010.

FIGUEIREDO, A.E.B. **A Família nas sociedades modernas sob o ponto de vista da psicanálise**. Texto apresentado à Disciplina “Psicanálise e Cultura”, ministrada pelo psicanalista Eustáquio Protela Nunes, no Curso de Doutorado no IPUB/UFRJ, 1999 a.

_____. A Atitude Fenomenológica e o Adoecer Psíquico. **Cadernos IPUB/Instituto de Psiquiatria da UFRJ**, nº 15. Rio de Janeiro: UFRJ, p. 49-60, 1999b.

_____. **Religiões pentecostais e saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: UFRJ/ Centro de Ciências da Saúde, 2006.

_____. Violência: algumas reflexões sobre o espaço social e subjetivo. In Vieira, LJS; Silva, RM; Lira, RVG (Orgs). **Violência e Saúde na Diversidade dos Escritos Acadêmicos**. São Paulo: Hucitec, 2013

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1997.

_____. **Arqueologia do Saber**. 3a ed. Rio de Janeiro: Editora Forense - Universitária 1987.

- FREUD, S. (1905a). Fragmento da Análise de um Caso de Histeria In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (ESB)**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1980. vol.1
- _____. (1905b). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: **ESB**, op. cit., vol.7.
- _____.(1908[1907]). Escritores Criativos e Devaneios. In: **ESB**, op. cit., vol. 9.
- _____. (1909) Análise de uma Fobia em um Menino de Cinco Anos.In: **ESB**, op. cit.,Vol. 10.
- _____. (1910 [1909]) Um Tipo Especial de escolha de Objeto Feita pelos Homens (Contribuições à Psicologia do Amor). In: **ESB**, op. cit., Vol. 11.
- _____. (1913[1912-13]).Totem e Tabu. In: **ESB**, op. cit.,Vol. 13.
- _____. (1915). Os instintos e suas Vicissitudes. In: **ESB**, op. cit., Vol. 14.
- _____. (1919). Uma criança é espancada: uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais. In: **ESB**, op. cit. Vol. 17.
- _____. (1920). Além do Princípio do Prazer. In: **ESB**, op. cit.,Vol. 28
- _____. (1923-1925). O ego e o ID e outros trabalhos. In: **ESB**, op. cit. Vol. 19
- _____. (1924 [1923]). A Perda de realidade na Neurose e na Psicose. In: **ESB**, op. cit. Vol. 19
- _____. (1924). O problema econômico do Masoquismo. In: **ESB**, op.cit., Vol. 19
- _____. (1926). Inibição, sintoma e ansiedade. vol. 20.
- _____. (1933 [1932]). Ansiedade e Vida Instintual. vol. 22.
- _____. (1930). O Mal-Estar na Civilização. In: **ESB**, op. cit.,vol. 21.
- _____. (1932 -1936).Por que a guerra? (Einstein e Freud). In: **ESB**, op. cit.,Vol. 22,
- GALLARD, J. **A beleza do Gesto: uma estética da conduta**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.
- GARCIA-ROZA, L. A. **Artigos de Metapsicologia, 1914-1917** – Introdução à Metapsicologia Freudiana; v. 3. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995.
- GIRARD, R. **A Violência e o Sagrado**. Trad. Martha C. Gambini. São Paulo: Editora Universidade Estadual Paulista, 1990.
- GONÇALVES, M.V. (DM) **A percepção dos profissionais dos CAPS da cidade do Rio de Janeiro sobre a atenção aos casos de tentativas de suicídio em idosos**. Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ, 2013.

KRUG E.G, DAHLBERG L.L, MERCY J.A, ZWI A, LOZANO R, editores. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LACAN, J. **O Seminário, livro 1 - Os Escritos técnicos de Freud (1953-1954)**. 2ª ed- Rio de Janeiro. Jorge Zahar editor (J.Z. Ed), 2009.

_____. (1962-1963). **O Seminário livro 10 – A angústia** Rio de Janeiro: J. Z. Ed., 2005.

_____. (1956-1957). **O Seminário, livro 4 - A relação de objeto**. Rio de Janeiro: J.Z.Ed., 1995.

_____. Los circuitos del deseo (1957-58). Em **El seminario, libro 5: Las formaciones del inconsciente** (pp. 465-481). Buenos Aires: Paidós, 1999.

_____. (1954-55). Uma definição materialista do fenômeno da consciência. In: **O seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise** (pp. 57-72). Rio de Janeiro: J.Z. Ed, 1987.

LAPLANCHE, J., &PONTALIS, J.-B.. **Vocabulário de Psicanálise** .7ª ed.. Lisboa: Editorial Presença. (Obra original publicada em 1967). 1990.

LOURINHO, L.A. e cols. Cartografia da violência como possibilidade de compreender o fenômeno. In Vieira, LJS; Silva, RM; Lira, RVG (Orgs.) **Violência e Saúde na Diversidade dos Escritos Acadêmicos**. São Paulo: Hucitec, 2012.

MELLER, L. P. A Violência em Freud. In **Pensando a Violência em Freud**. Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre. Porto Alegre: SBP de PA, 2005.

MICHAUD, Y. **A violência**. São Paulo: Editora Ática. 1989.

MINAYO, M. C. S.Violência: um Velho-Novo Desafio para a Atenção à Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v .29, nº 1, jan./abr. 2005.

_____. Vulnerabilidade à violência intrafamiliar. In: LIMA, F. R. de; SANTOS, C. (Coords.). **Violência doméstica: vulnerabilidade e desafios na intervenção criminal e multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2009, p. 277-294.

_____. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros In: **Impactos da Violência na Saúde**. 2ª ed. Ed. Fiocruz, Coedição com a EAD/Ensp. p.9 –p. 33, 2010.

_____(org). **Pesquisa Social**. 32ª Ed. São Paulo: Editora Vozes, 2012.

_____. **O Desafio do Conhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006.

ORLANDI, E. P. **Discurso e leitura**. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora Universidade Estadual de Campinas, 1988.

_____ **Interpretação: autoria, leitura, efeitos do trabalho simbólico**. Petrópolis: Vozes, 2004.

_____ **Análise do Discurso: princípios e procedimentos**. Campinas, SP: Pontes, 2005.

PÊCHEUX, M. **Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio**. Campinas: Ed. da Unicamp, 1988.

_____. **O discurso: estrutura ou acontecimento**. Tradução de Eni Orlandi. São Paulo: Pontes, 1990.

RICOEUR, P.O. que é um texto? In: **Do texto a acção. Ensaaios de hermenêutica II**. Porto: Rés, 1989.

ROCHA, E. & TENÓRIO, F. Considerações sobre a clínica da psicose no campo da saúde mental. In: **Anotações para o curso “Psicanálise e Saúde Mental” Tempo Freudiano Associação Psicanalítica**, out/nov, 2004.

ROUDINESCO, E. & PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

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, 2010, 210 p.

VALADARES, F. C. (TD) **Análise da inclusão do tema violência na rede de atenção à saúde mental do município do Rio de Janeiro**. Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ, 2013.

_____. & SOUZA, E.R. Violência contra pessoa idosa: análise de aspectos da atenção de saúde mental em cinco capitais brasileiras. **Ciência e Saúde Coletiva**. 15(6): p.2763-2774. 2010

VANIER, A. **Lacan** (Coleção Figuras do Saber). São Paulo: Estação liberdade, 2005.

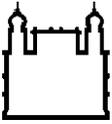
_____. Temos medo de quê? **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**. vol.9, no.2, Rio de Janeiro July/Dec. 2006.

VILHENA, J. & MAIA, M. V. C. M. Agressividade e violência: reflexões acerca do comportamento anti-social e sua inscrição na cultura contemporânea. In: **Revista Mal-Estar e subjetividade**, Fortaleza, v. II, n.2, p.27-58, setembro. 2002.

WAKEFIELD, J. C. e HORWITZ A. V. **A Tristeza Perdida como a Psiquiatria Transformou a Depressão em Moda**, Ed. Summus. 2010.

WIEVIORKA, M. Violência Hoje. **Ciência e saúde coletiva**. Vol. 11, suppl., pp.1147-1153. [online]. (2006).

ANEXO



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: Os significados atribuídos pelos profissionais de saúde mental aos atos agressivos e violentos manifestados por pacientes de um dispositivo de atenção psicossocial do Estado do Rio de Janeiro

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **Os significados atribuídos pelos profissionais de saúde mental aos atos agressivos e violentos manifestados por pacientes de um dispositivo de atenção psicossocial do Estado do Rio de Janeiro**, desenvolvida por Paula Santos Ferreira, discente do mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), orientada pela Prof^a. Dr^a. Ana Elisa Bastos Figueiredo e pela Prof^a. Dr^a. Adalgisa Peixoto Ribeiro. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado caso decida não participar, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para execução da pesquisa. A entrevista tem duração estimada de 30 minutos podendo durar mais ou menos.

O objetivo deste estudo é investigar a percepção e compreensão dos profissionais de saúde mental sobre os conceitos de violência e agressividade e como tais profissionais lidam com atos violentos e agressivos quando são manifestados por pacientes deste CAPS. Você foi escolhido ser profissional do serviço e por estar em contato direto com os pacientes.

Como possíveis **riscos** desta pesquisa apontamos a possibilidade de constrangimento para você em falar de tema complexo e que depende da sua habilidade profissional para intervenção terapêutica. Esclarecemos que os eventuais desconfortos e constrangimentos apresentados por você, entrevistado, serão minimizados com a possibilidade de interrupção da entrevista até que você se sinta à vontade para responder às questões ou desistir de fazê-lo. Como possíveis benefícios apontamos a oportunidade de abrir espaço de escuta e reflexão sobre estas questões que tratam de abordar a violência e agressividade manifestadas pelos pacientes e o seu manejo, questões estas que ainda não foram especificamente abordadas nem na agenda da psiquiatria, nem da Reforma Psiquiátrica. Estas escutas e reflexões poderão se dar também por sua própria participação na entrevista. Ressaltamos que os resultados da pesquisa e suas análises a partir de sua fala podem oferecer subsídios para outros profissionais de outros serviços de saúde mental e para as políticas públicas. Sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista. A entrevista somente será gravada sob sua autorização. Caso você não autorize a gravação, a entrevista não será realizada. As respostas contribuirão para conhecermos a sua percepção e compreensão sobre os atos violentos e agressivos manifestados pelos pacientes e como você lida com eles. Os resultados serão discutidos com as

orientadoras da pesquisa e divulgados em palestras dirigidas aos profissionais participantes da pesquisa, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação de mestrado.

Rubrica do entrevistado

Rubrica do Pesquisador

Os dados obtidos em sua entrevista serão usados de forma agregada, sem se vincular aos nomes dos entrevistados. No entanto, apesar de todos os cuidados tomados, é difícil garantir que seu depoimento não seja reconhecido, pois o número de sujeitos entrevistados é pequeno. Portanto, caso você não concorde em correr esse risco, terá a escolha de não participar da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. As entrevistas serão transcritas e armazenadas em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e as orientadoras do projeto. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP. Este termo é redigido em duas vias e você receberá uma delas onde consta meu telefone e endereço institucional e do Comitê de Ética e Pesquisa, para que possa tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento. Através dos meios de contato explicitados neste Termo você poderá solicitar informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa. Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Paula Santos Ferreira

Pesquisadora Responsável
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Rua Leopoldo Bulhões, 1480
Manguinhos, Rio de Janeiro.
CEP: 21041-210
Tel:(21) 2246-5622 E-mail: paulasanfer@yahoo.com.br

Tele fax: (021) 21- 2598-2863

E-mail – cep@ensp.fiocruz.br <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Data: ____/____/____

Nome e assinatura do Entrevistado

Assinatura do pesquisador