



O percurso pela atenção à crise em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro

The journey through mental health crisis care in the city of Rio de Janeiro


Maria Fernanda Cruz Coutinho^a

 <https://orcid.org/0000-0001-7998-920X>
E-mail: fernandacruzcoutinho@gmail.com


Gisele O'Dwyer^b

 <https://orcid.org/0000-0003-0222-1205>
E-mail: odwyer@ensp.fiocruz.br

Clarice Portugal^{c,d}

 <https://orcid.org/0000-0003-0373-4141>
E-mail: clariceportugal@gmail.com

Mônica de Oliveira Nunes^c

 <https://orcid.org/0000-0002-5905-4199>
E-mail: monicatorrenteii@gmail.com

^aFundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^bFundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Departamento de Administração e Planejamento em Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^cUniversidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde Mental. Salvador, BA, Brasil.

^dMinistério da Saúde. Brasília, DF, Brasil.

Resumo

O conceito de crise em saúde mental envolve uma complexa formulação multidimensional, forjada no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que nem sempre é tomado de maneira unívoca pelos envolvidos. Contudo, há de se considerar uma rede capaz de dar respostas adequadas sobre como acolher essa situação, de maneira que o trabalho em rede é uma condição essencial dessa abordagem. Este artigo traz a discussão do manejo da crise em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial III (CAPS III) do município do Rio de Janeiro, Brasil, a partir da perspectiva dos gestores de saúde de nível central e local, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e analisadas com base na Teoria da Estruturação de Giddens. Este trabalho identificou que o Rio de Janeiro apresenta um modelo de atenção à crise estruturado em rede de atenção centralizada e rede integrada, uma vez que apresenta grande integração da rede de urgência com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sobretudo com os CAPS III, e as situações de crises são atendidas preferencialmente em serviços específicos para seu atendimento. Ainda assim, pela perspectiva de Giddens, os CAPS III têm legitimidade para cumprir o papel de atenção à crise em saúde mental.

Palavras-chave: Intervenção na Crise; Centro de Atenção Psicossocial; Atenção Psicossocial; Saúde Mental; Território.

Correspondência

Mônica de Oliveira Nunes
Rua Basílio da Gama, S/N, Campus Universitário do Canela. Salvador,
BA, Brasil. CEP 40110-140

Abstract

The concept of crisis in mental health involves a complex multidimensional formulation, forged in the context of the Brazilian Psychiatric Reform, which is not always taken unequivocally by those involved. However, it is necessary to consider a network capable of providing adequate answers on how to provide care in this situation; thus, networking is an essential condition of this approach. This article discusses the management of the mental health crisis in Psychosocial Care Centers III (CAPS III) in the municipality of Rio de Janeiro, Brazil, from the perspective of central and local health care managers, via semi-structured interviews and analysis based on Giddens' Theory of Structuring. This study found that the municipality of Rio de Janeiro adopts a crisis care model structured into a centralized care network and integrated network, with an emergency network highly integrated with the Psychosocial Attention Network (RAPS), especially with the CAPS III, and the crisis situations are cared for preferably in specific services. Still, from Giddens' perspective, CAPS III have the legitimacy to provide care toward mental health crisis.

Keywords: Crisis Intervention; Psychosocial Care Center; Psychosocial Care; Mental Health; Territory.

Introdução

O conceito de crise em saúde mental envolve uma complexa formulação multidimensional, que se forja no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e envolve um novo modo de responder e manejar essa experiência tão radical vivida pelo sujeito, prescindindo o manicômio como recurso terapêutico (Campos, 2014).

Ainda que, no cenário da crise, seja inegável uma alteração aguda do funcionamento psíquico do sujeito, ela encontra sua base no contexto da sua rede social (Campos, 2014): é produzida em rede e perturba ou modifica o relacionamento do indivíduo com ela (Dell'acqua; Mezzina, 2005). Adicionalmente, por ser a porta de entrada ao circuito dos cuidados em saúde mental, a atenção à crise é decisiva e estratégica.

É importante ressaltar que nem sempre a equipe de saúde, os usuários e seus familiares estão de acordo sobre o que é crise e, tampouco, sobre as propostas de intervenção nesse momento específico. O contexto sociocultural em que o indivíduo está inserido pode ou não ser favorável às estratégias de cuidado, assim como à ética institucional em questão, de forma que todos esses fatores têm influência direta no tipo de abordagem oferecido (Ferigato; Campos; Ballarin, 2007). Por isso, para o manejo da crise, os contextos sociocultural, histórico e familiar precisam ser levados em conta pela equipe de saúde.

Em relação à atenção à crise no contexto da RPB, há que se considerar uma rede capaz de dar respostas adequadas sobre como acolhê-la, de maneira que o trabalho em rede é uma condição essencial dessa abordagem (Dell'acqua; Mezzina, 1991).

A atenção à crise em saúde mental revela-se como um eixo estratégico do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), à medida em que promove uma mudança de rota na assistência para os serviços territoriais e práticas não segregatícias, fortalecendo a política de desinstitucionalização. Nesse sentido, o termo "território" adquire especial relevância, justamente na contraposição entre serviços hospitalocêntricos e serviços comunitários. Isso porque, como aponta Santos (1994), é o uso do território, e não ele em sua acepção abstrata, que está em questão. Ou seja, trata-se de considerar a experiência do sujeito no campo social, histórico e político, sendo fundamental que se pense que o cuidado no território envolve,

portanto, uma real transformação social, no sentido de convivência com as diferenças (Furtado, 2016).

Tomando isso como foco, vê-se alguns componentes que podem ser considerados cruciais para a atenção à crise em saúde mental. Dentre eles, cabe destacar os Centros de Atenção Psicossocial modalidade III (CAPS III), em função da sua capacidade de acolher a crise e evitar internações em hospitais psiquiátricos. Esses serviços possuem recursos formais específicos para atenção à crise e assistência 24h, o que os torna estratégicos para a apreensão dos modos de acolhimento e resolução de crises em saúde mental, sobretudo por serem reconhecidos como serviços que, supostamente, atendem de modo satisfatório essas situações.

Contudo, o manejo da crise ainda se apresenta como um desafio e, possivelmente, o principal problema enfrentado pelas equipes e serviços de saúde mental, em especial nos CAPS, cuja demanda de acolhimento e resolução da crise vem aumentando (Dimenstein et al., 2012).

Este artigo traz a discussão acerca do manejo da crise em saúde mental nos CAPS III do município do Rio de Janeiro, Brasil, a partir da perspectiva dos gestores de saúde de nível central e de nível local.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva e exploratória (Deslauriers; Kérisit, 2010), resultado de uma tese de doutoramento que ocorreu entre 2018 e 2022 e se propôs a pensar a atenção à crise em saúde mental no município do Rio de Janeiro - considerando a estrutura e funcionamento da RAPS, os serviços que são utilizados para intervenção nessas situações e quem os referencia, além da potencialidade dos CAPS III para resolutividade da crise.

Para tanto, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, realizadas em ambiente virtual em função do período de isolamento social imposto pela pandemia de covid-19. As entrevistas basearam-se em dois roteiros: o primeiro, dirigido ao nível central de gestão, identificados como GC, buscando levantar informações sobre a estruturação, planejamento, concepções e funcionamento da atenção à crise na RAPS na cidade do Rio de Janeiro; e o segundo, voltado para os gestores de nível local - coordenadores de todos

os CAPS III identificados como GL -, que teve como eixos as concepções e o manejo da crise nos CAPS III.

O estudo contou com 21 participantes, gestores dos CAPS III da cidade do Rio de Janeiro, além da equipe da superintendência de saúde mental do município, entre o segundo semestre de 2020 e o primeiro de 2021.

À época, eram oito CAPS operando na modalidade III na cidade do Rio de Janeiro: CAPS III Manoel de Barros, CAPS III João Ferreira Filho, CAPS III EAT Severino dos Santos, CAPS III Clarice Lispector, CAPS III Fernando Diniz, CAPS III Franco Basaglia, CAPS III Maria do Socorro Santos e CAPS III Arthur Bispo do Rosário.

As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo cotejada ao referencial teórico de Anthony Giddens, mais especificamente a Teoria da Estruturação (TE) (O'Dwyer, 2015; O'Dwyer; Mattos, 2010). O uso de entrevistas individuais permitiu mapear as práticas dos CAPS III inseridos em uma rede de atenção psicossocial, cujas ações sofrem influência das singularidades do território e das percepções de crise dos sujeitos que nelas atuam.

A pesquisa seguiu as normas éticas, sendo aprovada por dois Comitês de Ética de Pesquisa sob os pareceres nº 5.533.776 e nº 4.046.876.

Resultados e discussão

Planejamento para crise – nível central

Em 2015, a superintendência de saúde mental do município do Rio de Janeiro criou um Grupo de Trabalho (GT) de Atenção à Crise, com caráter de educação permanente, em todos os CAPS - com particular atenção aos CAPS III -, para que a saúde mental do município pudesse avançar com mais vigor na redução dos leitos hospitalares psiquiátricos e na expansão dos cuidados territoriais.

Em entrevistas, gestores reconhecem a importância da atenção à crise, que, *“junto com a desinstitucionalização, é o grande pilar da atenção psicossocial”* (GC4), sendo *“tema transversal a todas as ações em saúde mental”* (GC1).

A redução do número de internações psiquiátricas de longa permanência no Rio de Janeiro - de 9808 em janeiro de 2015 para 4553 em setembro de 2018 (Matos, 2019) - ratifica o sucesso da condução que a coordenação de saúde mental do município deu às crises.

De 2015 para cá, muito se avançou no que diz respeito ao planejamento técnico e organizacional da atenção à crise, de modo a transformar o *modus operandi* da RAPS. A título de exemplo, a regionalização desse tipo de acolhimento deixou de ser vinculada aos serviços hospitalares, ou seja, passou a ser conectada à atenção psicossocial, e não simplesmente atrelada à resposta hospitalar.

Para que isso acontecesse, a primeira ação da superintendência foi dividir a RAPS em três grandes blocos territoriais - zonas Norte, Centro-Sul e Oeste -, em função de sua extensão territorial e grande concentração populacional.

Outro passo fundamental foi a inclusão da atenção urgente à pessoa em crise em saúde mental na clínica médica emergencial, dando fim às emergências dentro dos hospitais psiquiátricos. Essa ação está relacionada à compreensão de que a crise precisa ser apreendida em um contexto maior, que envolve a dimensão de clínica geral e não apenas aspectos psíquicos. Subjaz a essa medida a imprevisibilidade inerente à crise psicossocial, diante da qual podem ser necessárias intervenções rápidas, mas que em nada justificariam a permanência desse serviço em um ambiente manicomial, além do seu caráter complexo, necessitando de uma resposta vinculada à integralidade do cuidado.

Na mesma linha, estudos - como os de Barros, Tung e Mari (2010) e Sousa, Silva e Oliveira (2010) - apontam para a inclusão da saúde mental na clínica médica como importante passo para a realização de uma avaliação diagnóstica acurada e a condução adequada do manejo da condição clínica e psicológica do usuário, considerando que as emergências gerais dispõem de recursos diagnósticos apropriados para a detecção de distúrbios orgânicos que possam estar causando o transtorno psiquiátrico.

A rede de urgência e emergência do Rio de Janeiro é formada por Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Coordenações de Emergência Regional (CER) e hospitais para grande emergência, além dos Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (Samu). Cada um desses serviços tem um papel específico na rede e atende a perfis distintos de usuários.

No que diz respeito à atenção à crise em saúde mental, as CER adquirem maior importância, em função de sua parceria com os CAPS III, por causa da existência de um “*setor de saúde mental*” (GC2) e da

procura pelo serviço por parte dos usuários em crise. No momento do estudo, o município do Rio contava com sete CER: Centro, Barra da Tijuca, Leblon, Ilha do Governador, Santa Cruz, Realengo e Campo Grande.

As demais ações em curso seguem sendo o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a expansão dos CAPS III, além da transformação de todos os CAPS de modalidade II em CAPS III. Atualmente, há apenas um Instituto Municipal Psiquiátrico em funcionamento no município - tanto o Nise da Silveira quanto a Colônia Juliano Moreira tiveram seus ciclos encerrados até outubro de 2022.

Ponto de chegada da crise

De modo geral, a crise em saúde mental pode chegar ao sistema de saúde no município do Rio de Janeiro por alguns pontos, a saber: a Atenção Primária de Saúde (APS), as emergências psiquiátricas, as CER e os próprios CAPS III.

As entrevistas revelaram a existência de dois fluxos de acolhimento, que instituem dois regimes de cuidado. Para quem já é usuário do CAPS III e está em uma relação de cuidado com os profissionais do serviço, há um certo caminho dentro da RAPS que não necessariamente passa pelo atendimento da emergência. Contudo, ainda que o usuário tenha algum contato com uma CER ou emergência psiquiátrica, o fato de ter uma relação com profissionais dos serviços territoriais facilita e agiliza seu acesso ao CAPS. Por outro lado, não ser usuário já reconhecido pelos CAPS III implica em possibilidades maiores de ser atendido no dispositivo hospitalar, uma vez que não ter uma relação com os técnicos dos serviços reduz a chance de acolhimento mais rápido nos serviços territoriais.

Evidencia-se aqui a dimensão do cuidado e das benesses oriundas das relações que se estabelecem entre usuário e profissional de saúde em uma clínica que se propõe ampliada, na qual não basta olhar apenas para a doença (Campos, 2000; 2015). Faz-se necessário considerar os problemas de saúde e as situações de vida que trazem vulnerabilidade para as pessoas. De todo modo, é preciso considerar essa assimetria de itinerários no que diz respeito à equidade e à integralidade da assistência.

Para Oliveira e Szapiro (2020), a clínica ampliada preconiza uma clínica singular, que considera cada caso

como único enquanto dialoga e incorpora criticamente outros saberes e diretrizes, perpassando questões como o vínculo, a resolutividade e a responsabilização (Bonfada et al., 2012).

Sendo assim, é justamente a qualidade do acolhimento que os usuários recebem nos serviços que favorece a vinculação e impacta suas andanças pela RAPS, seja pelo lado do técnico que faz os encaminhamentos, seja pelo lado do paciente que demanda atendimento. Os serviços não garantem por si só o cuidado; o que faz a diferença é o trabalho realizado pelos profissionais ao lidar com as pessoas, como poderá ser observado nas entrevistas.

Ainda que o usuário do CAPS não chegue ao serviço, a equipe se responsabiliza por seu acompanhamento na RAPS, mantendo, assim, um cuidado continuado.

Geralmente, quando não procura, é porque deu alguma coisa de uma agitação, de alguma coisa mais agressiva que aconteceu à noite, ou que a família tem alguma dificuldade de levar, aí aciona o SAMU. Se a gente tiver vaga no acolhimento, a gente fala: A gente tem vaga no acolhimento, faz uma avaliação com ele aí, e já pode transferir para gente. (GL3)

O trabalho em rede, principalmente na interface com a atenção primária, emerge como fator extremamente significativo para a detecção da crise no território e para a construção de alternativas à internação psiquiátrica. Os agentes comunitários são fundamentais para o reconhecimento e intervenção precoce da crise no território, inclusive de pessoas que nunca estiveram em um serviço de saúde mental, possibilitando, muitas vezes, que se prescindia o uso de leitos dos CAPS III.

Via de regra, as pessoas que não são usuárias do serviço e que entram em crise procuram pelas emergências - sejam psiquiátricas, sejam CER -, como pode ser constatado no recorte da entrevista concedida pelo GL2:

Geralmente recorrem à emergência [...] O CER da Barra. Porque, geralmente, é um chamado de SAMU e aí a SAMU, ela trabalha com o direcionamento já dado pelo comandante dos Bombeiros, com um direcionamento já dado para as emergências. Isso é construído junto com a Superintendência de Saúde Mental, inclusive. (GL2)

Há, inclusive, situações em que o próprio CAPS III faz o encaminhamento do usuário não cadastrado no serviço para a emergência ou CER.

Os CAPS III deveriam estar de portas abertas durante todo o dia, sete dias por semana, aptos a acolher as crises (Brasil, 2002; Brasil, 2004). Contudo, isso não se aplica a todos os serviços do município do Rio de Janeiro, sobretudo após as cinco horas da tarde, quando não há psiquiatras disponíveis para avaliação de novos usuários.

Nesse sentido, o fluxo 24 horas ocorre em parceria com as emergências. O uso do WhatsApp® para a comunicação constante com os gestores dos CAPS e profissionais da emergência muitas vezes permite que internações não ocorram e que os pacientes sejam encaminhados para os CAPS III de acordo com a área programática.

[...] a gente tem um grupo (WhatsApp®) de crise no território do município todo. Todos os CAPS, emergências e tal. E tem o grupo da RAPS, que é só da 3.1. Então a gente já fica sabendo, apareceu no Pinel, o Pinel já: Gente, fulano, fulano apareceu na emergência, está aqui com a gente. (GL9)

Entretanto, esse grupo de monitoramento da crise eventualmente não funciona e o paciente acaba sendo internado.

O que acontece é, às vezes, esse fluxo com o CER Barra, que a gente tem o grupo, às vezes, isso fura. Aí eu fico sabendo que o fulano bateu no CER Barra e direcionaram ele para o Manfredini, por exemplo, mas isso tem sido muito raro de acontecer. Imediatamente a gente vai lá, tira o fulano do Manfredini e coloca dentro do CAPS. (GL7)

A análise do que foi discursivamente expresso pelos participantes deste estudo evidencia, como fatores facilitadores para o manejo da crise, o compartilhamento de casos e leitos de acolhimento noturno entre os CAPS III, a inserção da saúde mental nas CER e os grupos de WhatsApp®.

Diante do exposto, vale destacar a consciência e a capacidade crítica dos gestores, ao perceberem as falhas no sistema e elaborarem sugestões de melhorias para a atenção à crise no Rio de Janeiro.

Giddens (1984) enfatiza essa capacidade do “agente”, que, por meio da sua cognoscibilidade, faz reflexões sobre o contexto em que vive.

Os movimentos de articulações entre CAPS III, CER e emergências psiquiátricas configuram-se como polos de potência e resistência para efetivação da RAPS. Mais do que isso, as CER acabam sendo um serviço de emergência inserido em uma rede de outros serviços da RAPS, cumprindo a função de serem referência no atendimento diferenciado à crise, colocando-se à frente da estrutura hospitalar tradicional e das emergências psiquiátricas e mostrando-se essenciais para a assistência à crise no Rio de Janeiro.

A esse respeito, sabe-se que a desorganização das portas de entrada, bem como a ausência de portas de saída e fluxos de encaminhamento definidos e reconhecidos contribuem para a fragilidade dos processos de descentralização e conexão entre os pontos de atenção à saúde mental (Sampaio; Bispo Júnior, 2021). Logo, na RAPS do município do Rio de Janeiro, o acolhimento à crise ocorre pelas mesmas vias que sustentam as suas dificuldades, pois se, por um lado, demonstra integração da rede e êxito no redirecionamento do usuário em crise para serviços territoriais, por outro, põe em evidência a fragilidade do CAPS III enquanto dispositivo de acolhimento à crise.

Procedimentos em caso de crise nos CAPS

Os leitos de acolhimento representam o grande diferencial na assistência dos CAPS III, uma vez que são uma das possibilidades de evitar a internação em ambiente manicomial. Acerca disso, verifica-se que a abordagem do paciente em crise nos CAPS III não aparece de forma homogênea em todos os serviços, o que revela a inexistência de um protocolo de atendimento.

Todos os entrevistados falam sobre uma “direção de trabalho” mais geral dada pela superintendência de saúde mental, no sentido de acolher a crise nos CAPS III e evitar a internação. Com isso, os serviços acabam acolhendo e conduzindo a crise de acordo com seus próprios recursos físicos e relacionais.

As entrevistas revelam que há duas maneiras de organização da equipe técnica para o primeiro atendimento ou acolhimento à crise nos CAPS entre às 8 e 17 horas: por miniequipes ou por rodízio de plantões.

As miniequipes podem ser divididas de acordo com as equipes de saúde da família do seu território, ou, ainda, a partir de agrupamentos de profissionais de áreas distintas (psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, entre outros). Já as equipes de plantão são estabelecidas, em geral, apenas pela escala de profissionais designados para a função de acolhimento em um determinado dia da semana.

Na modalidade de miniequipe, o profissional que faz o primeiro atendimento não necessariamente ficará responsável pelo usuário a longo prazo, porque a referência do paciente é a pessoa que está mais próxima dele. Por essa lógica, quando um usuário do serviço chega em crise ao CAPS, esse profissional é convocado a fazer o atendimento.

O acolhimento diurno ou atendimento de primeira vez, organizado por equipes plantonistas, gerará, a partir desse primeiro atendimento, a nomeação de um técnico de referência que será responsável por esse usuário. O fato do profissional plantonista ter necessariamente que assumir o lugar de técnico de referência para o usuário que está chegando ao CAPS por vezes promove uma reação de fuga por parte do profissional. Em entrevista, gestor revela que: *“Ninguém quer ficar de plantão, porque sabe que vai precisar absorver os pacientes novos do serviço”* (GL1).

Ao comparar os dois modelos vigentes de organização das equipes dos CAPS III para acolhimento do usuário, parece que a organização em miniequipe possibilita melhor atenção, uma vez que há a possibilidade de criação de vínculo com mais de um técnico, ampliando (de modo mais consistente) as possibilidades de cuidado.

O conhecimento técnico para desenvolver a clínica da atenção psicossocial e o funcionamento da rede é fundamental para que haja articulação e integração entre os serviços, sejam eles da saúde em geral, ou apenas de saúde mental (Vieira et al., 2020). Seguindo essa premissa, seria compromisso dos serviços de saúde com a população proporcionar o melhor resultado possível, procurando atender às demandas dos usuários ainda que não tenham uma solução pronta, definindo-a junto aos serviços existentes na rede de atenção, sejam eles da atenção primária ou não. Tal articulação se dá a partir de “redes vivas” constituídas por diferentes pessoas no cotidiano (Merhy et al., 2014).

Como abordado em seção anterior, a ausência do profissional médico pode se mostrar como um obstáculo à atenção à crise. No entanto, para alguns interlocutores, essa ausência é absolutamente fundamental nesses atendimentos iniciais, para que a lógica da medicalização do adoecimento seja invertida.

A gente não bota médico, porque senão transforma o CAPS numa emergência de psiquiatria. As pessoas já buscam o CAPS como um local que tem médico. Então as pessoas vêm em busca do médico, em busca de prescrição. (GL13)

Para Moreira, Torrenté e Jucá (2018), na atenção à crise em saúde mental, o acolhimento deve ser ofertado de modo a garantir ao sujeito atenção integral e escuta qualificada. O que está em jogo é o reconhecimento do sofrimento psíquico enquanto experiência subjetiva, de forma a considerar o seu contexto de origem, bem como a singularidade do sujeito, suas potencialidades e modo de vida na condução da oferta de cuidados.

Para tanto, as relações de conhecimento devem ser pensadas pela lógica interdisciplinar, com fins a uma maior horizontalidade entre os atores e saberes, tendo em vista o bem-estar do usuário. As ações devem ser operacionalizadas por tecnologias capazes de assegurar a reabilitação psicossocial, como a produção do vínculo, o acolhimento, a autonomia e o protagonismo do sujeito (Mehry; Franco, 2003).

De um modo geral, todos os profissionais dos CAPS III são envolvidos na atenção à crise, ainda que o desenho de primeiro atendimento varie em função do tipo de regime adotado pelo serviço (miniequipes ou plantão).

No entanto, nem todos os serviços contam com profissional médico diariamente. Esse fato faz com que os pacientes que não são usuários dos serviços tenham que ser redirecionados para as emergências antes de dar entrada, sobretudo nos leitos de acolhimento. Há, então, um entrave entre a lógica interdisciplinar de atendimento à crise e o profissional, que legalmente pode admitir uma pessoa para internamento.

O médico e a prescrição medicamentosa são partes constitutivas da equipe e das ações de intervenção nos CAPS III e, portanto, precisam estar à disposição do usuário que chega ao serviço.

A prescrição torna-se medicalização quando é usada para reproduzir medidas de controle e tutela - ou seja, quando não há contratualidade, e tão somente o silenciamento do sofrimento psíquico, dificultando que o sujeito construa caminhos para significá-lo e lidar com ele (Zeferino, 2015).

Para Giddens (1984), as ações dos agentes podem apresentar consequências intencionais ou não - o fluxo da ação produz continuamente consequências que não estavam nas intenções dos atores. Os agentes, na Teoria da Estruturação, por mais que tenham conhecimento de suas práticas, não conseguem controlar todas as consequências de suas ações. As consequências, então, geram imprevisibilidade e realimentam as condições não reconhecidas da ação, assim como influenciam a ação de outros agentes. Ou seja, uma vez que os usuários não encontram atendimento médico, porque muitas vezes os serviços territoriais não conseguem fazê-lo, eles precisam recorrer a outros serviços.

A atenção à crise nos CAPS III no período noturno possui contornos bem diferentes da prestada em horário diurno, quando o profissional médico está disponível. Cabe ressaltar aqui que esse aspecto se refere ao usuário que ainda não está incluído como usuário do CAPS, pois, uma vez fazendo parte do sistema e sendo um paciente conhecido do médico, as orientações medicamentosas podem ser dadas mesmo na ausência do profissional, que pode ser acessado à distância.

Por esse raciocínio, o modo de organização das equipes para receber o usuário no serviço relaciona-se àquele que norteia o funcionamento do serviço em geral:

Na reunião de início de turno, a gente fala como foi a noite dos acolhidos, se dormiram, ou se não dormiram, se estão bem, se a medicação está fazendo efeito, ou se não está fazendo efeito. E isso é o pontapé inicial do dia. E a partir daí a gente já vai vendo como a gente vai lidar com as crises nesse dia. [...] No final do dia a gente tem a reunião de final de turno, em que também a gente vai dizendo o que que melhorou, o que que não melhorou. A equipe que está chegando de plantão, quais as possibilidades que eles vão ter à noite, o que que foi tirado de direção durante o dia. (GL11)

A intervenção será desenhada a partir de cada caso, entendendo que o acolhimento noturno não é a única estratégia de intervenção na crise.

Depende muito de cada situação... não necessariamente a crise vai precisar ser remetida ao leito de acolhimento à crise. Isso vai depender muito de qual suporte que o usuário tem, de qual rede a gente consegue construir. Em muitos momentos, a gente atende situações de crise no próprio território que não, necessariamente, precisam chegar no CAPS. (GL12)

O excerto da entrevista concedida pelo GL12 reitera a falta de direcionamento minimamente normativo para uma atenção à crise que menos impacte a variabilidade do acolhimento, mas que ainda assim seja uma clínica que coloque a doença entre parêntesis. Para Campos (2001), colocar a doença entre parêntesis é trazer para o foco o usuário, não negar a doença.

Para Lancetti (2016), um dos grandes obstáculos dos CAPS é a centralização em si mesmos e sua pouca abertura para o território. Isso pode ser traduzido em exigências rígidas de perfis para ingresso em tratamento ou rotinas engessadas, tornando muito difícil o acesso ao serviço.

Talvez o maior desafio para a RAPS do Rio de Janeiro seja estruturar uma política de acolhimento que contemple as idiosincrasias (do usuário, do território e das próprias manifestações da crise) sem ser meramente conduzida por elas. Nesse sentido, a perspectiva da linha de cuidado, enquanto estratégia de responsabilização territorial, pode ser uma tática de recolocar novas respostas. Assim, o conceito de linha de cuidado poderia ser uma perspectiva orientadora para um cuidado pautado na integralidade, envolvendo acompanhamentos contínuos e resposta conjunta ao cuidado, por meio de um pacto que mobilize todos os atores que controlam os serviços e recursos assistenciais.

A permanência ou não do usuário no serviço pode estar relacionada à avaliação da capacidade do serviço em lidar com uma dada situação clínica/sintomatológica, ou mesmo em função da ausência de vagas para acolhimento.

No que diz respeito à natureza das intervenções que os técnicos operam nos serviços, segundo os entrevistados, elas podem ser muito variadas, indo desde a circulação em torno do serviço, oficinas de escrita e desenho como recursos terapêuticos, atendimentos individuais, até o uso de medicação. Em geral, a marca do caráter territorial e coletivo se

evidencia nas abordagens. Sendo assim, a ampliação do olhar sobre o contexto social no qual o sujeito em crise está inserido possibilita uma maior compreensão desse fenômeno, além de abrir um leque de possibilidades de articulação para o cuidado.

Essas modalidades de intervenção operadas nos CAPS III coadunam-se a uma concepção de manejo da crise que considere e inclua toda a sua complexidade, ao apostar nas possibilidades de utilização de recursos variados, não invasivos e que emergem no acompanhamento do sujeito em crise, considerando diretrizes e a construção de vínculo (Tranquilli, 2017).

Estratégias do manejo da crise na pandemia

Diante de uma profunda crise mundial de saúde pública, com impactos óbvios e esperados na saúde mental da população, os serviços especializados em gerir essa demanda tiveram como desafios produzir cuidado territorial e respeitar as medidas de distanciamento social e todas as outras contingências da pandemia (Costa et al., 2020).

Sendo assim, a superintendência de saúde mental do Rio de Janeiro estabeleceu orientações aos serviços em 18 de março de 2020, a partir de uma nota técnica, a Resolução SMS nº 4333 (Rio de Janeiro, 2020), que veio a elencar algumas condições para o funcionamento das unidades de atendimento.

A crise em saúde mental na pandemia é um tema recente e a literatura sobre ele ainda é escassa. De todo modo, os dados deste estudo indicaram que as medidas adotadas pelos CAPS III no município do Rio de Janeiro, a partir da nota técnica, foram as mesmas que aquelas identificadas por Silva et al. (2022) e Barbosa et al. (2020). Em linhas gerais, a nota em questão dispunha sobre a organização da estrutura e rotina interna, mas, sobretudo, sobre a organização da assistência. As atividades coletivas foram suspensas e os projetos terapêuticos revisitados, com o intuito de verificar a possibilidade de redução de permanência no CAPS. A dispensação de medicamento foi alterada, de modo que os usuários pudessem fazer retiradas maiores, além da instauração da prescrição eletrônica e da entrega em domicílio de medicamentos sujeitos a controle especial.

Visando a garantia do cuidado, o acompanhamento e o fortalecimento do vínculo com o usuário, os profissionais

desenvolveram uma forma de intervenção remota – por meio de ligações telefônicas – para garantir a assistência terapêutica e o acompanhamento medicamentoso, além da busca ativa daqueles usuários que estavam afastados do serviço. Tais ações foram realizadas não somente pelos profissionais de referência que estavam nos serviços, mas também por aqueles que haviam sido afastados por serem mais suscetíveis a apresentar quadros graves de covid-19. Além disso, a supervisão de equipe e o matriciamento também assumiram um caráter remoto.

Minervino et al. (2020) sustentam, a partir de estudos internacionais publicados entre 2010 e 2020, a eficácia do teleatendimento em saúde mental enquanto recurso terapêutico mundial, com vistas a evitar contaminação pela covid-19, sobretudo em tempos de isolamento social.

Para Barbosa et al. (2020), o uso de tecnologias como contato telefônico, chamada de vídeo ou mensagem de WhatsApp® possibilita pensar a organização da rotina dos serviços e o manejo de situações críticas (e por vezes inesperadas) a partir da força do vínculo que se mantém com o usuário, situando-o como protagonista no seu cuidado em saúde mental.

A possibilidade de manutenção dessa inovação no cuidado psicossocial pareceu viável, ainda que não seja possível para alguns CAPS III, em função da gravidade dos transtornos mentais dos pacientes e da pobreza da população, o que inviabilizaria o acesso aos meios para a realização da comunicação virtual.

A Resolução SMS nº 4333 ainda previa que atendimentos necessitariam ser realizados presencialmente no serviço. Contudo, deveriam ocorrer em espaço aberto e os usuários que chegassem ao CAPS precisariam ser recebidos por um profissional de enfermagem para a realização de triagem básica para síndrome gripal. Em caso de necessidade de atendimento urgente, deveria ser avaliada, conjuntamente com a atenção primária, a realização de visita domiciliar.

Evidentemente, todas essas orientações da superintendência foram sendo ajustadas à realidade de cada unidade e, portanto, nem sempre foram cumpridas, cabendo trazer ao leitor algumas observações importantes a esse respeito.

Era recomendado que se desenvolvesse um trabalho com os usuários acerca das medidas

protetivas e de isolamento que vinham sendo prescritas à população geral, como higiene das mãos, uso de máscara e distanciamento social.

[...] alguns dizem que não é nada disso, que não tem coronavírus, que o coronavírus não pega. A gente está com um lá que diz que é Deus, ele está acolhido, e ele sendo Deus nada acontece com ele. Então ele não precisa de máscara. (GL3)

Esse achado corrobora as afirmações de Minervino et al. (2020) sobre os serviços de saúde mental serem mais propícios à contaminação pelo coronavírus, tanto pela forma de trabalho do CAPS – que prioriza a interação social –, quanto pela dificuldade de os pacientes compreenderem a necessidade do uso de máscara e higiene das mãos. Isso se intensifica por aspectos ligados ao próprio quadro de sofrimento mental. Portanto, a realização desse protocolo dependia, em boa parte, do estado psíquico do paciente.

Ainda que as atividades coletivas e a maioria dos atendimentos presenciais tivessem sido interrompidas, a atenção às situações de crise se manteve desde o início da pandemia, dada a impossibilidade de sua interrupção e a expectativa de que a pandemia impactasse mais severamente pessoas em sofrimento mental. Assim, ajustes institucionais precisaram ser feitos, como a criação provisória de uma enfermagem de covid-19 para atenção à crise.

A Resolução SMS nº 4333 de 2020 trouxe orientações específicas para a organização dos CAPS III, tais como a reorganização dos espaços de acolhimento noturno e o monitoramento dos casos com sintomas respiratórios, com os devidos cuidados relativos à exposição da equipe e dos outros usuários.

À medida que a pandemia avançou, os serviços foram entendendo como manejar essas situações de crise e covid-19, criando alternativas para que o paciente permanecesse nos CAPS III. Foi preciso criar estratégias para lidar com usuários que estivessem no acolhimento noturno e apresentassem sintomas gripais. Passados os 90 dias da nota técnica, as modificações que permaneceram nos serviços foram, basicamente, a suspensão das atividades coletivas e a suspensão ou adequação de visitas domiciliares ou idas ao território.

De modo geral, verificou-se nos serviços uma falta de homogeneidade na atenção durante a pandemia,

relacionada a insuficiências estruturais já existentes, como o aparato físico e pessoal de cada serviço. Contudo, todos os CAPS III tiveram acesso ao material de Equipamento de Proteção Individual (EPI), tanto para a equipe técnica quanto para os usuários.

Foi justamente esse período de afastamento que evidenciou a potência da convivência física entre os profissionais e usuários - e também entre os próprios usuários - no cotidiano do CAPS. Além disso, ficou patente como essa convivência aplaca o sofrimento, possibilita a construção singular e coletiva na vida de cada um e reforça o lugar do CAPS como uma referência de cuidado e acolhimento para usuários e familiares, que pode ser constatada na manutenção dos laços por meio do cuidado remoto.

Considerações finais

Constata-se, a partir desta pesquisa, que o município do Rio de Janeiro apresenta um modelo de atenção à crise em rede de atenção centralizada e rede integrada, uma vez que apresenta grande integração da rede de urgência com a RAPS - sobretudo com os CAPS III - e as situações de crises são atendidas preferencialmente em serviços específicos. Nesse sentido, as CER representam um dispositivo central para que a atenção à crise não resulte em atendimentos pontuais nem em isolamentos por longos períodos, claramente fazendo parte do projeto terapêutico, uma vez que estabelece parceria com os CAPS III para rápida identificação dos usuários por área programática e para encaminhamento para os serviços territoriais. Desse modo, foi possível mudar significativamente a rota dos usuários em crise dos manicômios para os serviços territoriais.

Tanto a inserção das emergências psiquiátricas nas CER quanto os grupos de crise no WhatsApp® foram absolutamente essenciais para o sucesso desse acolhimento fora do ambiente manicomial, à medida que viabilizam uma boa integração com a rede de urgência e a segurança aos profissionais que estão nos CAPS III de receber um usuário clinicamente “estável”. Dessa forma, o emprego de tentativas semelhantes pode auxiliar para a integração com a rede de urgências em outros municípios.

Ainda que a superintendência tenha dado à equipe uma direção de trabalho, na prática, as condutas

mostraram-se heterogêneas. Isso pode estar relacionado a diversos fatores, como: concepções variadas acerca do fenômeno, questões territoriais, composição técnica e estrutural dos serviços e dos dispositivos disponíveis em cada área programática, falta de orientação mais sistematizada etc. Ainda que se considere toda a complexidade da experiência da crise e a aposta na utilização de recursos variados, não invasivos e não reducionistas, não há diretrizes mais específicas que ordenem os fluxos.

Muito já se tem realizado e proposto para a atenção em saúde mental e, ao longo do processo da RPB, vários avanços foram alcançados. Cabe aos profissionais da saúde proporcionar o cuidado de qualidade com ênfase no acolhimento e acompanhamento contínuos, utilizando os dispositivos da RAPS. Cabe aos gestores compreender o processo de desinstitucionalização, propiciando espaços coletivos para troca de saberes e oficinas que trabalhem os novos conceitos de rede, colaborando dessa forma para uma mudança no processo de trabalho das equipes.

Nesse sentido, o uso dos recursos alocativos e autoritativos, assim nomeados por Giddens (1984), produziu nos gestores um monitoramento reflexivo. A mobilização desses recursos mostrou o quanto o subfinanciamento ainda é um grave problema na saúde mental.

Ainda assim, pela perspectiva de Giddens, os CAPS III têm legitimidade para cumprir o papel de atender à crise em saúde mental. Os gestores utilizam da melhor forma possível os insuficientes recursos disponíveis para o atendimento. Há coerção no que diz respeito ao recurso humano e ao acesso ao leito.

Por fim, os novos serviços, sobretudo os CAPS III, necessitam de profissionais capacitados para operar dentro de novas estratégias. O processamento de reformulação do modelo de assistência não se dará somente por medidas de cunho normativo, mas, fundamentalmente, pelas rupturas realizadas nos micro-espacos e a partir da desconstrução do modelo manicomial, fortemente arraigado nos profissionais e no senso comum. Para isso, é imprescindível a construção de uma clínica em que o trabalho seja multidisciplinar e que o cuidado ofertado se molde à especificidade da demanda e crie possibilidades de vida, viabilizando a inclusão destes indivíduos em uma sociedade que possa olhar a loucura como apenas mais uma forma de existir.

Referências

- BARBOSA, A. S. et al. Processo de trabalho e cuidado em saúde mental no centro de atenção psicossocial da UERJ na pandemia de covid-19. *Brazilian Journal of Health and Biomedical Sciences*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 11-19, 2020. DOI: 10.12957/bjhbs.2020.53527
- BARROS, R. E. M.; TUNG, T. C.; MARI, J. J. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental Brasileira. *Brazilian Journal of Psychiatry*, São Paulo, v. 32, n. suppl. 2, p. S71-S77, 2010.
- BONFADA, D. et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 555-560, 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012000200028
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 fev. 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prto336_19_02_2002.html>. Acesso em: 5 jan. 2024.
- BRASIL. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde e Debate*, Londrina, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-333764>>. Acesso em: 5 jan. 2024.
- CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. DOI: 10.1590/S1413-81232000000200002
- CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2015.
- CAMPOS, P. Crise, rede e hospitalidade: uma abordagem para a reforma psiquiátrica. In: JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. de A.; SILVA, P. R. F. (Org.). *Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 161-199.
- COSTA, W. D. da et al. Impactos da pandemia de coronavírus em um caps infantojuvenil do distrito federal. *Health Residencies Journal*, Brasília, DF, v. 1, n. 1, p. 1-20, 2020. DOI: doi.org/10.51723/hrj.v1i1.19
- DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise - estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: DELGADO, J. (Org.). *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Resenha, 1991. p. 53-79.
- DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. D. C. (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Nau, 2005. p. 161-194.
- DESLAURIERS, J. P.; KÉRISIT, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, J. et al. (Org.). *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 127-53.
- DIMENSTEIN, M. et al. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. *Revista Polis e Psique*, Porto Alegre, v. 2, n. 3, p. 95-127, 2012. DOI: 10.22456/2238-152X.40323
- FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/sabrinaferigato20070a_tendimentoacrise.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2024.
- FURTADO, J. P. et al. A concepção de território na saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, p. 1-15, 2016. DOI: 10.1590/0102-311X00059116
- GIDDENS, A. *A constituição da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1984.
- LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2016.
- MATOS, P. V. de. *O CAPS e o território: a construção de redes para o cuidado a partir da implantação de um CAPS III*. 2019. 186 f. Dissertação (Mestrado em Atenção Psicossocial). - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Rio de Janeiro, 2019.
- MELZER RIBEIRO, D. L. et al. Abordagem na emergência psiquiátrica. In: MIGUEL, E. et al. (Ed.). *Clínica psiquiátrica de bolso*. Barueri: Manole, 2014.
- MERHY, E. E. et al. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações

para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Revista Divulgação Saúde para o Debate*, Londrina, v. 52, p. 153-164, 2014. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-774076>>. Acesso em: 5 jan. 2024.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelo tecno-assistenciais. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-394033>>. Acesso em: 5 jan. 2024.

MINERVINO, A. J. et al. Desafios em saúde mental durante a pandemia: relato de experiência. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 28, n. 4, p. 647-654, 2020. DOI: 10.1590/1983-80422020284428

MOREIRA, C. P.; TORRENTÉ, M. de O. N. de; JUCÁ, V. J. dos S. Análise do processo de acolhimento em um centro de atenção psicossocial infantojuvenil: considerações de uma investigação etnográfica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 22, n. 67, p. 1123-1134, 2018. DOI: 10.1590/1807-57622017.0500

O'DWYER, G. Estudos de políticas e a teoria da estruturação de Giddens. In: BAPTISTA, T. W. F.; AZEVEDO, C. S.; MACHADO, C. V. (Orgs). *Políticas Planejamento e Gestão em Saúde: abordagens e métodos de pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. p. 173-192.

O'DWYER, G.; MATTOS, R. A. Teoria da estruturação de Giddens e os estudos de práticas avaliativas. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 609-623, 2010.

OLIVEIRA, E.; SZAPIRO, A. Porque a reforma psiquiátrica é possível. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. spe3, p. 15-20, 2020. DOI: 10.1590/0103-11042020E302

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Municipal de Saúde. Resolução SMS Nº 4333 de 18 de março de 2020. *Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, 19 mar. 2020. Disponível em: <<https://pge.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTAoNTQ%2C>>. Acesso em: 5 jan. 2024.

SANTOS, M. O retorno do território. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A. de; SILVEIRA, M. L. (Org.).

Território: globalização e fragmentação. São Paulo: Hucitec/Anpur, 1994. p. 15-20.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de atenção psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00042620

SOUSA, F. S. P.; SILVA, C. A. F. E.; OLIVEIRA, E. N. Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 796-802, 2010.

SILVA, J. B. et al. Assistência em saúde mental em um CAPS em tempos de Covid-19: revisão integrativa da literatura. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 8, n. 3, p. 18864-18874, 2022.

TRANQUILLI, A. G. *Intensificação de cuidado na atenção à crise: uma etnografia das práticas no campo de álcool e outras drogas*. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2017.

VIEIRA, S. M. et al. Rede de atenção psicossocial: os desafios da articulação e integração. *Revista Psicologia Política*, Florianópolis, v. 20, n. 47, p. 76-86, 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100007>. Acesso em: 5 jan. 2024.

ZEFERINO, M. T.; RODRIGUES, J.; ASSIS, J. T. (Org.). *Crise e urgência em saúde mental: organização da atenção psicossocial à crise em rede de cuidado*. 4. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

Contribuição dos autores

Coutinho; O'Dwyer: concepção, delineamento do campo de pesquisa, redação e revisão crítica do artigo. Portugal: redação e aprovação da versão do artigo a ser publicada. Nunes: aprovação da versão do artigo a ser publicada.

Recebido: 25/5/2023

Reapresentado: 25/5/2023

Aprovado: 12/8/2023