

## **ATENÇÃO À CRISE EM SAÚDE MENTAL: UM DESAFIO PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

**Attention to crisis in mental health: a challenge for the brazilian psychiatric reform**

**Atención a la crisis en salud mental: un desafío para la reforma psiquiátrica brasileña**

Karine Dutra Ferreira da Cruz  
André Vinicius Pires Guerrero  
June Scafuto  
Nadjanara Vieira  
*Fundação Oswaldo Cruz*

### **Resumo**

Respostas ofertadas para situações de crise em saúde mental no SUS são um analisador sobre a reforma psiquiátrica brasileira. Esta propõe um cuidado que resguarde os direitos dos usuários, privilegiando acolhimento, vínculo, território e rede de relações. O modelo manicomial institucionaliza o cuidado em estruturas hospitalares que violam direitos e desterritorializa os usuários por meio do confinamento, gerando rompimento de vínculos e exclusão social. Há um constante tensionamento entre estes modelos de compreensão da loucura e do cuidado ofertado nas situações de crise. Neste ensaio, os autores discorrem sobre aspectos que consideram relevantes para reversão do modelo de atenção à crise em saúde mental. Para tal, tomam como base a análise de normativas, documentos e iniciativas do Ministério da Saúde. Consideram necessário que a atenção às situações de crise seja feita dentro de uma rede de cuidados territorial, comunitária e intersetorial, que leve em consideração as necessidades dos usuários.

**Palavras Chaves:** Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental; Crise; Internação Psiquiátrica

### **Abstract**

Responses offered for crisis situations in mental health, in the brazilia, health system is an analyzer on the brazilian psychiatric reform. It proposes a type of care that safeguards users rights, privileging reception, bond, territory and network of relations. The manicomial model institutionalizes care in hospital structures that violate users rights and deterritorializes them through confinement, generating rupture in social connections and social exclusion. There is constant tension between these two models of understanding insanity and the care offered in crisis situations. In this essay, the authors debate aspects they consider relevant for the reversal of mental health crisis attention model. To this end, they rely on the analysis of regulations, documents and initiatives of the Ministry of Health. They find it necessary for attention to crisis situations to be made within a territorial, community based and intersectoral care network, taking into account the users needs.

**Key Words:** Psychiatric Reform; Mental Health; Crisis; Psychiatric Hospitalization

### Resumen

Respostas ofertadas para situaciones de crisis en salud mental en el SUS es un analizador de la reforma psiquiátrica brasileña. Propone un cuidado que resguarde los derechos de los usuarios, privilegiando acogida, vínculo, território y red de relaciones. El modelo de manicomio institucionaliza el cuidado en estructuras de hospitales que violan derechos y desterritorializa a los usuarios por medio del confinamiento, generando ruptura de vínculos y exclusión social. Hay una constante tensión entre estos modelos de comprensión de la locura y del cuidado ofrecido en las situaciones de crisis. En este ensayo, los autores discurren sobre aspectos que consideran relevantes para revertir el modelo de atención a la crisis en salud mental. Para ello, se basa en el análisis de normativas, documentos e iniciativas del Ministerio de Salud. Consideran necesario que la atención a las situaciones de crisis sea hecha dentro de una red de cuidados territorial, comunitaria e intersectorial, que tenga en cuenta las necesidades de los usuarios. **Palabras clave:** Reforma Psiquiátrica; Salud Mental; Crisis; Internación Psiquiátrica.

### INTRODUÇÃO

Este ensaio tem como objetivo discutir questões relativas à atenção às situações de crise em saúde mental sob a perspectiva da análise de normativas, documentos e iniciativas estratégicas da gestão federal do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no período de 2011 a 2015. Consideramos que situações de crise em saúde mental se configuram como um desafio para a efetiva reorientação do modelo de atenção à saúde mental no Brasil. A reforma psiquiátrica propõe o cuidado territorial em serviços de base comunitária, priorizando a constituição de vínculos e a salvaguarda dos direitos humanos, tendo a internação psiquiátrica como última alternativa, quando esgotadas outras estratégias de cuidado, conforme preconiza a Lei 10.216/2011 (Brasil, 2001).

Ao realizar um balanço da reforma psiquiátrica brasileira, Ana Pitta (2011) constata os avanços obtidos no processo de reorientação do modelo:

O sucesso da reforma reside na percepção da necessidade da construção de um amplo espectro de cuidados para sustentar a existência de pessoas/usuários/pacientes que, sem isso, estariam condenados a perambular pelas ruas abandonados, ou, a vegetar em manicômios em longas internações (p. 4588).

A instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela Portaria GM/MS nº 3088/2011 (Brasil, 2011c), posteriormente incorporada pela Portaria de Consolidação de GM/MS nº 3/2017 (Brasil, 2017), é considerada um marco no campo da saúde mental brasileira. Um dos objetivos da RAPS é “garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências”. Recomenda, ainda, que os pontos de

atenção da RAPS na atenção de urgência e emergência se articulem com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais devem realizar o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas. Nesse sentido, cabe a esse dispositivo, articular e coordenar o cuidado nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório.

A questão aqui levantada é se o cuidado ofertado nos momentos traduzidos como situações de crise, ainda é marcado pela institucionalização e por medidas involuntárias como principal resposta. Infere-se que são nesses momentos em que mais frequentemente se recorre a procedimentos típicos do chamado modelo asilar, que incluem contenção física, medicalização excessiva, tutela, controle e violência contra as pessoas em sofrimento mental intenso. A crise representa, portanto, um aspecto analisador para a discussão acerca da reorientação do modelo de atenção em saúde mental que se busca implantar no Brasil desde o período da redemocratização.

A atenção à crise em saúde mental se constitui como um aspecto decisivo para indicar se a rede de atenção fornece uma resposta manicomial ou promotora de saúde mental (e protetora de direitos) nos momentos de maior fragilidade e sofrimento do usuário. De acordo com a percepção e experiência dos autores deste ensaio, historicamente no Brasil existe um cenário em que a assistência à pessoa com transtornos mentais em situações de crise é marcada pela institucionalização, pelo isolamento, por medidas involuntárias e pela violação de direitos humanos. Essa assistência acontece muitas vezes em manicômios, hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas que são estruturas que servem à segregação, ao controle, à tutela e a produção de estigma. Segundo informações do relatório de avaliação dos hospitais psiquiátricos no âmbito do SUS (Ministério da Saúde, 2011), 75% dos hospitais psiquiátricos são de natureza privada e prestam atendimento aos usuários do SUS. Nos hospitais privados 35% das internações se estendem por mais de um ano, ao passo em que nos hospitais públicos esse percentual é de 47%.

A atenção à crise quando operada dentro do modelo asilar produz afastamento do sujeito de seu meio, de sua comunidade, pela via da desterritorialização e das longas internações, que historicamente produzem moradores de hospitais psiquiátricos. Em contraposição a este modelo, desde os anos 2000 o Brasil investe na construção de uma política substitutiva pautada pelos princípios da atenção psicossocial. Inspirado na Declaração de Caracas de 1990 e na Constituição Federal de 1988, o país tem produzido um arcabouço normativo próprio, que inclui: a Lei Federal 10216/2001; quatro Conferências de Saúde Mental, entre elas a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial de 2010; o Decreto nº 7.508/2011 e a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 que reúne em uma única normativa 68 portarias do Ministério da Saúde. Entendemos, portanto, que a reforma psiquiátrica é um movimento contra hegemônico.

Para Alves e Francisco (2009) o modelo de atenção psicossocial é uma busca pela superação não só da dualidade saúde-doença, sujeito-objeto, individual-social, mas também um questionamento sobre a verticalidade do tratamento e sobre o poder biomédico. Para esta tarefa, a proposta brasileira de transformação do modelo de atenção à saúde mental encontrou na experiência da psiquiatria democrática italiana sua maior inspiração, valorizando as ideias de atenção psicossocial e de território (Tenório, 2002).

Os avanços obtidos nos últimos 15 anos com a progressiva reversão do modelo de atenção em saúde mental, particularmente a partir de 2011 com a implantação da Rede de Atenção Psicossocial, significaram a redução do número de leitos em Hospitais Psiquiátricos incidindo em aumento de cobertura e diversificação de serviços, elaboração de protocolos de saúde mental para o SAMU e o investimento em ações de Educação Permanente presenciais e Cursos na Modalidade Ensino à Distância (EAD).

No período de 2002 a 2015, foram fechados 26.267 leitos em hospitais psiquiátricos no país. Vale a pena destacar que no início dos anos 1990 existiam 85 mil leitos em hospitais psiquiátricos, que representavam a segunda maior despesa do sistema público de saúde e proporcionalmente 19% de todos os leitos do SUS, apenas superados pela clínica médica, que possuía 21% de todos os leitos (Brasil, 2016).

No que diz respeito ao financiamento público federal, houve uma inversão dos gastos a partir da promulgação Lei 10.216/2001, com crescente diminuição dos investimentos na rede hospitalar especializada e aumento de investimentos na rede comunitária de serviços. Até 2002, um ano depois da referida, 75% dos gastos públicos destinados à saúde mental no SUS era destinado à atenção hospitalar especializada (Brasil, 2016).

No entanto, desde 2017, o Ministério da Saúde vem instituindo alterações em suas normativas, o que é visto pelos autores como uma ameaça de retrocesso para a reforma psiquiátrica. A Portaria GM/MS nº 3588/2017 (Brasil, 2017b) altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 já mencionada, incluindo o Hospital Psiquiátrico Especializado e o Hospital Dia entre os pontos de atenção da RAPS. Posteriormente, em 2018, foi publicada a Portaria GM/MS nº 2434 (Brasil, 2018), que reajusta o valor das diárias de internação hospitalar nos Hospitais Psiquiátricos. Essas novas normativas indicam mudanças importantes na direção do financiamento e apoio às ações que competem à Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD) do Ministério da Saúde, ao direcionarem o financiamento público para serviços supostamente especializados. Viveremos um retrocesso ao modelo hospitalocêntrico? É certo que o tensionamento entre um modelo de atenção que tem como norte ético o cuidado em liberdade e o modelo que privilegia a internação em hospitais psiquiátricos nunca deixou de existir.

A reforma é processual e ainda está em curso e a atenção à crise mostra-se como um analisador do modo de funcionamento da rede de cuidados, instaurando a reflexão crítica

sobre a permanência de práticas marcadas pela institucionalização e violação de direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

### **CONCEITUANDO AS CRISES EM SAÚDE MENTAL**

Dell'Acqua & Mezzina (1991) ressaltam que as definições de crise remetem, necessariamente, às percepções e concepções definidas socialmente acerca do que se entende por aceitável naquele momento histórico, dentro dos parâmetros de normalidade vigentes, como também às respostas do sistema de saúde a tais situações.

A palavra crise pode ser entendida como alteração, desequilíbrio repentino, estado de dúvida e incertezas, tensão, conflito, do latim *crisis* (Cunha, 2010).

A palavra crise vem do grego *krisis*, que significava, na sua origem, momento de decisão, de mudança súbita; separar, decidir, julgar. Na história da Medicina, segundo antigas concepções, constituía um momento decisivo para evolução de uma doença para cura ou para morte. Para os chineses significa, ao mesmo tempo, risco e oportunidade (Brasil, 2013, p.100)

De acordo com a perspectiva de Dell'Acqua & Mezzina (1991), no caso das crises psíquicas, o desarranjo, o desespero, as vozes, visões ou a eclosão psicótica expressam também uma tentativa de cura ou de resolução de problemas e sofrimentos cruciais na vida da pessoa, de um núcleo familiar e social. Na perspectiva da atenção psicossocial, os sintomas devem ser acolhidos e validados e não necessariamente suprimidos. Adotaremos aqui a descrição feita por Dell'Acqua & Mezzina (1991), que consideram “situações de crise” aquelas que respondem a três dos cinco parâmetros por eles definidos:

- Grave sintomatologia psiquiátrica aguda;
- Grave ruptura de relação no plano familiar e/ou social;
- Recusa dos tratamentos por afirmação da não necessidade do tratamento, embora aceite o contato;
- Recusa obstinada do contato propriamente dito;
- Situações de alarme no contexto familiar e/ou social com incapacidade pessoal de contorná-las.

Todos esses aspectos refletem a complexidade presente nas situações de crise em saúde mental que acabam se configurando como urgência ou emergência psiquiátrica, trazendo à tona os diferentes modos de expressão do sofrimento, as diversas formas de abordagem dos processos saúde/doença, a necessária rede de suporte e a possibilidade de acesso aos serviços de saúde.

Jardim e Dimenstein (2007) salientam que a crise se torna urgência a partir da avaliação dos responsáveis pelo indivíduo que, ao perceberem alterações no comportamento, acionam o serviço de saúde mental. Dessa forma, uma urgência psiquiátrica caracteriza-se por uma situação de desorganização de afetos, pensamentos e comportamentos de tal forma disruptiva que o sujeito, familiares ou sociedade consideram a necessidade de cuidado imediato. Assim, a crise transmuta-se em urgência à medida em que interfere, de forma incisiva, na rotina familiar e mesmo do serviço de saúde a ele vinculado.

Costa (2007) adverte para o fato de que, no decorrer da história da psiquiatria, as diversas tentativas de resposta a situações de crise ou de “emergências psiquiátricas”, além de não demonstrarem resolutividade, acabaram por transformar-se em instrumento de normalização e de violência, fortalecendo a dependência em relação ao hospital psiquiátrico. São características dessa visão as seguintes premissas e ações:

- Redução da situação de crise a sintomas e a comportamentos “bizarros”, além da tendência a considerá-los como patológicos e anormais.
- Associação com periculosidade.
- Intervenções que priorizam a redução dos sintomas a curto prazo.
- Tentativa de imposição de normas.
- Ênfase na concepção de crise como déficit, desrazão, impossibilidade e incapacidade.
- Descontextualização da crise em relação ao momento de vida do sujeito.
- Utilização frequente de contenções físicas e de eletrochoques, além da priorização da terapêutica medicamentosa.
- Medidas involuntárias acontecem como regra e não como exceção;
- Ênfase na tutela e no controle como estratégia de contenção da crise.
- Predomínio da internação psiquiátrica.

As respostas comumente utilizadas para as situações de crise demonstram o que é apontado por Silva e Fonseca (2005): o modelo asilar tem sido tradicionalmente custodial, médico-centrado, caracterizado pelo aspecto de estruturas físicas fechadas, focado na adaptabilidade social da pessoa com transtorno mental, tornando-o objeto de intervenção, e deixando nas mãos dos profissionais, principalmente o médico, a posse exclusiva da condução das medidas terapêuticas para essas pessoas.

Lobosque (2013) assinala que os princípios norteadores para abordagem às situações de crise no âmbito da política brasileira de saúde mental são: acolhimento, autonomia, garantia de direitos, cuidado pactuado, mediação de conflitos e medidas involuntárias como exceção. A autora destaca o desafio da produção de ações e serviços organizados em redes que efetivamente respondam às necessidades das pessoas em seus contextos de vida, garantam o cuidado em liberdade e propiciem novas possibilidades para a

vida, devendo incluir necessariamente o estabelecimento de novas estratégias para responder às situações de intenso sofrimento e fragilidade. É neste sentido que a desinstitucionalização desponta como norte ético para o cuidado na Rede de Atenção Psicossocial. Desinstitucionalização como prática de cuidado e sustentada por dispositivos e serviços intersetoriais que salvagam os direitos das pessoas com transtorno mental, conforme determina a Lei 10.216/2001.

### **O CUIDADO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE EM SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO SUS**

A instituição da Lei 10.216/2001 garantiu uma base legal para fortalecimento do processo de reforma psiquiátrica em curso no Brasil. Como uma de suas premissas, aponta a necessidade de atenção contínua, com foco em serviços que funcionem 24 horas (Brasil, 2001). Entre os anos de 2010 e 2011, o Ministério da Saúde publicou uma série de portarias regulamentando serviços e redes temáticas no âmbito do Sistema Único de Saúde, incluindo a Rede de Atenção Psicossocial. A proposta de organização desta rede com bases nas normativas nacionais será apresentada com vistas a contribuir com o debate sobre a atenção à crise no contexto de organização da Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 3088/2011, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), são os serviços de referência para atenção em saúde mental. Pontos de atenção que realizam ações de caráter territorial e comunitário, visando a substituição do modelo asilar manicomial por meio de cuidados que possibilitem a ampliação do exercício de direitos sociais e a salvaguarda dos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2011c). Organizam-se de modo a promover espaços de trocas e de participação social, respeitando a diversidade. Os CAPS possuem o intuito de articular e ativar recursos existentes nas redes de saúde e intersetorial com vistas à reabilitação psicossocial, e devem se propor a assumir a garantia do acolhimento às situações de crise em saúde mental.

O cuidado é articulado por meio de Projetos Terapêuticos Singulares, envolvendo em sua construção os usuários, suas famílias e seus contextos, requerendo constantes mediações dos profissionais em abordagens territoriais. Além disso, realizam apoio matricial a outros pontos de atenção, garantindo sustentação qualificada tanto nos acompanhamentos longitudinais, quanto nas ações de urgência (Kinoshita, 2014).

Os leitos saúde mental em Hospital Geral foram instituídos pela Portaria GM/MS nº 148/2012 (Brasil, 2012). Devem oferecer suporte hospitalar em saúde mental com retaguarda para internação de curta ou curtíssima duração. O acesso aos leitos deve ser regulado a partir de critérios clínicos, respeitados os arranjos locais de gestão. Seu objetivo é

o restabelecimento de condições clínicas ou investigação de comorbidades responsáveis por agravamentos. Deve funcionar de forma articulada a outros pontos de atenção, garantindo a preservação de vínculos e a continuidade do cuidado. Entre os componentes da RAPS não se inclui o hospital psiquiátrico. A internação, quando se fizer necessária, deve ocorrer no hospital geral.

O artigo 4º da Lei 10.216/2001 determina que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes. Na visão dos autores, este é um ponto de fragilidade da lei e, ao mesmo tempo, decisivo para a atenção à crise. A fragilidade se deve ao fato de que a avaliação da suficiência ou insuficiência dos recursos é extremamente subjetiva, reforçando uma prática no campo da saúde mental e da psiquiatria marcada pela inexistência de critérios clínicos claros a respeito da necessidade de internação.

O Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial, realizada em Brasília no ano de 2010, traz como princípios e diretrizes gerais para atenção a crise em saúde mental que:

A consolidação da reforma psiquiátrica exige a priorização, por parte dos gestores dos níveis federal, estadual e municipal, da atenção à crise no âmbito da rede substitutiva em saúde mental, considerando sua importância fundamental na implementação de processo efetivo que possibilite a extinção dos hospitais psiquiátricos e de quaisquer outros estabelecimentos em regime fechado (p.74).

Aqui vale ressaltar que as Conferências de Saúde, por reunirem representações de diversos segmentos, tais como gestores e prestadores de serviços, trabalhadores, sociedade civil organizada e usuários, são estratégicas para a gestão participativa no Sistema Único de Saúde (SUS).

A análise de portarias do Ministério da Saúde que instituem a RAPS e seus componentes, já citadas neste ensaio, mostra que essa rede se caracteriza pela diversificação de pontos de atenção e possibilidades de arranjos para intervenção em saúde mental. Se antes a resposta às situações de crise era circunscrita à internação em hospitais psiquiátricos, o novo modelo propõe diversos pontos de atenção para acolhimento a essas situações, incluindo o papel estratégico dos Centros de Atenção Psicossocial, Atenção Básica, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Unidade de Pronto Atendimento, Pronto Socorro e Hospitais Gerais. Será justamente a articulação entre a diversidade desses pontos de atenção que viabilizarão a atenção qualificada às situações de crise na Rede de Atenção Psicossocial.



Entre as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde, principalmente no período de 2011 a 2015, para apoio ao desenvolvimento de redes de atenção, destaca-se também o Apoio Institucional aos estados e municípios e a destinação de recursos públicos para expansão da RAPS. A indução financeira foi acompanhada da estimulação para criação de iniciativas da gestão municipal no sentido da construção de critérios para regulação de acesso que privilegiasse a atenção psicossocial, bem como para articulação dos serviços para funcionamento em rede e não como pontos isolados e encerrados em si mesmos.

Nesse sentido, Yasui e Costa-Rosa (2008) destacam que “as transformações propostas pelo complexo campo da Reforma Psiquiátrica brasileira apresentam grandes desafios, especialmente aos profissionais de saúde que cotidianamente têm a tarefa de expandir e consolidar essa mudança” (p. 29). Para isso, os referidos autores destacam a formação permanente como um dos principais instrumentos. Afirmam ser necessário a instituição de um paradigma que situe a saúde mental no campo da saúde coletiva, que compreenda o processo saúde-doença como resultante de processos sociais complexos e que demandam uma abordagem interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial, com a conseqüente construção de uma diversidade de serviços territorializados de atenção e de cuidado. Estas questões demandam habilidades dos profissionais da Rede de Atenção que não costumam ser abordadas na educação universitária formal e nem no cotidiano dos serviços.

O Projeto Percursos Formativos na RAPS<sup>1</sup> foi outra estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para apoiar esse processo de desenvolvimento das redes (Assis et al, 2015; Scafuto, 2017). O Percursos Formativos construiu uma linha de ação e formação para a qualificação da atenção à crise. Além disso, foram ofertados cursos de capacitação na modalidade EAD, desenvolvidos em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina. A indução à formação e educação permanente foi uma estratégia utilizada durante esse período, como meio de reconhecimento das boas estratégias de cuidado às situações de crise, além de viabilizar sua propagação e sedimentação, promovendo processos riquíssimos de trocas de experiências entre profissionais, gestores e usuários de diversos municípios brasileiros.

A qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização, constitui diretriz também instituída por portaria. A atenção às urgências é regulamentada pela Portaria GM/MS nº 1600/2011 (Brasil, 2011d), também incorporada pela

---

<sup>1</sup>Estratégia de educação permanente implementada pelo Ministério da Saúde em parceria com a Fiocruz entre os anos de 2014 e 2016, para qualificação das ações territoriais em saúde mental, pautada pelos princípios da Política Nacional de Educação Permanente para a Saúde, que teve como premissa o aprendizado entre pares, horizontal, com base na experiência do cotidiano dos serviços da RAPS e a partir das necessidades reais de cuidado dos usuários.

Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 (Brasil, 2017), que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. O SAMU tem como objetivo prestar atendimento imediato e humanizado às urgências e emergências de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas e de saúde mental, garantindo atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. A partir de acionamento telefônico pelo número 192 e regulação da demanda de atendimento, presta assistência no menor tempo resposta possível, articulando e favorecendo o acesso a outros pontos de atenção que se façam necessários na atenção hospitalar ou de seguimento longitudinal, como os CAPS ou Unidade Básica de Saúde.

Com o objetivo de qualificar a assistência prestada pelo SAMU, durante o ano de 2014 o Ministério da Saúde instituiu um grupo de trabalho para elaboração de protocolos de saúde mental. Este grupo de trabalho foi composto por profissionais e gestores de diversos SAMU do Brasil e por técnicos do Ministério da Saúde. Foram elaborados os seguintes protocolos de saúde mental, publicados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2016), tanto para as unidades de suporte básico de vida, quanto para as unidades de suporte avançado de vida:

- Manejo da crise em saúde mental
- Agitação e situação de violência
- Intoxicação e abstinência alcoólica
- Intoxicação por drogas estimulantes
- Autoagressão e risco de suicídio

De acordo com os protocolos de saúde mental para o SAMU 192 (Brasil, 2016), o bom manejo das situações de urgência e de crise considera a autonomia do usuário. Ruptura sintetiza a situação de crise, ruptura de equilíbrios, de vínculos, de relações de confiança. E a tarefa para o bom manejo se resume na palavra consenso. Todo manejo é centrado em modos de se produzir consensos, que podem ser temporários, focais, efêmeros. Mas a sequência de consensos gera acordos, gera confiança. Neste sentido, a continuidade das ações passa a ser fundamental, já que o atendimento prestado pelo SAMU é pontual. A construção desses protocolos é um passo importante no sentido da superação da fragmentação do cuidado e de produção de um novo olhar sobre o usuário e as crises em saúde mental pelas equipes de urgência.

As ditas urgências psiquiátricas trazem à tona a relação, presente no imaginário social, entre a loucura e a periculosidade das pessoas com transtorno mental e/ou que fazem uso de álcool e outras drogas. Imaginariamente, simbolicamente e culturalmente associam-se sempre a noções de risco, descontrole e perigo para o usuário ou para as pessoas ao seu redor. Espaços institucionais de caráter normativo justificam sua existência pela relação estabelecida entre loucura e risco, ameaça, entre crise e descontrole. Além disso, pessoas

em sofrimento mental enfrentam problemas de acesso aos serviços de urgência, uma vez que sua urgência para os profissionais de saúde é sempre marcada pelo transtorno, como se tivessem o corpo oco, sem outros órgãos que pudessem adoecer além do cérebro. As urgências clínicas em pessoas em sofrimento mental costumam ser negligenciadas pelos serviços de urgência.

Ao analisarem a atenção prestada pelo SAMU, Bonfada e Guimarães (2012) afirmam que as diretrizes que norteiam a assistência prestada pelo SAMU contribuem para uma intervenção em crise pautada no paradigma da clínica tradicional, em que as prioridades são a contenção e o transporte ao hospital psiquiátrico. Apontam que

... por um lado temos as ideias de inclusão, respeito às singularidades, valorização do aspecto subjetivo, promoção de diálogo, intensificação das relações humanas como elemento terapêutico e luta pela construção de cidadania e justiça social; por outro a objetividade, a otimização do tempo, a valorização de equipamentos sofisticados, a visão mecanicista e biológica do ser, a compreensão das ações pelo binômio causa-efeito e a extrema formalização técnica de suas ações, sempre desenvolvidas via construção de protocolos (p.229).

Para que a atenção à crise em saúde mental se dê conforme as diretrizes do modelo de atenção psicossocial é necessário que essa atenção aconteça de forma contínua, 24 horas. A RAPS depende de arranjos consistentes de trabalho horizontalizado em equipe que tenha a formação do vínculo como aposta fundamental. A atenção contínua pode ser favorecida por:

- Centros de Atenção Psicossocial que funcionem 24h.
- SAMU e UPA acessíveis para as demandas de saúde mental e que possam ofertar suporte noturno para os CAPS.
- Leitos de retaguarda em hospital geral com interlocução com a rede.
- Regulação do acesso a RAPS que garanta a primazia dos serviços territoriais em detrimento da internação como principal resposta.

É oportuno salientar que os serviços de emergência são conduzidos por protocolos, com condutas e procedimentos bem definidos, as equipes geralmente passam por treinamentos para que esses protocolos sejam executados com a devida sincronia entre os membros da equipe e no tempo certo. Isto se deve ao fato de que, em muitos casos, poucos minutos podem representar risco de morte para o paciente em atendimento. Entretanto, quando se trata de uma crise de saúde mental esta lógica é pouco aplicada. Lidar com a

subjetividade humana e com o sofrimento mental não parece fazer parte das habilidades dos profissionais de saúde.

Conforme afirmam Nicácio e Campos (2004), considerando a complexidade da atenção às situações de crise, trata-se de “buscar transformar os processos de trabalho, as modalidades de gestão, as relações usuários, familiares, equipes, gestores e projetar composições mais abertas à produção negociada do viver em sociedade, propiciadoras da construção de sujeitos autônomos” (p.73). Trata-se de um outro modo de enxergar o usuário e as questões que envolvem a promoção de saúde mental.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A intencionalidade desse ensaio buscou ancorar-se na constatação, por parte dos autores, de que o cuidado praticado nos episódios de crise em saúde mental representa um desafio para a efetiva reorientação do modelo de atenção da saúde mental em direção à desinstitucionalização, entendida aqui como um norte ético para a prática.

Os esforços para superação do modelo asilar e segregatório exigem a constituição de uma rede de ações e serviços substitutivos às estruturas hospitalares ditas especializadas. Apesar do avanço na implantação da RAPS no Brasil, indaga-se se o acesso a seus diversos componentes, principalmente nos momentos de crise, pode ser considerado suficiente para o atendimento satisfatório das necessidades da população. Há necessidade de ampliar o acesso e qualificar a atenção às situações de crise e urgência em saúde mental, que assumem uma prioridade estratégica no processo de mudança do modelo de atenção e pode funcionar como analisador dos processos da reforma psiquiátrica no que tange a sua capacidade de resposta ao sofrimento mental agudo, bem como a sua solidez política.

Além disso, a construção dos consensos possíveis entre as lógicas da urgência e da crise evidencia a necessidade de superação do modelo biomédico-medicalizador, que privilegia a internação em estruturas hospitalares segregatórias. Um caminho possível para a superação desse paradigma é a articulação de diferentes saberes e práticas, incorporando as múltiplas dimensões contidas nesses fenômenos. A formação, sobretudo os processos de educação permanente em saúde, para os trabalhadores que vivenciam o cuidado de situações de crise e urgência, apresenta-se como estratégico para essa mudança e demandam esforços conjuntos e continuados dos diferentes níveis de gestão do sistema público.

Os critérios para a atenção contínua devem basear-se nos conceitos de risco e vulnerabilidade. Deve-se garantir que seja oferecido ao usuário possibilidades de cuidado de toda a rede de uma região de saúde. A necessidade de internação deve ser analisada considerando o contexto, a história do usuário, a vulnerabilidade e risco psíquico e social, além de questões clínicas.

O aproveitamento de um contexto político nacional favorável e o desenvolvimento de um arcabouço legislativo próprio permitiu muitos avanços em relação a reversão do modelo de atenção em saúde mental no Brasil nos últimos anos. No entanto, avalia-se que a reforma psiquiátrica brasileira precisa incluir a efetiva garantia do atendimento à crise e da atenção contínua na RAPS. Para os autores, este é um importante indicador de qualidade das redes de atenção: o acolhimento à crise em saúde mental nos serviços territoriais. Quanto mais humanizadas e resolutivas forem as ações de atenção nas situações de crise, melhor será a resolutividade da Rede.

A Reforma Psiquiátrica trouxe, como princípios do cuidado, o resgate do poder de escolha dos sujeitos com transtorno mental e sua participação ativa no seu tratamento, o reconhecimento da liberdade como terapêutica e promotora de saúde mental e a construção da cidadania. As situações de crise, no entanto, persistem com grande potencial de gerarem uma certa autorização da suspensão desses direitos sob a justificativa da restrição de sua capacidade de julgamento. É fundamental para o processo de construção das vidas e das subjetividades desses sujeitos nesses momentos de intensa fragilidade, que a aproximação entre profissionais e usuários seja precisamente no sentido de reconstruir suas possibilidades e autonomia. Que a atenção à crise seja também um cuidado pautado na defesa de direitos e construção de vínculos.

## REFERÊNCIAS

- Assis J. T., Scafuto, J. C. B., Lenza, R. C. P., & Kinoshita, R. T. (2015). Educação Permanente na RAPS: A Experiência dos “Percurso Formativos na RAPS”. In: *Contribuições do Seminário Mineiro Psicologia na Saúde Pública*. Belo Horizonte, Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, p. 29-32.
- Bonfada, D., Guimarães, J. (2012). Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 17(2), 227-236.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial: relatório final. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). Secretaria de Atenção à Saúde, DAHU. *Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília, 2013. Cadernos de Atenção Básica nº 34.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2015). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016, 143 p. Recuperado em 14 de fevereiro de 2019 de:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>

- Brasil. Ministério da Saúde. (2011e). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa DENASUS Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no Âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. Novembro, 2011, 80 p. Recuperado em 14 de fevereiro de 2019 de, <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/avaliacao-dos-hospitais-psiquiatricos-no-ambito-do-SUS-ministerio-da-saude-nov.2011>
- Costa, I. I. (2008) Família e psicose: reflexões psicanalíticas e sistêmicas acerca das crises psíquicas graves. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(1), 94-100.
- Costa, M. S. (2007) Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em saúde mental e produção de subjetividades. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(1), 94-108.
- Cunha, A. G. (2010) Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa. (4a. ed.). Rio de Janeiro: Lexikon.
- Della'acqua, G., & Mezzina, R. (1991). Resposta à crise. In: *A loucura na sala de jantar*. (pp. 53-79). São Paulo: Resenha.
- Della'acqua, G.; Mezzina, R. (2005). Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Amarante, P. (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. (p. 161-194). Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Decreto 7508*, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
- Giclio-Jacquemot, A. (2005). *Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- Jardim, K & Dimenstein, M. (2007). Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 13(1), 169-189. Recuperado em 01 de abril de 2019 em <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/267/276>
- Jardim, K., & Dimenstein, M. (2008). A crise na rede do SAMU no contexto da reforma psiquiátrica. *Saúde debate*, 32(78/79/80), 150-160. Recuperado em 01 de abril de 2019 em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773015>
- Kinoshita, R. T. (2014) Projeto Terapêutico Singular In: F. Büchele, & M. D. B. Dimenstein (orgs.), *Álcool e outras Drogas, da coerção à coesão: recursos e estratégias de cuidado*. (pp. 11 – 37). Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC. Recuperado em 01 de abril de 2019 em: <https://unasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/>
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Lobosque, A.M. (2014) O cuidado às pessoas em situações de crise e urgência na perspectiva da atenção psicossocial. In: M. T. Zeferino, J. Rodrigues, J. T. Assis (orgs). *Crise e Urgência em Saúde Mental*. (pp. 11-50). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

Nicácio, F., & Campos, G. W. S. (2004). A complexidade da atenção às situações de crise – contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional*, Universidade de São Paulo, 15(2), 71-81. Doi: [10.11606/issn.2238-6149.v15i2p71-81](https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v15i2p71-81)

Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência e Saúde Coletiva*. 16 (12) 4579-4589. Doi: [10.1590/S1413-81232011001300002](https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002)

Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o dispositivo Centro de Atenção Psicossocial, suas modalidades e organizações.

Portaria GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Portaria GM nº 3.088, de 30 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Portaria GM nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

Portaria GM nº 1615, de 26 de julho de 2012. Altera artigos da 148 no que diz respeito ao número mínimo e máximo de leitos e o valor do incentivo.

Portaria GM nº 1600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde.

Portaria de Consolidação GM nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.

Portaria GM nº 3588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

Portaria GM nº 2434, de 15 de agosto de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos.

Portaria GM nº 3659, de 14 de novembro de 2018. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção

Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.

Portaria GM nº 3718, de 22 de novembro de 2018. Publica lista de Estados e Municípios que receberam recursos referentes a parcela única de incentivo de implantação dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e não executaram o referido recurso no prazo determinado nas normativas vigentes.

Scafuto, J. C. B. (2017). Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial: contribuições da educação permanente para o campo da saúde mental. (Dissertação de Mestrado). Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde-Manguinho*. Rio de Janeiro, 9(1), 25-59. Doi: [10.1590/S0104-59702002000100003](https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003)

Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*. 32(78-79-80), 27-37. Recuperado em 01 de abril de 2019 em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773003>

Zeferino, M. T. (2014). Crise e Urgência em Saúde Mental. M. T. Zeferino, J. Rodrigues, & J. T. Assis (orgs.). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

#### **Notas sobre os autores:**

**Karine Dutra Ferreira da Cruz** – Mestre em Psicologia Social e Pesquisadora do Núcleo de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Fiocruz Brasília. E-mail: [dfc.kaka@gmail.com](mailto:dfc.kaka@gmail.com); [karine.cruz@fiocruz.br](mailto:karine.cruz@fiocruz.br)

**André Vinicius Pires Guerrero** – Mestre em Saúde Pública. Analista de Gestão e Coordenador do Núcleo de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Fiocruz Brasília. E-mail: [piresguerrero@gmail.com](mailto:piresguerrero@gmail.com).

**June Scafuto** – Mestre em Políticas e Serviços de Saúde Mental. Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Pesquisadora do Núcleo de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Fiocruz Brasília. E-mail: [junecbs@gmail.com](mailto:junecbs@gmail.com).

**Nadjanara Vieira** – Mestre em Saúde Coletiva. Pesquisadora do Núcleo de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Fiocruz Brasília. E-mail: [nara.av@gmail.com](mailto:nara.av@gmail.com).

**Recebido:** 11/11/2018.  
**Aprovado:** 02/02/2019.